

eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 15, otoño 2023



- 1** Portada
Sergio López Caparrós. *Islas.*
- 4** Editorial
Josep M^e Brun.
- 6** Saludo
María Elena Sammartino.
- 8** Entrevista
Entrevista a Anne Alvarez por Teresa Ferret.
- 18** Artículos
Àngels Morral Subirà. *Manifestaciones corporales y angustias arcaicas en el autismo: comprensión y abordaje.*
- 30** Mònica Recio. *La gran variabilidad dentro del Trastorno del Espectro del Autismo: del autismo a la psicosis.*
- 42** Anna Chiara Vighi. *La memoria sonora de los vínculos.*
- 48** Experiencias
Pilar Crespo Sánchez y Anna Legarra Jubany. *El grupo de psicomotricidad en salud mental: un puente desde la atención precoz.*
- 54** Fanni Mateu Dosrius. *Etapas de intervención psicomotriz en la atención de un niño con TEA.*
- 62** Gemma Vilanova Porqueres. *Vivir y escribir.*

Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

DURBAN, JOSHUA (Tel-Aviv)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra) Miembro Honorífico

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona) Miembro Honorífica

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

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



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



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



Revista digital de periodicidad semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.com
Obra de portada: Sergio López Caparrós
Islas

Editorial

El periodista y humorista británico **Miles Kington** dijo una vez que el conocimiento es saber que el tomate es una fruta y la sabiduría no incluir ese tomate en una ensalada de frutas. El conocimiento es información; la sabiduría, la habilidad de formarse juicios adecuados y tomar decisiones correctas. Parece claro que no se trata tan solo de acumular datos para circular por la vida sin sobresaltos. Ya **Jean Piaget**, psicólogo suizo, afirmó en su día que la inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

Descubro, gracias a un texto de **Marcos Merino**, la existencia de una investigación y consiguiente artículo científico publicado por la Oxford University Press, en el que un equipo de investigadores muestra que ha logrado aplicar un modelo de *deep learning* para traducir textos en acadio con un alto nivel de precisión (*Translating Akkadian to English with neural machine translation*. **Gai Gutherz et al.**). Pero lo que me seduce son las conclusiones que extraen más allá de la validez del modelo de inteligencia artificial (IA). Han descubierto que su modelo de IA obtiene una sorprendente precisión traduciendo textos acadios formales, ya sean de tipo burocrático (decretos reales) o de tipo religioso (presagios), pues todos ellos se ajustan a ciertos patrones fijos. Sin embargo, se confunde y crea traducciones sin sentido con textos más literarios. Eso en cuanto al contenido. En relación con la forma, logra mejores resultados en oraciones cortas y de longitud media.

Oleguer reflexiona en la sesión sobre la esencia humana, me pone el ejemplo del robot de *El hombre bicentenario*, que no la puede alcanzar a pesar de sus intentos de imitación formal. *Se queda en lo superficial, precisa, y no lo interioriza. ¿Cuál es esa esencia?*, le pregunto. *Las emociones*, me responde. Le confronto a la implicación de sus palabras: *Tú siempre me dices que erradicarías las emociones por imprevisibles e ilógicas*. Acepta

deportivamente la contradicción y pasa a otro tema. Días después, sin embargo, vuelve a la cuestión y ahonda en esa ambivalencia: me habla de dos partes suyas: *la maquinoide y la humana*.

Recupero unas palabras de **Jorge Luis Borges**. “Dos personas me han hecho la misma pregunta: ¿para qué sirve la poesía? Y yo les he dicho: bueno, ¿para qué sirve la muerte?, ¿para qué sirve el sabor del café?, ¿para qué sirve el universo?, ¿para qué sirvo yo?, ¿para qué servimos? Qué cosa más rara que se pregunte eso, ¿no?”.

Me llevó un tiempo comprender que, cuando Oleguer me decía *Y yo, ¿qué saco de pararme a ayudar a alguien que cae en la calle?*, no se trataba de un mero ejercicio de frío egoísmo, acaso egocentrismo o eso tan manido hoy en día de falta de empatía. Me hablaba de una descarnada *inutilidad* y de una enojosa *pérdida de tiempo*. Transitábamos por esa zona ignota en la que el sentido deja de ser concreto y apela a lugares internos que más que conocer, reconocen. Y que acaba, a veces, representando un significativo dolor al no poder contactar ni encontrar ese recurso que supuestamente hace de necesaria brújula para no perderse entre significados y emociones propias y discursos ajenos. Y, tal vez, yo me sentía un poco como Borges, sin saberle contestar con claridad lo que para mí era obvio.

Agradecemos al fotógrafo Sergio López que nos haya permitido encabezar este nuevo número con una obra suya y a María Elena Sammartino sus siempre interesantes palabras en el Saludo. Asimismo, la amabilidad de Anne Alvarez al acceder a colaborar con nosotros una vez más y a Teresa Ferret por su entrevista y encargarse de la gestión. A la vez, reconocemos a las profesionales y familiares que nos han aportado y compartido su saber y experiencia: Àngels Morral, Mònica Recio, Anna Chiara Vighi, Pilar Crespo, Anna Legarra, Fanni Mateu y Gemma Vilanova. ●

Josep M^a Brun





– María Elena Sammartino –

Psicoanalista de niños, adolescentes y adultos. Miembro de Gràdiva, Associació d'Estudis Psicoanalítics. Docente en el ámbito de la patología severa. Supervisora de centros públicos de atención a la infancia y la adolescencia. (Barcelona, España)

Saludo

Saludo con alegría y agradecimiento a la llegada de un nuevo número de la Revista *eipea*, espacio de encuentro y reflexión sobre el autismo, abierto a las diferentes corrientes del psicoanálisis y que no podría existir si no estuviese sostenida por el esfuerzo de sus editores. Hoy, los espacios de encuentro e intercambio en psicoanálisis son bastiones defensores de la subjetividad del ser humano amenazada tanto desde lo social como desde algunas líneas de intervención en salud mental.

Días atrás me entrevistó una antropóloga con experiencia en instituciones de atención a la niñez, que realiza un trabajo de campo para su tesis doctoral. Ella investiga el abordaje del autismo en España y, en particular, la utilización de la psicoterapia psicoanalítica en la atención pública a los niños y jóvenes en el espectro autista. Había ya realizado entrevistas en varios territorios y consideraba que posiblemente era en Catalunya donde se continuaba manteniendo un pensamiento psicoanalítico para comprender y abordar terapéuticamente el autismo. Sin embargo, el día anterior había entrevistado a la dirección de una asociación de padres de niños autistas y le había sorprendido la vehemencia con que afirmaron que el psicoanálisis está obsoleto científicamente en la medida en que considera que existe un conflicto emocional en el niño autista que requiere un trabajo terapéutico, en lugar de destinar los esfuerzos a procurar instrumentos psicoeducativos.

Me encontré realizando mentalmente un intento de recorrer para ella los grandes momentos de la historia reciente de la atención a los niños en Catalunya a partir del surgimiento de los Centros de Higiene Mental y centros educativos de orientación psicoanalítica en la década 70-80. Desde entonces, algunos de los grandes focos de enseñanza y atención a la niñez y

la juventud habían cambiado radicalmente su perspectiva teórica, rindiéndose a las corrientes imperantes en el mundo, cautivas de la evidencia científica. Pero un número muy importante de espacios públicos de atención a la patología grave infantil mantenían esa visión compleja, individual y profundamente humana que caracteriza al psicoanálisis. A pesar de las dificultades de la práctica pública, muchos profesionales seguían sosteniendo una ética propia del pensamiento psicoanalítico: considerar que todo ser es portador de una historia personal única que da cuenta de la especificidad de su vida psíquica.

Fuerzas deshumanizantes que atraviesan lo social en el siglo XXI luchan también con armas poderosas para que la singularidad que escucha el psicoanalista con todos sus sentidos, su saber y su inconsciente, ceda paso a la ciencia considerada *verdadera* o se adapte a criterios de rendimiento económico. Tal vez esta evolución del mundo actual no sea ajena al incremento alarmante de niños y jóvenes en línea autística, justamente caracterizados por dificultades en el acceso a la subjetividad.

¿Cómo rescatar al sujeto empeñado en sojuzgar su singularidad o desentenderse de la existencia del otro a través de una repetición simétrica de lo mismo? He aquí una viñeta del tratamiento de un adolescente con rasgos Asperger que permite pensar la importancia del encuentro intersubjetivo entre el terapeuta y su paciente. Proviene del artículo *El joven Asperger*, que no he publicado aún.

“Aleix nunca aceptó ningún juguete que no fuesen trenes o autobuses y hoy, a sus 14 años, sus únicos intereses verdaderos siguen siendo los trenes y los autobuses. Los padres explican con orgullo que el joven tiene conocimientos extraordinarios sobre estos temas y que domina las marcas y modelos de todo el mundo. Conoce los

horarios y redes ferroviarias de la mayoría de las grandes ciudades y en Barcelona puede calcular el momento en que se cruzan dos metros en cada estación, su marca y antigüedad”.

En nuestros primeros encuentros, “Aleix, escenificó en el HTP el vacío subjetivo, la percepción periférica del otro y de sí mismo, el objeto desmantelado, sin interior, sin gesto. Al pedirle que dibujase una persona, primero dibujó dos palotes en cruz y un círculo en la parte superior. Luego, por mi insistencia, fue capaz de dibujar un contorno, sólo una silueta temblorosa y vacía, sin rostro ni contenidos. La imposibilidad de tomar contacto con el interior se convierte en un hecho en sí, defendido como una convicción acerca de la verdad: ‘lo de adentro no importa’, dice Aleix”. Él mira la silueta de los edificios y no le interesan sus detalles de la misma forma que “el arte es ridículo porque no sirve para nada” y “las películas son sólo ficción”. Hay un *ataque activo al sentido* más allá del hecho; se enfrenta duramente conmigo cuando considero que un cuadro, frente a él, podría generar alguna emoción: “es ridículo, allí no hay nada más que una niña con un cesto”, dice despectivamente. El terror al encuentro con las angustias más arcaicas mueve defensas mortíferas, se trata de no sentir, de no percibir, de borrarse como sujeto.

Sin embargo, el trabajo en las sesiones, muy conectado a sus vivencias, nunca asertivo, siempre potencial y abierto, va dando sus frutos con el correr de los meses y los años. Se trata de acercarse poco a poco al mundo de los afectos, reconocer vivencias y emociones, ir ampliando el campo de la imaginación, disfrutar y reírnos con las historias absurdas imaginadas conjuntamente, ir construyendo su historia, sostenerlo con ternura y firmeza en los momentos de caída en angustias aniquiladoras. Mi

contratransferencia fue una de las vías de asociación que pudo usar Aleix a medida que fue creciendo la riqueza de su mundo interior y su consecuente capacidad de proyectar.

He aquí un ejemplo del trabajo de ligazón entre las áreas escindidas, dando sentido y representación a los orígenes. Para comprender la viñeta, he de explicar que Aleix siempre ha disfrutado de hacer largos recorridos en autobús, ida y vuelta hasta la parada final. Allí podía dormirse tranquilo cuando no conseguía conciliar el sueño en su cama.

“Cuando tenía un año y medio, su madre era directora de un centro para niños pequeños. Él iba también allí y no la veía. Pero un día fueron de excursión y vio a su madre con otros niños, empezó a gritar desafortunadamente pidiendo por su madre. Le dijeron, entonces, que no podía ir con ella y lo obligaron a subir a otro autocar. Él hipotetiza conmigo, en medio de un clima emocionado, que tal vez cogió el autocar como lugar preferido en lugar de su madre, desplazando el abrazo materno al arrullo del sonido del autobús. A continuación, él extiende la hipótesis a sus tres meses, cuando lo enviaron a la guardería: ‘tal vez me aislé porque me acostumbré a la soledad’, dice. Él tiene muy grabadas sensorialmente todas las experiencias ligadas a los medios de transporte en lugar de las inscripciones sensoriales de los encuentros madre-niño”.

El encuentro del paciente con un terapeuta que se ofrezca a ser usado, como dice Ch. Bollas recogiendo la intuición de Winnicott¹, podrá generar experiencias creadoras que mitiguen la angustia, relancen la pulsión de vida y permitan editar en alguna medida aquello no editado en el origen de la vida psíquica de estos pacientes que se destruyen como sujetos para evitar un terror no mitigado. ●

¹ Bollas, Ch. (1991). *La sombra del objeto*, pág 254. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Entrevista a Anne Alvarez

por Teresa Ferret¹

– Teresa Ferret –

Psicóloga clínica.
Psicoanalista SEP-IPA.
(Tarragona, España)

– Anne Alvarez –

PhD y MCP (Master of Arts
in Counselling Psychology).
Psicoterapeuta consultora de niños y
adolescentes. (Londres, Reino Unido)



Teresa Ferret En primer lugar, me gustaría agradecerle su amabilidad por acompañarnos y tener la oportunidad de hablar de niños, de autismo, de psicoterapia y de todas esas pasiones y cuestiones que nos gustan.

Anne Alvarez Me ha encantado trabajar contigo y hablar contigo todos estos años. Por tanto, esto es sólo una encantadora continuación de este trabajo.

TF Diez años.

AA ¿Ya los hace? ¡Caramba!

TF Usted es una persona muy conocida en el mundo del autismo. Pero me gustaría que fuera usted misma quien se presentara como le gustara. Sea como psicoterapeuta, como persona que ama a los niños, como le apetezca...

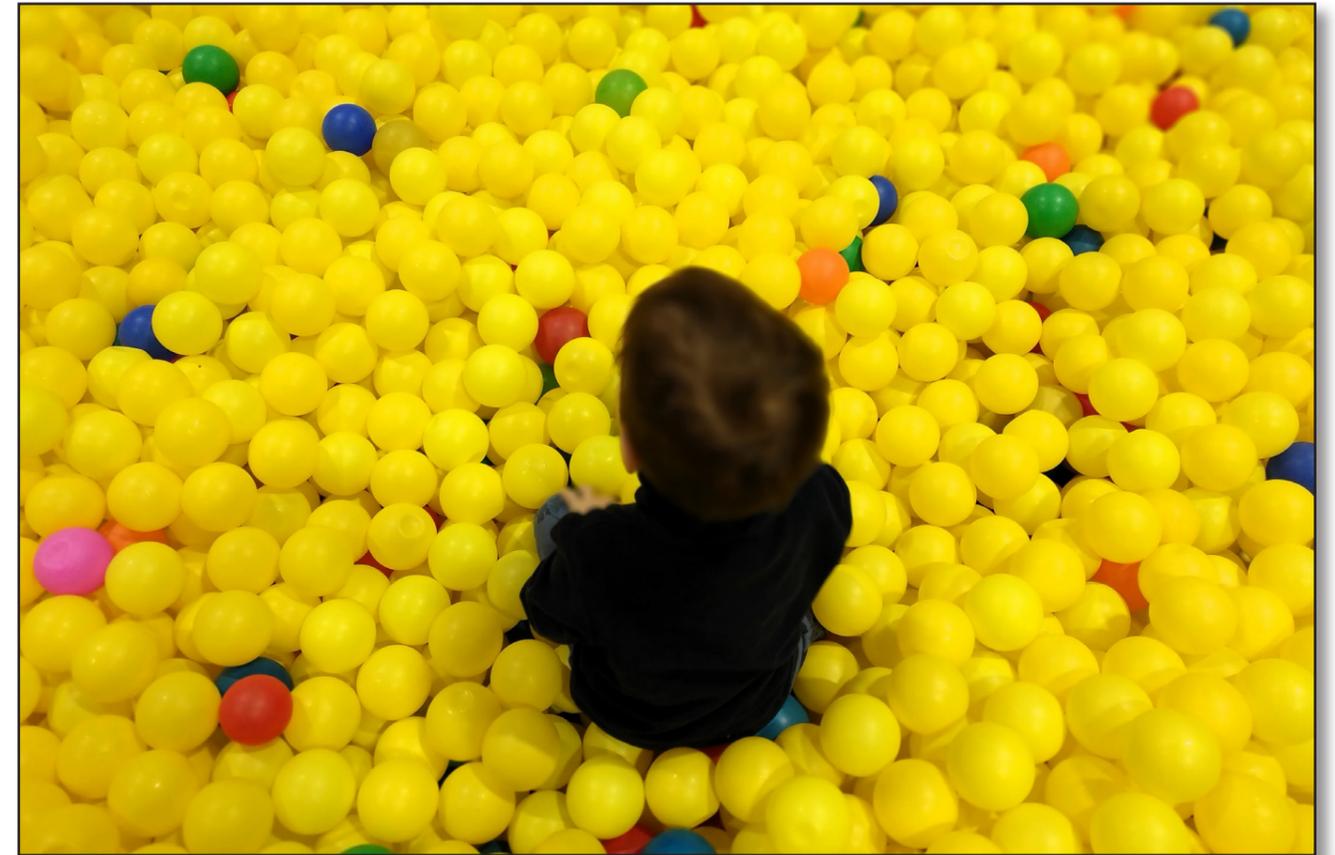
AA Cómo llegué a este mundo de algún modo, supongo... Crecí en Toronto, Canadá, y estudié psicología en la Universidad de Toronto. Era un departamento interesante porque lo había creado el jefe del departamento de filosofía años antes ya que no se ofrecía ningún tipo de formación en psicología. La persona que fue jefe del departamento de filosofía era el padre de Elizabeth Spillius, una conocida analista internacional que vino a Londres. Ella era mayor que yo y no la conocí allí en Toronto. Su padre fundó el departamento de psicología. Y no fue demasiado conductista. Aún les interesaba la psicología social; no el

psicoanálisis, pero sí la psicología social. Aunque los estadounidenses estaban cambiando y la influencia del conductismo, el conductismo skinneriano, iba creciendo. Sin embargo, fue gradual... no todo el mundo era conductista. Así que tuvimos que aprender estadística, pero también tuvimos que aprender, ya sabes, algo de teoría, teoría psicológica y con muy buenos profesores. Y allí estaba un estudiante de posgrado llamado Otto Weininger que estaba interesado en el autismo y que estaba haciendo un estudio. Era un estudio muy inquietante en el que estaban dejando morir de hambre a grupos de ratas. Con uno de los grupos, sin embargo, fueron más considerados y las acariciaban. A las demás, no. Y vivieron más tiempo aquellas a las que acariciaron. Era un experimento brutal. Pero lo hacía con la mejor de las intenciones porque se imaginaba que quizás si eras considerado y amable y tranquilizabas a los niños autistas, les ayudaría con su autismo. Bien, probablemente no ayudaba, pero su pasión por el tema era muy interesante. Y continuó... hasta que ingresó en la Marina, pero no durante los años que estuve allí. Por tanto, nunca le vi en Inglaterra, pero le fui a visitar muchos años después a Toronto, donde él estaba en el Departamento de Educación. Y realizando mucha psicoterapia con niños autistas. Y al final, vine a Inglaterra después de estudiar el posgrado, una vez realizado el máster, sólo para ver mundo y trabajar como psicóloga en Inglaterra. Y

sucedió que el psicólogo con el que trabajaba, llamado Graham Foulds, estaba involucrado en un estudio de pacientes esquizofrénicos paranoides y pacientes depresivos melancólicos. Y estaba intentando demostrar, y lo consiguió, que los síntomas podían distinguirse de la personalidad. Estaba muy en contra de un profesional llamado Hans Eysenck, que era un psiquiatra muy conductista que pensaba que los pacientes extrovertidos se volvían paranoides y los introvertidos se deprimían. Pero resultó que no era tan sencillo. Por tanto, yo era ayudante de investigación de Graham Foulds y un día le pregunté a un psicólogo que solía venir a nuestras conferencias y nosotros a las suyas -trabajaba en el siguiente hospital siguiendo la carretera y a menudo iba en el mismo tren- y que se llamaba Geoffrey Elkan... pues le pregunté si había alguna bibliografía que pudiera darme que me hablara sobre la personalidad de estos pacientes porque todo en psiquiatría trataba sobre los síntomas. ¡Y entonces no había Internet! Fue en 1960, 61... Yo estaba buscando bibliografía en la University College Library de Londres, pero no encontré nada sobre personalidad. Así que él me dijo: *No, no leas la literatura psiquiátrica. Pero podrías leer a Melanie Klein sobre las diferentes personalidades de los dos tipos de pacientes.* Y lo hice. Y tuve la suerte de no leer los artículos anteriores, que trataban de objetos parciales y peenes y pezones y cosas que me habrían echado para atrás. No era lo que sabía, pero eran algunos de sus artículos a finales de los años 30 sobre la posición depresiva. Artículos muy bonitos. Su mujer se había formado en Tavistock en Psicoterapia Infantil, así que decidí quedarme en Inglaterra y formarme.

TF Una muy buena decisión.

AA Sí, me gustó mucho. Me encantó y seguí con él hasta que trabajé a tiempo completo en Tavistock. De hecho, rea-



Otra forma de ver el autismo es que se trata de una condición de auto-abandono porque si no te relacionas con otras personas pierdes un montón de cosas.

lizamos más investigación con Graham Foulds y obtuvimos algunos hallazgos muy interesantes sobre que se podían diferenciar los síntomas y la personalidad.

TF Y entró en la Clínica Tavistock y se quedó muchos años haciendo un gran trabajo. ¿Podría explicarnos algunas cuestiones sobre la historia del Departamento de Autismo Infantil de la Tavistock? Porque creo que sería muy importante saberlo.

AA De acuerdo... Empecé mi formación en 1962 y la terminé en 1965.

TF Hace 60 años...

AA Y la formación era entonces una formación en análisis infantil. Veíamos a nuestros pacientes cinco veces por semana. Teníamos uno o dos pacientes una vez por semana, pero nuestros tres casos de formación eran cinco veces por semana. No existía una valoración larga. No había realmente un trabajo con la familia. Lo que hacíamos era ver a los padres una vez y quizás ver al niño una vez

también y empezar al día siguiente, cinco veces por semana y viendo a los padres una vez por trimestre. Y muy a menudo los padres o uno de los padres o en ocasiones ambos padres eran psicoanalistas. Por tanto, ellos mismos estaban haciendo psicoanálisis y yo pensaba que tenía mucha suerte. Pero el hecho es que después aprendí que, ya lo sabes, si el análisis va bien, no deben de hablar de sus hijos, sino que deben de hablar de sí mismos. Es posible que no estén aportando problemas de crianza a su análisis y tampoco deberían hacerlo necesariamente. De todas formas, la formación era una formación en análisis infantil. Y entonces dejé de trabajar, no de enseñar. Seguí enseñando en Tavistock, pero durante unos 14 años dejé de formar parte del personal clínico e hice trabajo privado en casa porque estaba criando a mis propios hijos. Y después, a finales de los 80, volví a la plantilla y las cosas habían cambiado mucho. En primer lugar, estaban hacien-

do asesoramientos largos y cuidadosos, sobre todo en el taller de autismo. Estaban evaluando la reacción de los padres ante el desarrollo y los cambios de los niños, si los padres podían tolerarlo y trabajar con los cambios y trabajar con el terapeuta y vincularse a ellos. Había mucho más vínculo con la red. Mi colega Sue Reid, que había fundado el Servicio de Autismo, siempre decía que se trataba de un trastorno de la comunicación y que, por tanto, la comunicación en la red debía ser excelente porque los niños no nos podían decir lo que les pasaba. Este tipo de puntos débiles. De todas formas, me estoy avanzando un poco...

TF Pero es muy interesante esta reflexión sobre el tema de la comunicación y la necesidad de una buena comunicación con los padres y en la red...

AA Sí, es muy, muy importante. Y ella también creía que la supervisión era importante. De todas formas, volví a la *Tavi*, creo que hacia el 88 o algo así, y una de

¹ Entrevista traducida del inglés y editada por el Equipo *eipea*.

nuestras alumnas, que se llamaba Janet Bungener, nos dijo a Sue y a mí que, aunque no nos conocíamos casi, estábamos diciendo cosas muy parecidas sobre cómo teníamos que modificar nuestra técnica con estos niños. El análisis clásico no era suficiente. Y así que finalmente nos sentamos con Janet y ambas supervisamos un caso suyo y descubrimos que estábamos diciendo cosas muy parecidas sólo que no lo hubiéramos sabido si no nos lo hubiera dicho. Y me pidieron que me uniera al taller de autismo y que trabajara con Sue para copresidirlo. Y fue un momento feliz y muy, muy interesante porque es una clínica maravillosa. No escribe lo suficiente. Todos deseábamos que escribiera más, pero, como mínimo, hicimos nuestro libro juntas sobre el Servicio de Autismo. Pero lo otro que he mencionado, qué era diferente sobre los padres... Bueno, primero hablaré del trabajo con los padres porque era mucho más importante para la Tavistock cuando volví, no sólo en el Servicio de Autismo, sino en el departamento de niños y familia en su conjunto. No acogían a un niño a menos que los padres aceptaran ir semanalmente, en aquellos años. Hoy en día, no siempre es semanal, en ocasiones es más difícil de organizar. Pero, ciertamente, entonces era semanal. La sensación era que debía trabajarse desde ambos extremos y no sólo eso, sino que también significaba que las valoraciones eran muy diferentes. Había evaluaciones reales y en el departamento de autismo, en ocasiones, duraban mucho tiempo, incluso a veces un año. Si Sue o Trudy Klauber o Maria Rhode o Biddy Youell, o la gente que estaba allí desde hacía más tiempo, pensaban que la familia no estaba preparada para los tratamientos paralelos y necesitaba ser vista como una familia, continuaban durante mucho tiempo a la espera de poder empezar, por ejemplo, a reducir las proyecciones o lo que fuera. Ya sabes que uno de los problemas, en la práctica, en el autismo es que los padres se asustan tanto por el diagnóstico que inhiben su firmeza y, por ejemplo, el niño puede estar esparciendo excrementos en el baño sin que les digan nada. Pero esto no significa que el niño necesite hacerlo o que su autismo



No se dan cuenta, no piensan que haya nada interesante, magnético o poderosamente valioso en otras personas. Y es muy trágico porque afecta a su aprendizaje. (...) Es como una especie de depresión permanente. Y a menudo se les debe mostrar de forma más activa que se pueden estar perdiendo algo.

sea el causante de ello. Puede que esté desarrollando un trastorno de conducta junto con el autismo. Y este trastorno de conducta debe reconocerse y no pensar, *oh, pobre niño, que es autista y no sabe hacerlo mejor*. Por tanto, hay mucho trabajo que hacer durante la va-

loración incluso antes de que comience el tratamiento. Lo interesante del trabajo de Sue es que, incluso, hacía entrar a los hermanos porque estaba preocupada por el efecto del niño autista sobre el resto de la familia. Y es cierto que estos hermanos pueden convertirse en niños

criados para tener que dejar paso siempre al niño con trastorno.

TF Sí. Creo que es una cuestión importante. Los hermanos y hermanas del niño autista y su sufrimiento. Creo que a veces es muy difícil captar este sufrimiento.

AA Sí. Porque no se quejan y están muy callados.

TF También porque no pueden demostrar sus sentimientos de rivalidad y la envidia, no hay sitio para estos sentimientos.

AA Exactamente. Sí. Así es. No lo tienen permitido. Tienes toda la razón.

TF Y creo que hay mucho trabajo que hacer con las familias.

AA Sí. Incluso ahora en las clínicas de los CAMHS², una vez los alumnos están calificados, si se les pide que evalúen a un niño, lo ven tres veces y quizás a los padres una vez antes y otra vez después. O pueden ver a la familia junta estas tres veces, según el caso. Pero, ciertamente, esto es muy diferente a cuando me formé, cuando sólo veíamos a la familia una vez o a los padres una vez, no a toda la familia, en aquella época. Por tanto, es un gran cambio y es un cambio muy importante. Y esto no lo sabe todo el mundo.

TF Creo que es muy interesante lo que dice sobre las dificultades para entender qué es autismo y qué podría ser otra cosa con un niño autista. A veces, lo mezclamos todo.

AA Sí, totalmente. Y la gente teme ser firme con el niño. No quiere decir que te vuelvas cruel o, por decirlo de alguna manera, confrontándonos demasiado porque pueden ser muy hipersensibles, como sabemos. Sin embargo, a veces necesitan unos límites muy firmes.

TF Demasiada flexibilidad no funciona.

AA Ciertamente.

TF Quisiera preguntarle con relación a que hoy en día, en España por ejemplo, existe un sobrediagnóstico del trastorno del autismo. No sé si en Inglaterra ocurre lo mismo. ¿Qué le parece?

AA Creo que existe un sobrediagnóstico entre muchos adultos. Ya sabes, personas a las que en el pasado se las habría

llamado más bien esquizoides o TOC o teniendo una depresión de larga duración o algo así. Y diría que el 98% de los niños de los que oigo hablar durante la semana desde las clínicas del CAMH tienen un diagnóstico de autismo y TDAH, autismo y TDAH, autismo y TDAH. Y, sin embargo, en la historia hay una historia de trauma. Pero nadie lo traduce en el diagnóstico, que es que tal vez este niño sufre un TEA complejo porque vio a su padre asesinar a su madre o hubo un duelo terrible cuando su madre estaba embarazada de él y estaba muy deprimida durante todo este período o lo que sea. Y esto no se tiene bien en cuenta y está ahí en las notas. Ves el trauma. Puede que haya diferentes traumas, pero aun así el diagnóstico traumático no se da y la psiquiatría adulta está bastante limitada en el número de diagnósticos que se pueden dar porque los matices de una personalidad quedan fuera del diagnóstico. Pero con los niños, existen tan pocas categorías diagnósticas que aún es peor y es muy empobrecedor para poder pensar en la personalidad del niño... E iba a decir algo sobre la psicoterapia, pero quizás esto es dar un poco de salto...

TF No, no, está bien. Adelante.

AA Nuestra forma de pensarlo en el Taller de Autismo de la Tavistock era que estábamos trabajando para reducir la influencia de la patología autista, los rituales repetitivos o el alejamiento de la relación social. La falta de curiosidad por las demás personas y por el mundo, realmente. Y, ya lo sabemos, pueden ser muy restringidos en su enfoque. Pero también estábamos vigilando de cerca los signos débiles, a veces muy débiles, de una parte no autista de la personalidad, la parte que sí está interesada en las relaciones. Aunque no siempre lo muestran muy abiertamente y los padres pueden perderselo y la escuela puede perderselo, sobre todo si es un poco débil y no se muestra muy bien. Y sólo te pondré un ejemplo de un niño pequeño con diagnóstico en ese momento. Creo que tenía unos seis años. Era Asperger. Entró y la madre, que venía con él para la

evaluación, me dijo que sólo le interesaba *Thomas The Tank Engine*³. Nada más. Así que puse una pequeña casa de muñecas y algunos juguetes, coches y cosas sobre una mesa y unos cuantos coches y materiales de dibujo en otra mesa. Se sentaron en la mesa de dibujo y él empezó a dibujar a *Thomas The Tank Engine*. Pero pude ver que, mientras dibujaba, miraba algo a la derecha. Y entonces me di cuenta de que era un pequeño modelo de Range Rover. Y la madre me decía, *ya ve, sólo le interesa Thomas The Tank Engine*. Y entonces dije: *¿qué estás mirando?* Y él me contestó: *ese coche*. Y dije: *parece que te interesa mucho*. Entonces él lo cogió y lo llevó a la mesa y empezó a jugar a ese juego tan dramático de que protegía la casa y toda la gente de la casa estaba segura porque él estaba allí conduciendo cerca. Y la madre me contó que el padre del niño, su marido, era capitán de la policía y conducía un Range Rover. Por tanto, sí estaba interesado en otras cosas. No sólo le interesaba, sino que hacía pequeñas miradas de lado y la madre no se había dado cuenta. Y yo tampoco me di cuenta al principio. Pensé: *Oh, sí, sólo está interesado en Thomas The Tank Engine*. Por tanto, es muy importante acercarse e intentar amplificar esta parte de la personalidad de estos niños sin ser demasiado intrusivo.

TF ¡Por supuesto!

AA Creo que ésta es una de las razones por las que decíamos que el tratamiento sí que ha de estar basado en el psicoanálisis, como en el pasado, teniendo en cuenta la relación y todas las defensas y este tipo de cosas, pero que también es importante que esté basado en el desarrollo, puesto que aquella parte saludable que está un poco relacionada socialmente puede ser mucho más joven que la edad cronológica del niño porque no se ha ejercitado. No ha sido vida y no sabe qué hacer con los niños de la guardería. Quizás no sabe jugar y, por tanto, esta falta de desarrollo necesita atención. Es decir, debe estar basado tanto en lo que se refiere al desarrollo como psicoanalíticamente. Pero también debe

² CAMHS es el acrónimo para *Child and Adolescent Mental Health Services*, es decir Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes.

³ Serie infantil británica de animación de los años ochenta del pasado siglo. *Thomas y sus amigos*, en la versión castellana.

basarse en la psicopatología porque, por ejemplo, muchos rituales repetitivos no son lo mismo que defensas neuróticas, que el niño hace cuando está ansioso. Y, por tanto, es muy fácil para las personas con mentalidad psicoanalítica decir: *oh, sólo lo hace porque está ansioso. Es una defensa.* Pero lo cierto es que también lo hace cuando no está ansioso. Se ha convertido en un mal hábito de la mente y, una vez se ha convertido en esto, necesita una respuesta nuestra distinta a tratarlo sólo como una defensa contra algo. Debemos entender que el niño se ha quedado terriblemente atascado y necesita ayuda para desalojar este mal hábito de su mente.

TF Sí, y esto me lleva a pensar en la función perversa del niño autista. Aunque es muy difícil hablar de ello porque a veces pensamos que el niño autista es sólo autista. Y este tema, el de la perversión, se hace difícil pensarlo desde los psicoterapeutas.

AA Sí. Cuando Sue y yo escribimos nuestro libro sobre nuestro trabajo en el Taller de la Tavistock, Trudy Klauber habló de comportamientos perversos en relación con un chico de unos 18 o 19 años que se metía la mano en su chándal de gimnasia. Ese pantalón sólo tenía una goma elástica. Él bajaba la mano con mucha facilidad, no había cinturón ni nada y se masturbaba durante la sesión o a veces en la calle. Trudy tenía permiso para escribir sobre él para nuestro libro y utilizó la palabra perversión. Y sus padres se sintieron muy molestos. Como era una especie de excitación perversa, debía- mos decir que a veces el chico se quedaba atrapado en un ritual no sólo porque fuera adicto y estuviera atrapado, que a veces era así, sino que también se había convertido en sobreexcitación. Por tanto, pensando que no queríamos utilizar la palabra perversión, utilizamos la expresión *excitación extraña* que, a veces, es algo más fácil de aceptar. Nos costó un poco llegar a ello, pero de todas formas esto es lo que pensábamos. Por tanto, sólo quería destacar que lo que necesitamos es pensar estos rituales repetitivos diferente de que sean sólo una defensa neurótica. A veces, es sólo una defensa

neurótica, pero en otras ocasiones se han añadido estos otros procesos y necesitan nuestra atención. Es la cronicidad de la condición e incluso un niño puede tener enfermedad mental crónica.

TF Y debemos estar muy pendientes de ello.

AA Tiempo atrás, en Canadá, estuve trabajando en un pabellón con pacientes esquizofrénicos crónicos con una trabajadora social y un psiquiatra encantadores que estaban rehabilitando a esas personas mayores. Se dieron cuenta de que los pantalones siempre les iban cayendo porque nadie les daba nunca cinturón o tirantes, no sabían en qué día ni en qué mes ni en qué año estaban porque no había calendarios ni relojes. Por tanto, estaban haciendo cosas muy básicas para despertar a estos viejos y para abordar la cronicidad de la enfermedad. De alguna manera, sé un poco sobre la cronicidad.

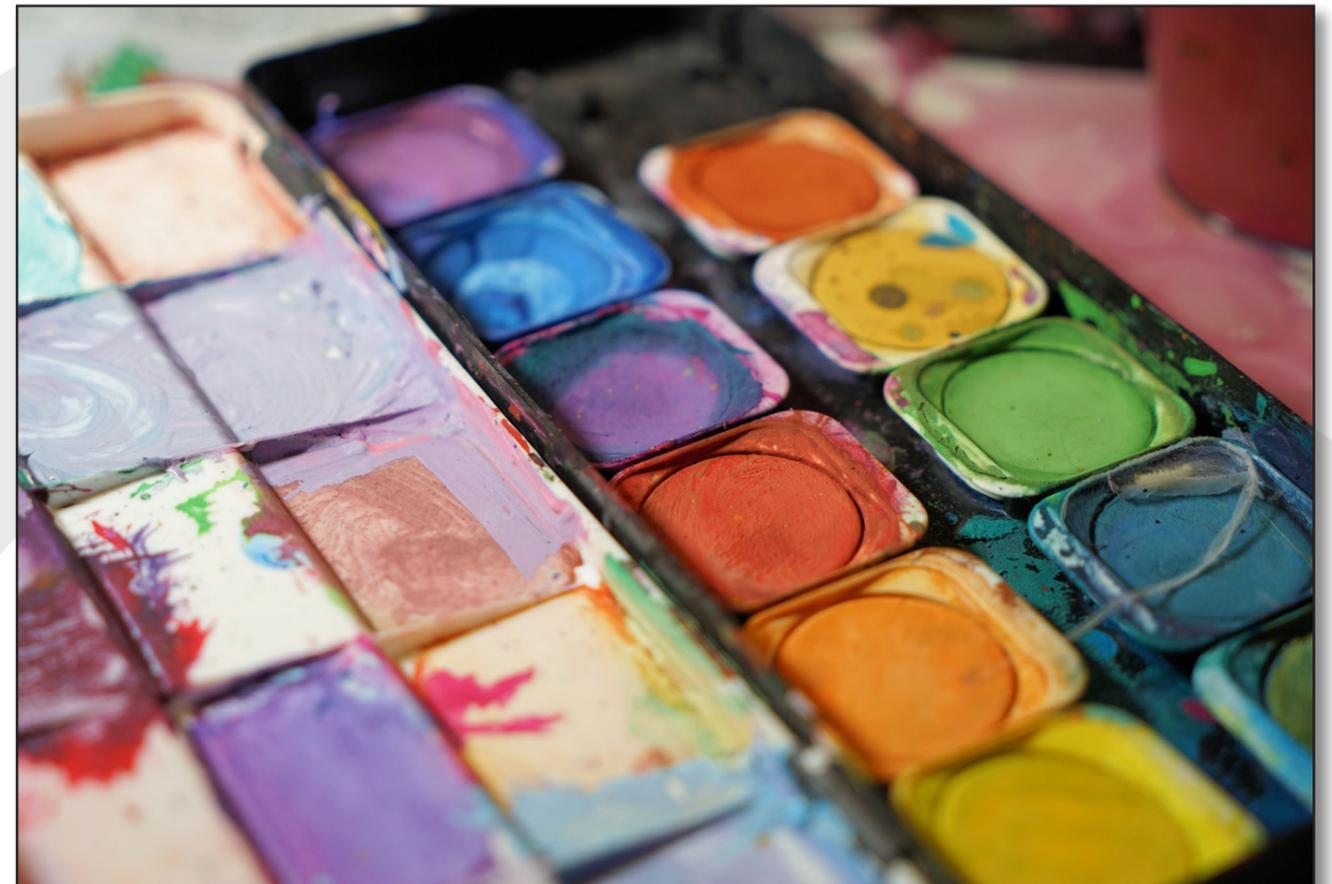
TF De acuerdo... Voy a introducir un pequeño cambio de tema. Quisiera hablar sobre la dificultad de diagnosticar un síndrome autístico, dado que existen muchas diferencias entre los niños autistas. Me parece un tema muy importante sobre el que pensar, porque, como usted ha escrito, no es lo mismo hablar de niños retraídos o de niños no atraídos. ¿Podría explicar algo más esta distinción?

AA Sí, bueno, creo que es una distinción útil porque cuando empezamos con el tratamiento psicoanalítico de estos niños, pensábamos que eran niños retraídos, que se resistían al contacto. Y algunos de ellos lo eran. Algunos de ellos son casi paranoicos con la gente, ya lo sabes, y si te acercas demasiado, te alejan y te echan y sienten que estás siendo intrusivo. Y claro, hoy en día se piensa bastante que hay un subgrupo que nace hipersensible, a veces al tacto, a veces al sonido, a veces a la luz, a veces a las tres cosas. Son hipersensibles. Por tanto, experimentan un golpe suave como si hubiera sido duro, como si estuvieras metiéndote en su espacio. Y eso debe respetarse. Y ésta es una diferencia entre el niño retraído y el niño no atraído como describía Robbie, donde me pareció que aceptaba el contacto una vez que sabía que había alguien ahí fuera. Y me hizo sentir que la

atracción no había sido suficientemente fuerte. Y aquí es donde la psicopatología del bebé puede evocar cosas equivocadas en una madre. La madre puede pensar, *oh, tengo un bebé tan fácil. Nunca llora. Parece que no necesita mucho. Duerme mucho.* Y puede que el bebé sea demasiado bueno para su propio bienestar. Pero la madre no lo sabe porque es su primer bebé, por ejemplo. Lorna Wing habló de subgrupos. Habló de los niños pasivos que se parecen un poco más a mis blandos no atraídos. Algo más parecidos. Aunque, como señaló Sue, existe otro subgrupo pasivo que es muy resistente. Como los tanques. Y después habló del evitador distante. O quizás sólo utiliza la palabra distante y hemos añadido la palabra evitativo de la categoría de archivos adjuntos. Y también son como los niños que describió Frances Tustin, los niños encapsulados. Y ella pensó que los niños encapsulados eran muy distintos a los niños ameboides. Por tanto, hay algunas superposiciones en estas categorías. Y, más adelante, Lorna Wing pensó en una tercera categoría que llamó niños activos, pero extraños. Los niños que no logran calmarse por sí solos. A veces son demasiado intrusivos y en ocasiones demasiado lejanos. Y de hecho, después dijo que eran los que más tarde se llamaron Asperger. Así pues, en nuestro libro de autismo, seguimos esta idea de las tres categorías, pero señalamos que existen subgrupos dentro de los subgrupos. Y sin duda necesitan un tratamiento muy diferente al que había trabajado con Robbie, mi chico blando/flácido, muy pasivo, que era un chico no-atraído, no un chico retraído; que estaba perdido, no que se escondía. Y que necesitaba de mí una técnica mucho más activa que finalmente llamamos reclamación, poniéndolo en contacto de forma muy intensa. No de forma colateral, sino de forma persuasiva. *Por favor, háblame. Venga, mírame. Venga.* Las madres lo hacen con los bebés todo el tiempo. Pero con los otros niños, no debes ser demasiado intrusivo.

TF Tienes que mantener una distancia adecuada... Un concepto muy interesante del que me ha hablado alguna vez.

AA Y pienso esta idea de mantener



La psiquiatría adulta está bastante limitada en el número de diagnósticos que se pueden dar porque los matices de una personalidad quedan fuera del diagnóstico. Pero con los niños, existen tan pocas categorías diagnósticas que aún es peor y es muy empobrecedor para poder pensar en la personalidad del niño.

una distancia adecuada en los vínculos en relación con otras ideas sobre la técnica, como el trabajo de los italianos sobre interpretaciones saturadas versus insaturadas y encontrar una forma de no ser demasiado intenso en lo que dices, una especie de ir bordeando los límites de un problema y ser delicados, que es lo necesario con algunos de estos niños.

TF Estar a su nivel... Usted es una maestra en ello.

AA Vale la pena, vale la pena pensar en ello de todos modos.

TF Creo que sería muy interesante que pueda explicar un poco este trabajo de ajuste y cómo lo piensa desde la técnica.

AA Bien, lo intentaré. Casualmente, hace poco he tenido que escribir algo y he intentado resumir todo esto, lo tengo en mente. Así que quizás lo puedo ha-

cer sin alargarme demasiado. Bien, sin duda con Robbie tuve una experiencia muy dramática. Después de haber estado en tratamiento durante algunos años, tuve que dejar de trabajar para tener un bebé. Y, durante el mismo período, su madre tuvo también un bebé, su primer hermano. Y cuando regresó... había ido mejorando un poco antes de ese gran descanso de varios meses, pero cuando regresó me pareció en peligro de muerte psíquica. Y volví a recordar a aquellos viejos hombres esquizofrénicos crónicos en Canadá. Sentí que estaba en peligro de muerte psíquica. Y tenía en mente que era la última sesión antes de las vacaciones de verano. En ese momento, sólo le veía una vez al mes porque acababa de volver al trabajo. Y estaba intentando explicar que ese día teníamos que despedirnos: *Pero nos veremos* -eso fue en

julio- *pero nos volveremos a ver en septiembre dentro de dos meses.* Y no pude captarlo, no podía llegar a él en absoluto. Y entré en pánico y, finalmente, puse mi cara en su línea de visión y dije su nombre de forma muy dramática... *Robbie. Robbie.* Y finalmente, llegué a él y me miró mucho, muy dulcemente y con mucha ternura me dijo *Hola.* Pero con una gran sorpresa, como si llevase diez años sin verme. Yo sentía como si él hubiera estado bajo el agua o algo así. Era alguien que había salido del agua de la retirada o algo similar. Estaba muy perdido y, de repente, volvió a estar allí. Entonces me escuchó y le dije: *Hoy debemos despedirnos, pero volveremos a vernos en septiembre, que si esto, que si lo otro...* Y entonces, al día siguiente, tuvo una crisis completa y sollozó y lloró en casa y sus padres se sentaron a su lado en su cama.

Y les contó un trauma terrible que había tenido a los dos años cuando su madre había sido trasladada de urgencia al hospital en una camilla frente a él. Y entonces le habían dejado con unos desconocidos mientras ella se recuperaba en el hospital. Fue un auténtico trauma el que había tenido y que se ajusta a otro subgrupo. Debo mencionar que Sue Reid ha escrito sobre varios niños con una predisposición autista pero que todavía no son autistas, que tienen un trauma y que este trauma les empuja hacia el autismo. Éste es un pequeño subgrupo del que habló. Se ajustaba a ello. Por supuesto, aún no la había conocido, esto fue mucho antes de que conociera a Sue. Durante años, intenté pensar qué fue lo que hice ese día cuando dije su nombre y puse mi cara en su línea de visión y que aquello no era neutralidad, la neutralidad clásica. Ni siquiera era contención, ni contención vía Bion ni contención vía Ester Bick. Aquí era algo distinto. La de Bion trataba del calmar y la de Bick trataba de la *rêverie* y la transformación dentro de la animosidad. En cualquier caso, tienen algo en común, que se enfrentan a la ansiedad. Pero yo no hice eso. Hice algo muy activo. Me incliné hacia delante, le llamé por el nombre, encontré su contacto visual, casi leforcé a mirarme. He pasado años dándole vueltas, literalmente unos diez años, y finalmente di con el concepto de recuperación. Y creo que otras personas, al menos una analista norteamericana⁴, me sugirió que también podría llamarse una especie de vitalización. Y así empecé a pensar en la diferencia entre esto y la interpretación explicativa más ordinaria. Y entonces me di cuenta de que muchos estadounidenses, en primer lugar los *annafreudianos*, habían empezado a pensar que debía hacerse algo diferente con este tipo de niños. Estaban hablando de niños *borderline*, pero incluso algunos de esos *borderline* sobre los que escribieron parecían autistas. Y decían que tuvieron un debate en su taller, el taller sobre *borderline*, sobre si había que modificar la técnica y unos decían que sí y otros dijeron que no era necesario modificarla. Y todavía hay debates. Mis amigos klei-

nianos piensan que no debería modificar la técnica con niños autistas, pero éstos son mis amigos kleinianos que no tratan el autismo. Y quienes hacen psicoterapia con niños sí que lo piensan, como lo había pensado Sue. Y Frances Tustin modificó su técnica. Y Greenspan, estaba haciendo *floortime* (terapia de juego en el suelo), algo completamente diferente, pero sigue estando basado en el psicoanálisis y en el desarrollo. Entonces, también encontré al mismo tiempo que ciertos pacientes límite no respondían bien a las interpretaciones clásicas que implicaban proyecciones de retorno. *Sientes que hoy estoy muy enfadada y hostil contigo, pero creo que es tu propia ira... o... me siento muy preocupada por ti, pero parece que tú no estás nada preocupado, pero creo que deberías preocuparte por el peligro de... que si patatín, que si patatín*. Esto está bien con muchos pacientes reflexivos que tienen alguna función del yo, pero algunos de estos pacientes *borderline* se vieron muy perturbados y abrumados por estos comentarios. Recuerdo a un joven asesino que realmente aumentó su instinto asesino cuando le dijeron que se sentía asesino. Allí donde necesitaba ayuda era en ver que había algo malo allá fuera, que había alguien muy malo allá fuera que le hacía enfadar mucho, localizando lo malo fuera o conteniendo, como me enseñó Betty Joseph, diciendo *sientes que he estado muy estúpida hoy porque no lo entendía*, y no: *estás intentando poner en mí tu ignorancia porque mañana tienes un examen*. Puede que mañana tenga un examen, pero eso no quiere decir que sea capaz de procesar el sentimiento de inferioridad y él se siente mejor si puede hacerme sentir inferior. Por tanto, también le di vueltas a ello durante diez años más. Éste era el tipo de cosas sobre las que escribían otras personas. Entonces empecé a pensar, en mi último libro, en poner los tres niveles juntos, el nivel explicativo, el nivel descriptivo, donde abordas sólo un pensamiento a la vez... No dices *esto es rabia porque tú también estabas enfadado ayer, que si lo de aquí, que si lo de más allá...* Sólo tienes que referirte a

Dios mío, hoy estás molesto. Dios mío, hoy estás muy molesto. O quizás, es muy molesto cuando los trenes no circulan a tiempo. Así que son dos pensamientos a la vez, un pensamiento a la vez, nivel descriptivo. Y entonces el nivel fundamental básico es lo que yo llamo recuperación y vitalización, donde no hay rastro, no hay pensamiento, no hay significado y es necesario crear el significado e incluso la sensación de urgencia de volver a contactar. Algunas personas encuentran útil esta forma de pensar. Técnicamente, no sólo por ser elegante.

TF Sí, creo que esta forma de pensar es muy útil. No sólo para el autismo, sino para todas las personas, para todos los pacientes. Incluso para pacientes neuróticos, creo que existen algunos estados mentales primitivos que también necesitan este tipo de enfoque.

AA Sí. Muchas gracias por decirlo, porque no es todo un grupo de diagnóstico. Es el estado de ánimo del niño el que puede cambiar entre estos tres niveles en cualquier sesión. Muchas gracias por subrayarlo.

TF Sí. Pienso que es muy importante tenerlo en cuenta y enseñarlo porque, si no lo hacemos, parcelamos a los pacientes.

AA Sí. Hace 10 o 15 años, sentí que teníamos que hacer una investigación en la Tavistock sobre el autismo y fui a nuestra supervisora, Lucie Colvin, que estaba allí en ese momento, y me dijo: *deberías hacer un estudio individual, con un solo paciente, grabarlo y mirar si puedes medir los cambios después de la psicoterapia, sólo un estudio de caso*. Así que lo hicimos. Tony Lee y yo. Él era un investigador sobre autismo, después se formó en la Tavistock e hizo nuestra formación en psicoterapia infantil. Ahora es un clínico muy distinguido. Él y yo publicamos el documento. Medimos el número de veces que el niño me miraba, la duración de su mirada -era un niño con un autismo severo-, el nivel de intercambio social y el nivel de investimento emocional -empezó a mirar objetos también, no sólo a mis ojos-, finalmente. Así que publicamos ese artículo que demostraba que se trataba

de avances mucho menores porque estaba muy aislado. Su expresividad emocional en la escala Vineland era de la edad de un mes y ya tenía tres años cuando llegó, casi cuatro. Era realmente el niño autista más enfermo y el más retrasado que había visto nunca. De todas formas, ahora estamos terminando un segundo estudio en el que él y otra compañera, Vijé Franchi, y con un poco de ayuda de mi parte, hemos cogido mis tres niveles y lo hemos graduado en escalas individuales y diferentes tipos de explicación, distintos tipos de reubicación y distintos tipos de vitalización. Y la investigación demuestra que durante los dos primeros años, como ese niño estaba tan alejado, yo sólo estaba utilizando la reclamación. *Eh, venga, echa un vistazo. Oh, ven aquí. Oh, deja de hacerlo*. Los dos primeros años fueron sobre todo esto y demuestra que fue descendiendo y los dos años posteriores pude hacer más amplificación y descripción... pero nunca llegué a la etapa explicativa. Me hubiera quedado sin respiración porque su capacidad de atención era tan pequeña como una pulga. Pero ¿sabes?, lo que me gustaría hacer, si vivimos el tiempo suficiente para hacer un tercer estudio, es demostrar que la reclamación era más eficaz que lo demás y que había una razón por la que no estaba haciendo el nivel dos: porque no funcionaba. Si no tienes la atención del niño, no tiene sentido hablar. Por tanto, primero hay que llamar la atención.

TF Me gustaría preguntarle ahora sobre niños abandonados, porque creo que es muy importante no descuidarlos; de alguna forma, no *abandonarlos* también mentalmente.

AA Me alegro mucho de que lo mencionen porque creo que muchas de estas referencias a la vitalización pueden ser aplicadas realmente a estos niños abandonados. Otra forma de ver el autismo es que se trata de una condición de auto-abandono porque si no te relacionas con otras personas pierdes un montón de cosas. Y no sólo a los niños autistas les ocurre. A los niños abandonados les pasa porque apenas saben cómo encontrar a

otras personas. Si están en una habitación, no harán lo que hace un bebé normal, que se ilumina enseguida cuando ve a alguien allí. Quizás se ilumina de forma algo ansiosa, pero sin embargo se ilumina. Es importante que haya una persona en la habitación con estos niños abandonados. Son algo como los niños autistas. No se dan cuenta, no piensan que haya nada interesante, magnético o poderosamente valioso en otras personas. Y es muy trágico porque afecta a su aprendizaje. No escuchan a los profesores y pueden ser muy escépticos sobre si hay algo interesante en el mundo. Es como una especie de depresión permanente. Y a menudo se les debe mostrar de forma más activa que se pueden estar perdiendo algo.

TF Y esto me hace pensar en su interés por el objeto. No por el objeto malo o bueno, sino por el objeto estúpido... Me gustaría que pudiera explicar un poco más al respecto, porque creo que esta parte de su pensamiento no se conoce lo suficiente. Y es muy interesante.

AA Sí. Yo solía dialogar con una mujer llamada Lisa Director. Ya la he mencionado antes. Ella es la que utilizó la palabra vitalización. Es una analista estadounidense que trabaja en Nueva York y aproximadamente una vez cada seis meses me enviaba un correo electrónico diciéndome: *¿Qué quieres decir realmente con un objeto interno?* Y yo le explicaba y le explicaba. Al final, editó una revista entera, un número entero de diálogos psicoanalíticos, hace unos tres o cuatro años. Y me dijo: *¿Te gustaría escribir un artículo? Estoy preparando un número entero sobre objetos internos*. Así lo hice⁵ y quizás eso la satisfizo. Pero de todos modos, sólo para decir que la mayoría de la gente, especialmente los psicoanalistas estadounidenses, incluso si creen que saben qué entendemos los británicos por objetos internos, cuando hablan de una persona, hablan de un *self*. Así, por ejemplo, si una joven adolescente tiene un sueño en el que intenta ir a una gran fiesta de baile y hay una mujer en la puerta vendiendo entradas y la mujer no quiere que entre

y la mira con ojos acusadores y de reproche que la hacen sentir como una mala persona y no la deja entrar en el baile, los americanos probablemente dirían que es una parte de ti que no quiere que disfrutes ni seas feliz. Ahora, a veces es una parte del yo, pero en mi opinión está lleno de alteridad. Es como si *creo que mi madre o mi abuela o alguna figura importante en mi vida no quería que fuera a los bailes. Quería que me quedara en casa con ella porque estaba deprimida*, o algo así. Si está lleno de alteridad, yo le llamaría objeto interno, no una parte del *self*. Y diría que *hay alguien que no quiere que disfrutes o alguna figura o fuerza que no quiere que disfrutes*. Ellos tenderían a pensarlo como una parte del *self*, mientras que yo pensaría que a veces es una parte del *self*, pero tengo una visión que, creo, es más psicoanalítica británica, de que la mente es una especie de mundo interior y contiene un *self* que tiene reacciones y subjetividad y sentimientos sobre las cosas, pero también contiene representaciones. Por ejemplo, estoy intentando explicarte esto. Cuando veo tu cara, va dirigido a ti, por así decirlo. Y tú no eres yo. Y, por tanto, existen estos objetos internos que habitan nuestra mente y están ahí durante la mayor parte de nuestras vidas. Obviamente, se hacen un poco más tenuous a medida que nos hacemos mayores y nos hacemos más fuertes y sabemos lo que pensamos o sabemos quiénes somos, lo que nos gusta y estas cosas, pero nunca están ausentes. No siempre son personas. Hay aspectos de las personas, puedes mirar unas flores preciosas y emocionarte mucho o, ya sabes, digamos que estás deprimido y después las miras... Por ejemplo, en mi vecindario. Somos muchas viudas en la calle en la que vivo, tres en fila en casas seguidas. Y la mujer de más al extremo salió de compras hace unas semanas y, al volver, me dijo: *me sentía tan deprimida cuando he salido... Pero he ido a la plaza y tocaba una bonita banda. Están tocando todo tipo de música encantadora y cantando y me ha animado mucho*. Así que algo puede evocar y no es necesari-

⁴ Lisa Director.

⁵ Anne Alvarez (2018). The Concept of the Internal Object: Some Defining Features. *Psychoanalytic Dialogues*, 28:1, pp. 25-34. DOI: 10.1080/10481885.2018.1411722

riamente una persona. La música evoca recuerdos del pasado o cambia tu estado de ánimo o te estimula, y eso es bueno para ti, pero no sólo te lo estás haciendo tú a ti misma. Es una sensación de alteridad de tu propio pasado lo que te da ese impulso.

TF Nos estamos acercando a la hora de terminar y me gustaría preguntarle si quiere añadir algo que piense que puede ser interesante para los psicoterapeutas, para los nuevos estudiantes, para alentarles en su trabajo.

AA Quizás podría decir algo sobre una cuestión que me ha interesado más recientemente y que son los objetos que no son necesariamente malos. En psicoanálisis, estudiamos muchos objetos malos y persecutorios como la mujer que no dejaba entrar a la chica en la fiesta o personas que tienen algo que mantiene a otros con la idea de que son feos o estúpidos. Es algo bastante habitual, pero normalmente pensamos en estos objetos malos y crueles. De todos modos, lo que más recientemente me ha interesado, y esto está un poco relacionado con los niños abandonados, son los objetos que se consideran estúpidos y poco interesantes y que, a veces, pueden producir irritación. Y puede que hubiera un padre que era demasiado asfixiante y demasiado claustrofóbico, o puede que fuera un bebé muy hipersensible que sentía el tacto como algo intrusivo en lugar de

ser algo bueno para él. Me hace pensar en un paciente que tuve y que lo pienso como esquizoide, quizás lo era, aunque ahora se le habría llamado Asperger y que nació con un terrible eczema, que hacía que ni siquiera pudieran cogerlo de tanto dolor que le producía. Así que se convirtió en una persona muy replegada en sí misma. Creo que fue en parte porque no se le podía ni abrazar, pero aun así también tenías que ser muy cuidadosa en tu acercamiento psicológico hacia él, lo que me llevó un tiempo de entender... Me han ido interesando los objetos estúpidos y los objetos irritantes que no son tan crueles y desagradables como los objetos críticos realmente malos o los que hacen que la gente se sienta fea y siempre les dé vergüenza. Éstos son los objetos malos. Sin embargo, estos objetos son más suaves, aunque pueden interferir en el aprendizaje porque el objeto no se considera interesante y entonces el mundo no es interesante. Construyes tu actitud ante el mundo mediante tu relación con la gente cuando eres un bebé y un niño pequeño y éstas son las puertas de entrada al universo o de salida del universo. Y si no funcionan así... si la madre está muy deprimida o el padre es muy estricto o lo que sea y el niño se inhibe mucho... realmente puede matar la curiosidad.

TF ¿Tiene que ver esto con la *K negativa* de Bion?

AA Creo que la palabra *K* es el deseo de conocer y el deseo de llegar a conocer, sobre todo el deseo de llegar a conocer, dijo Bion. Y nunca termina. En cuanto sabes algo, te das cuenta de lo que no sabes. En cuanto aprendes algo, te das cuenta de lo que no sabes o deberías darte cuenta de lo que no sabes. Por tanto, es una búsqueda interminable de comprensión y esto hace que el mundo sea interesante y vivo... Incluso cuando las cosas están mal, cuando es muy doloroso intentar entender qué pasa en una familia o en una corporación u organización o en un departamento gubernamental o en un país. Al menos, es interesante.

TF Sí. Y creo que esta curiosidad es algo que está en su interior y que le acompaña toda la vida.

AA Sí. Bien, espero que sí. Espero que se mantenga, de alguna manera.

TF Muchas, muchas gracias por su curiosidad, por su pensamiento, por todas sus ideas, que son muy inspiradoras para mí y para muchos psicoterapeutas y personas que trabajan con autismo, con niños. Le deseo que pueda seguir escribiendo mucho.

AA Muchas gracias. Es un campo fascinante, como sabes. Y todavía nos queda mucho por aprender sobre cómo hacerlo mejor y cómo explicarnos mejor. Así que muchas gracias por esta oportunidad. Encantada de haber compartido este espacio contigo, Teresa. ●

Manifestaciones corporales y angustias arcaicas en el autismo: comprensión y abordaje¹

- Àngels Morral Subirà² -

Psicomotricista y maestra de educación especial especializada en la comprensión y abordaje de personas con TEA y sus familias. Centro de Tratamientos, Formación e Investigación Carrilet de Barcelona. Centro Cor de Calella. (Barcelona, España)



Este artículo es el fruto de años de trabajo en la terapia integrando aspectos de las teorías psicodinámicas sobre la comprensión del autismo (Tustin, 1987; Coromines, 1998; Viloca, 2003) y la Práctica Psicomotriz Aucouturier (Aucouturier, 2004). En este camino he ido construyendo, poco a poco, un abordaje del autismo desde una comprensión psicodinámica, priorizando el cuerpo como pilar central de todo el proceso terapéutico no sólo en la intervención, sino también en la comprensión del funcionamiento autista.

A lo largo de mi trayectoria profesional (en la institución Carrilet de Barcelona y, posteriormente, en la atención privada) me he ido especializando en una atención centrada en el cuerpo y el movimiento.

Escribir me ha ayudado a poder ordenar e integrar mis conocimientos con la práctica terapéutica. No ha sido un camino fácil y en el esfuerzo he encontrado finalmente el placer que retroalimenta mi día a día.

Tal y como escribiría Eduardo Galeano (1940-2015):

“Quien escribe, teje. Texto proviene del latín ‘textum’ que significa tejido.

Con hilos de palabras vamos diciendo, con hilos de tiempo vamos viviendo.

Los textos son como nosotros: tejidos que andan”.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, reflexionaré sobre la importancia del cuerpo en la comprensión y abordaje del autismo. A través de la experiencia personal como psicomotricista, la investigación bibliográfica, el análisis de casos y la supervisión, he podido observar una serie de dificultades y peculiaridades en la construcción de la corporalidad del niño con autismo.

El cuerpo del niño con autismo no ha podido ligar las funciones motrices con las funciones de la vida psíquica. No existe una integración somatopsíquica y esto dificulta la comunicación, la relación y el acceso al pensamiento.

En su lugar, aparecen una serie de manifestaciones corporales y sensoriales que el niño externaliza (Coromines, 1989) en una serie de maniobras autistas (Viloca, 2003). En este artículo, profundizaré en algunas de estas manifestaciones corporales y sensoriales y en cómo observarlas y entenderlas como si fueran un lenguaje para poder favorecer su representación.

MARCOS DE REFERENCIA Y SU RELACIÓN CON EL AUTISMO

En la comprensión psicodinámica del autismo en concreto, no existe una estructura primitiva, un Yo diferenciado del entorno y el niño vive de forma in-

soportable el proceso de diferenciación e individuación. Para mantenerse en esta indiferenciación y no construcción de un Yo diferenciado, recurre a una serie de maniobras autistas de carácter sensorial que le mantienen en un estado de indiferenciación (Morral y Pallás, 2017).

La comprensión y la intervención desde una mirada psicodinámica se basará en la construcción de un continente corporal y un pensamiento. En palabras de la doctora Júlia Coromines, pasará por *integrar la sensorialidad* y por poder acceder al mundo de la comunicación, de la relación, de la representación y del pensamiento.

La Práctica Psicomotriz Aucouturier profundiza sobre la construcción de la unidad corporal de la formación de las primeras fantasías primarias de interacción que surgen en las primeras relaciones compartidas entre el bebé y la madre. Son una representación inconsciente de la acción: el deseo y el placer de recuperar el primer objeto “madre” y de actuar sobre él (Rota, 2017).

Estas fantasías son la semilla del posterior pensamiento simbólico. Nacen de la pérdida y posterior compensación o elaboración en el proceso de diferenciación e individuación.

Cuando, por diferentes y múltiples causas, el niño no puede construir la unidad corporal ni las primeras fantasías de interacción y transformación, aparecen lo que Aucouturier denominó angustias arcaicas. Se trata de acciones sensoriales que impiden al niño poder diferenciarse y poder transitar del mundo de la sensoriomotricidad (Piaget, 1979) al mundo del pensamiento simbólico (Klein, 1989).

El abordaje del autismo desde la psicomotricidad requiere un espacio concreto: la sala de psicomotricidad con un material específico y unos espacios diferenciados: los rituales de entrada y salida, el espacio para la acción motriz espontánea y un tiempo y un espacio para la representación (Benincasa et al., 2018). Evidentemente, en las sesiones terapéuticas estos tiempos deben ser flexibles y adecuados a las necesidades del niño.

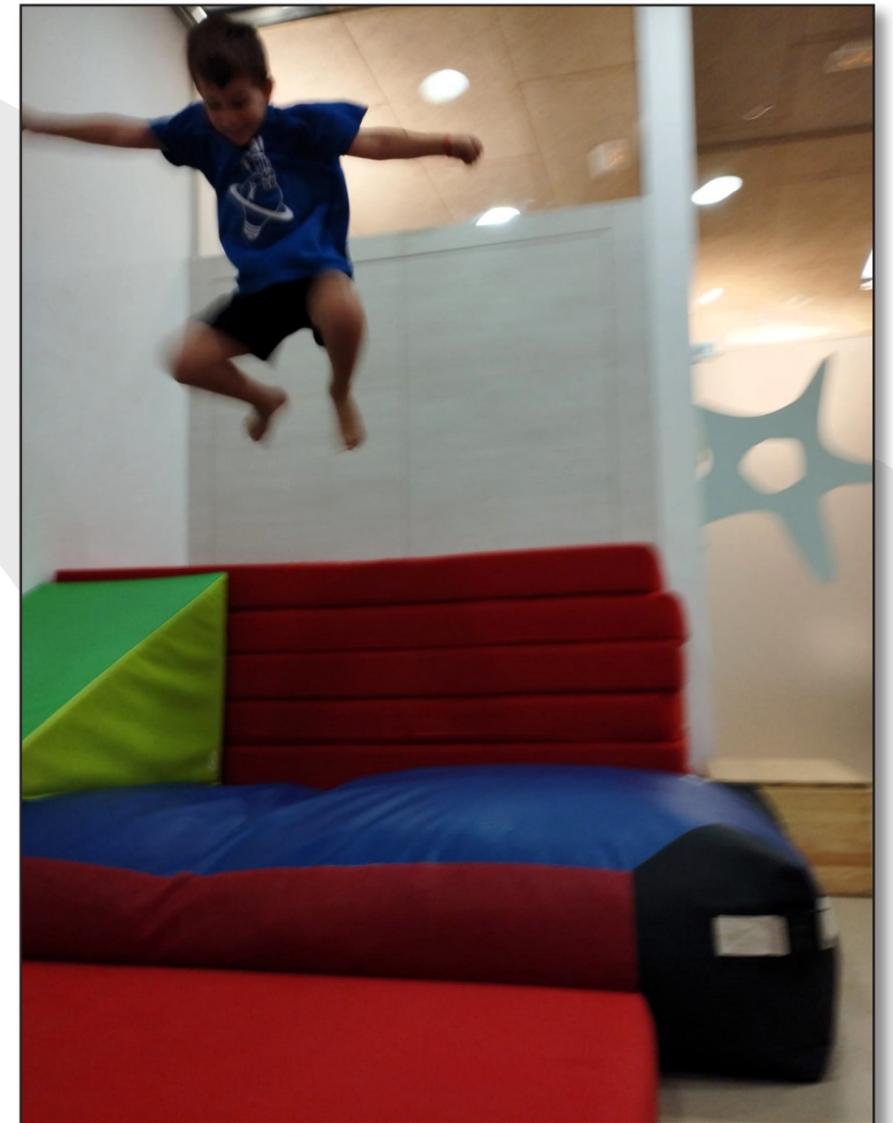
La psicomotricidad terapéutica con niños con autismo debe poder conectar las experiencias sensoriales primarias, no integradas, ni conectadas, ni mentalizadas a una emoción o vivencia ligada a una relación significativa en el aquí y ahora. Esto posibilita la integración de una unidad corporal diferenciada e investida y la integración de una vivencia relacional significativa y susceptible de ser pensada, que facilite poder separarse y poder tolerar sin demasiada angustia el dolor de la pérdida para existir como sujeto o identidad diferenciada (Morral et al., 2014).

EL AUTISMO Y LA CORPORALIDAD

El cuerpo es el anclaje de las experiencias sensoriales, motoras, afectivas, emocionales, cognitivas y del mundo del inconsciente. Es la intersección entre las funciones del organismo y la vida psíquica y afectiva de la persona (Rota, 2015).

La emoción vivida dentro de un vínculo afectivo significativo liga las funciones del organismo y la vida psíquica posibilitando la construcción de un cuerpo subjetivado e investido (Morral y Mesures, 2022). Por tanto, es imprescindible la presencia de otro significativo (figura cuidadora) para que podamos existir y construirnos como cuerpo investido y subjetivado.

El desarrollo psicomotor en los primeros años de vida, así como los primeros juegos, acompañan a este proceso de construcción, diferenciación o individuación. Por tanto, debemos observar, pensar y entender el cuerpo siempre desde dos ópticas: el cuerpo en movimiento y el cuerpo en relación. Éstas deben estar íntimamente ligadas e integradas para que podamos hablar de corporalidad investida y subjetiva.



Teorías de investigadores y neurocientíficos más actuales sitúan al cuerpo (“cuerpo investido”, “el sí mismo” y al “self nuclear”) en el centro de la falla básica del autismo (Teitelbaum, 2012). Algunos autores definen al autismo como una interrupción en el procesamiento del sí mismo y los demás, que afecta a la capacidad de formar y coordinar representaciones sociales, con efectos en cascada sobre la imitación, la comunicación y la interacción interpersonal (Marshall y Meltzoff, 2015). Otros, ofrecen una explicación del autismo basada en una alteración de la experiencia cognitiva y de lo que ellos llaman el *self nuclear primitivo y su cohesión* (De-

lfield-Butt, Dunbar y Trevarthen, 2023). Algunas teorías psicodinámicas entienden que los niños con autismo viven anclados en la sensorialidad con dificultades importantes para establecer relaciones con su entorno y para construir un cuerpo investido y un pensamiento embrionario (Coromines, 1998), semilla del posterior acceso al pensamiento y al mundo de las interacciones.

En el autismo, el cuerpo no está integrado, ni unificado, ni cohesionado y está construido a base de trocitos no conectados entre sí. No existe ni un espacio físico vivido de forma tridimensional ni un espacio mental. Todo es vivido en la

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

² amorralpsicomot@gmail.com

sensorialidad en forma de engramas (Aucouturier, 2004) o de grietas sensoriales (Viloca, 1998) de difícil significación y que forman un pensamiento sensorial. Este pensamiento sensorial se traduce también en manifestaciones corporales adheridas también a la sensorialidad. Ésta es la manera singular con la que el niño con autismo se comunica.

La externalización (Coromines, 1998) es la maniobra a través de la cual el niño con autismo se comunica. Externalizar es poner fuera (sin conciencia de que existe un fuera y un dentro, un Yo y no Yo) la sensorialidad. Los niños con autismo externalizan sus ansiedades, es decir, las actúan con sus acciones, puesto que no pueden representarlas mentalmente ni comunicarlas a través de manifestaciones simbólicas como el juego, el dibujo o la comunicación verbal.

Los registros no verbales son básicos en la comprensión y en el abordaje de los TEA (Morral, 2022) porque son una "comunicación más allá de las palabras" (Magagna et al., 2022), una comunica-

ción no verbal que requiere una comprensión profunda del funcionamiento autista y un aprendizaje de la técnica de observación interactiva o participante. Por tanto, la externalización está muy lejos de la comunicación. Es una maniobra propia de los funcionamientos indiferenciados en los que no existe un Yo corporal integrado y diferenciado del entorno. En su lugar, aparece lo que Bick (1968) denomina como "la segunda piel": un sostenerse en la sensorialidad, en la indiferenciación, en la no concienciación y en la no integración corporal. La segunda piel serían las manifestaciones corporales de la sensorialidad como consecuencia de esa no construcción o construcción muy fragilizada de la corporalidad.

Aucouturier habla y describe las angustias arcaicas como esa sensorialidad externalizada en el cuerpo de forma no concienciada. Son el resultado de la incapacidad para poder construir un Yo piel. La angustia frente a la separación y la pérdida hace que los niños con autismo se aferren a estas acciones sensoriales.

Marcos repetía constantemente la misma acción. En casa (vivían en una casa de dos plantas), tiraba constantemente objetos por la escalera. Le fascinaba ver cómo los diferentes objetos bajaban rodando hasta que llegaban al suelo y se detenían. Marcos bajaba simultáneamente las escaleras junto al objeto dando saltos y riendo. Ésta era una acción que repetía de forma continua. Más adelante, buscaba lanzar objetos desde el segundo piso hasta el suelo.

Los padres de Marcos no entendían este "juego" y Marcos tampoco entendía por qué sus padres se enfadaban y gritaban. Con esta acción de lanzar objetos, Marcos externalizaba una angustia arcaica de caída, una angustia muy primitiva, no conectada a ninguna emoción ni representada.

Durante los meses posteriores, la sala de psicomotricidad se convirtió en un espacio privilegiado donde empezar a integrar toda esta sensorialidad. Primero, en el cuerpo y, posteriormente, en la representación de estas externalizaciones.

MANIFESTACIONES CORPORALES EN EL AUTISMO:

Conciencia corporal

Con el diálogo tónico-afectivo (Ajuriaguerra, 1993) lleno de contactos, sonrisas, gestos, balbuceos, olores, ritmos, pausas entre el bebé y su madre, aquel va construyendo diferentes envoltorios sensoriales y biológicos que, poco a poco, se van conectando a diferentes emociones y se van transformando en envoltorios propios, singulares, subjetivados y de características más simbólicas. Con este diálogo tónico y afectivo, el bebé y la madre se intercambian información a través de la tensión-distensión muscular que expresa sensaciones de placer o de displacer. Desde el nacimiento y, a través de las relaciones tónicas que establecen el bebé y su madre, el niño satisface las propias necesidades y el deseo de actuar primero sobre el cuerpo de la madre y, más adelante, sobre el entorno (Campos, 2007).

El bebé nace con las capacidades innatas para la integración sensorial (Klind y Jones, 2007) y la integración transmodal (Negri, 2018) con un entorno suficientemente bueno que integre tanto un *handing* como un *holding* adecuado a las necesidades individuales de cada niño (Winnicott, 1998) permiten al niño irse cohesionando y diferenciando del entorno. Es necesario que el cuerpo en movimiento y el cuerpo en relación se vayan integrando con la sintonía adecuada y singular de cada díada madre-bebé (Stern, 1991). Todas las actividades, acciones, juegos que el niño desarrolla en esta primera etapa van encaminados y favorecen que el niño vaya transitando por todo este proceso de diferenciación e individuación (Aberastury, 1999).

En un primer momento, el bebé necesita ser sostenido, regulado y que la persona cuidadora pueda ser receptáculo de todas las ansiedades más primarias, que son expresadas desde el mundo sensorial y desde el cuerpo y que a la vez sea capaz de poder transformarlas en sensaciones que no desborden al bebé y que, poco a poco, pueda ir diferenciando, integrando y conectando con las diferentes emociones.

Así, se van construyendo una corporalidad subjetiva e investida. Esta corpo-

ralidad es la que nos permite tener una conciencia de uno mismo. Somos conscientes de nuestro cuerpo, sus límites, su posición, su organización en el espacio y en el tiempo.

En los niños con autismo, existe un equipamiento de base frágil (Ajuriaguerra, 1970) y todo este proceso está claramente alterado.

A pesar de observar cómo se mueven, caminan... muchos de estos niños no tienen una conciencia de su cuerpo. Es un cuerpo-sensación, no un cuerpo como espacio físico tridimensional con un dentro (contenido) y un fuera (conteniente) delimitado por la piel que actúa como frontera o barrera entre el contenido interno y el contenido externo. Un dentro y un fuera que se comunican y se intercambian informaciones a través de los orificios del cuerpo.

La percepción de su cuerpo es plana, como si sólo existiera la superficie y la forma. En un primer momento, no hay conciencia corporal y, por tanto, no hay capacidad para poder representar el propio cuerpo. El entorno también es vivido de forma plana y bidimensional. No existe la vivencia del cuerpo como un espacio con sus partes blandas y sus partes duras. La vivencia del cuerpo se da desde la sensación. Un cuerpo que puede desregularse fácilmente ante cualquier estímulo.

Si observamos su cuerpo y su tonicidad, algunos tienen un tono muscular rígido o fibrado, otros tienen un tono bajo o partes muy duras como he comentado antes y otras partes muy blandas o hipotónicas. Es sabida la relación entre el tono muscular y la emoción. Estas partes duras son a veces como objetos autistas internos (Tustin, 1990), que les ayudan a poder sostenerse, por ejemplo ante cambios o imprevistos. El tono muscular bajo puede estar relacionado con la necesidad de fusión e indiferenciación de los niños con autismo, será pues importante observar y analizar la calidad y la finalidad o necesidad del contacto para poder entender algunas de las conductas y manifestaciones de los niños con autismo.

El entorno de Mireia la describía como una niña muy cariñosa.

Llegaba a las sesiones a hombros de su madre. No podía desprenderse de su cuerpo. Con la boca iba lamiendo el pelo largo de su madre, buscaba la boca de la madre "para darle un beso", lamía la camiseta de la madre, etc. Buscaba constantemente, en ese cuerpo, diferentes estímulos todos del orden de la sensorialidad. Tenía una boca grande y salivaba con frecuencia.

Poder trabajar con la madre dentro de la sala me sirvió para poder, poco a poco, ir ayudándola a poder diferenciar la relación y la sensorialidad. La madre pudo ir ayudando a su hija a ser más consciente de la diferenciación entre su cuerpo y el cuerpo de Mireia. Fuimos haciendo esta diferenciación paulatinamente y observando muy atentas cuando Mireia se angustiaba con ella. La madre y yo íbamos poniendo palabras en voz alta a toda esta observación del cuerpo de Mireia, de lo que entendíamos y de lo que no entendíamos de sus manifestaciones corporales. Cuando Mireia se angustiaba, picaba con un pie en el suelo muy fuerte mientras se mordía la mano.

Durante muchas sesiones, jugamos al juego de "si la barquita vuelca". La madre ponía a Mireia dentro de una tela grande y ella, desde un extremo, y yo, desde el otro, balanceábamos la tela mientras cantábamos la canción de la barquita. Una vez en el suelo, con Mireia sobre la tela, la arrastrábamos por la sala. Cuando la madre la arrastraba, me decían a mí adiós y cuando yo la arrastraba le decíamos adiós a mamá. Con el tiempo, y cuando ya Mireia podía estar dentro de la sala más diferenciada del cuerpo de su madre, pudimos construir tres espacios diferentes dentro de la sala (la casita de Mireia, la casita de su madre y mi casita). Nos metíamos dentro y salíamos fuera. Hacíamos "ventanas en la casita" desde donde podíamos saludarnos o intercambiar objetos pequeños de la sala.

Finalmente, al cabo de un tiempo trabajando juntas, la madre pudo empezar a esperar fuera de la sala.

Mireia había podido construir un cuerpo diferenciado del cuerpo de su madre. A pesar de que su funcionamiento seguía siendo sensorial, había podido incorporar cierta estructura interna que



le permitía poder interactuar con el entorno y disfrutar de las sesiones de psicomotricidad.

La piel, la frontera entre el Yo y el no-Yo

La piel es un órgano, una envoltura continua de nuestro cuerpo, que nos protege y regula, delimitando el espacio interno del externo y permite la discriminación de las sensaciones externas y las enlaza con el cerebro para la decodificación. Es el primer órgano sensorial que se desarrolla en el feto humano y el único sin el que no es posible la vida (Montagu, 2016).

Anzieu (2007) describe el concepto "Yo-piel", que desarrolla la idea de que toda función psíquica puede apoyarse en una función corporal; en el caso del Yo-piel, en la piel, órgano sensitivo. Define el Yo-piel como un Yo corporal y sensorial, más un Yo psíquico incipiente o primario. El Yo-piel hace referencia a un estadio del ser humano previo a las palabras. Las funciones del Yo-piel serían la diferenciación entre el mundo interno y el externo, la contención, la unificación y cohesión y la regulación e integración de la sensorialidad. Es decir, filtra y hace de barrera protectora de elementos desorganizadores. Este Yo-piel se construye en relación con un cuerpo en movimiento y un cuerpo en relación con otro cuerpo en la intimidad del vínculo afectivo. El aparato psíquico maduro necesita de un Yo-piel que lo sostenga y sobre el que poder estructurarse y construir.

Cuando nace el bebé está inmerso en una envoltura sensorial: flujos sensoriales, marcas sensoriales, informaciones táctiles, auditivas, visuales, cinestésicas, que necesitan de un entorno que le permita poder integrarlas. Esta integración pasará por la transformación de estas envolturas sensoriales en envolturas de sensaciones conectadas entre sí y conectadas también a diferentes emociones.

En el autismo, esta integración de las diferentes sensaciones (Negri, 2018) y la transformación de estas envolturas sensoriales o envolturas sensoriales y emocionales no se ha podido dar. La corporalidad subjetiva e investida requiere de esa transformación. El diálogo tónico (Ajuriaguerra, 1993) es la base para esta

transformación. Las dificultades innatas en la integración sensorial hacen que sea difícil poder integrar estos envoltorios sensoriales en envoltorios emocionales quedándose, en muchas ocasiones, fijado en diferentes estímulos sensoriales de forma aislada, utilizando un solo canal sensorial (Meltzer, 1979).

Anzieu (2007) describe diferentes tipos de envolturas en el autismo. Los sitúa de forma muy cercana a la segunda piel de Ester Bick. Existe una piel externa, pero falta una piel interna. No hay un Yo-piel. Son envolturas que actúan como una coraza que impide el contacto con el otro y con el entorno. Anzieu define diferentes tipos de envolturas: envoltura de la agitación, propia de lo que él denomina el autismo secundario; envoltura del autismo primario anormal, un cuerpo pasivo, inmóvil y blando y el autismo secundario regresivo, donde la característica principal según el autor serían las hipersensibilidades y la confusión constante entre el Yo y el no Yo. Podemos encontrarnos con envolturas auditivas, visuales, cinestésicas, olfativas, etc.

Los niños con autismo no han podido adquirir este Yo-piel ni sus funciones. No existe la base sobre la que poder edificar, construir un Yo maduro. En su lugar desarrollan una "segunda piel" (Bick, 1968), una coraza, una envoltura sensorial, una sensación de cuerpo que les da una falsa contención. La segunda piel está externalizada en las manifestaciones corporales. Estas externalizaciones serían como proyecciones sin piel ni mente. Estarían todavía lejos de una representación de su mundo interno al tener nula conexión emocional.

Jaume entra en la sala con los dedos dentro de las orejas. Me doy cuenta de que va tapando y destapando los agujeros de las orejas de forma rápida. Por tanto, toda la información auditiva que le llega del exterior es entrecortada. Por la calle, con su madre, lleva siempre un dispositivo electrónico al oído y va escuchando de forma repetitiva canciones infantiles. Cuando intento reproducir las canciones del dispositivo, Jaume se inquieta y me tapa mi boca con su mano.

Finalmente, con un tambor grande de la sala empezamos a tejer una relación

(mientras favorecía la funcionalidad de las dos manos) y empezó a aparecer un Yo y un no-Yo. Por otra parte, poder entender que cuando Jaime me tapaba la boca no era porque no le gustara que yo cantara. Más bien al contrario, la emoción y el significado despertaban, en un principio, mucho miedo.

El movimiento, desregulación sensorial

En referencia al movimiento de los niños con autismo y la calidad de éste, he observado a lo largo de los años que muchos de los niños con autismo o bien se mueven con un movimiento constante, frenético, sin sentido o, por el contrario, con una inhibición de éste mostrándose aislados y cerrados.

Algunos manifiestan una necesidad constante de movimiento. Buscan tirar el material al suelo, mezclarlo, necesitan mover los distintos materiales por el espacio y también el espacio de los demás. No existen fronteras ni espacio delimitados. Esta invasión del espacio responde a una dificultad en la diferenciación entre el Yo y el no-Yo. Todo es movimiento. Parece que carezcan de una piel capaz de diferenciar su cuerpo del entorno. Cualquier estímulo del exterior puede desorganizarlos y se adhieren de forma indiscriminada e indiferenciada. Esta no discriminación y el movimiento constante puede llevarles a situaciones de peligro. Pueden ser niños con cuerpo ágil y con muy poca conciencia del peligro como un síntoma de la no percepción del cuerpo como un espacio tridimensional (viven en un mundo de sensaciones bidimensional). Por tanto, no hay un dentro ni un fuera. Se mueven constantemente, pero son incapaces de saltar, de pasar la pelota a otra persona, se pueden golpear de forma frecuente, pueden pisar el material, pasar por encima de las personas, etc. Es un movimiento con escasa intencionalidad. Un movimiento de calidad estereotipada y sensorial.

También hay niños que están instalados en el no movimiento, en la quietud. En este extremo, nos acostumbramos a encontrar con un cuerpo con un tono muscular blando y con pocas capacidades motrices. Pueden vivir fijados en un estímulo sensorial de tipo visual o audi-



tivo y a veces pueden buscar la fusión a través de la sensación del contacto con el otro o ser muy reactivos a establecer una relación corporal con el otro.

Por tanto, la sala de psicomotricidad es un espacio privilegiado para poder atender estas dificultades en el establecimiento de un Yo-piel y de unos envoltorios que, poco a poco, integren las sensaciones y el mundo autosensoresial con las diferentes emociones que surgen de la interrelación.

Es propio de los estados autistas e indiferenciados que el niño presente una desregulación sensorial. La falta de integración sensorial y de un Yo-piel hacen que el niño viva las sensaciones internas y externas de forma confusa e indiscriminada y que no existan las capacidades para poder filtrar, transformar y regular las diferentes sensaciones. Cuando el significado emocional se hace evidente, muchas veces estos niños se desregulan y desorganizan.

Martí es un niño con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista con capacidades cognitivas preservadas. En cada sesión, cuando llega, se esconde detrás de las almohadas para darme un susto cuando yo entro en la sala. A continuación, empieza a moverse y saltar por toda la sala mientras organiza lo que él llama el circuito perfecto. Un circuito circular que no tiene ni inicio ni final. A medida que va saltando y corriendo, Martí acostumbraba a caerse, a golpearse en el cuerpo, a sudar en exceso, a morderse la lengua y cantar todo el rato una canción que dice algo parecido a "el suelo es fuego".

Cuando yo le acompañaba con mis palabras, él gritaba "demasiadas palabras, demasiadas palabras", mientras tiraba balones de forma indiscriminada por toda la sala. Acababa siempre desorganizándose y muy desregulado sensorialmente, lo que nos llevaba a no poder volver a contener y organizar todas las

sensaciones y las emociones y, cuando este hecho coincidía con el anuncio del final de la sesión, Martí explotaba echándolo todo al suelo. En el momento concreto de salir fuera de la sala, Martí se quedaba absorto mirando las luces de la sala y del pasillo.

Con el tiempo, las sesiones cambiaron cuando entendí que Martí no tenía una estructura somatopsíquica suficiente que le ayudara a regular y que las emociones que se despertaban dentro de la sala hacían que la desregulación sensorial acabara desorganizándolo de tal modo que la única salida que tenía de poder terminar la sesión y marcharse era quedando fijado a un elemento sensorial (las luces).

Empezábamos las sesiones con el envoltorio de la tela y con unos movimientos de balanceo que precedían a un masaje por todo el cuerpo que consistía en reseguir toda la silueta y después taponarlo con una manta de peso.

Construíamos el circuito entre ambos y yo era la encargada de poner un inicio y un final. Durante toda la sesión, prestábamos mucha atención a si Martí tenía calor o frío (al principio, no diferenciaba el calor del frío) y yo le iba ayudando a ponerse o quitarse la ropa según tenía los pies fríos o calientes, la cara roja y caliente, si sudaba, etc.

Poder regular las sensaciones le ayudó a poder organizarse mejor y también a disminuir su malestar. Empezar la sesión con un trabajo que favorezca la conciencia corporal y la piel favorece en algunos niños con autismo una mayor regulación y contención de las diferentes sensaciones y emociones.

Otros espacios contenedores que ayudan a esta regulación sensorial y contención pueden ser espacios como las cajas de madera, los túneles y, en general, los espacios tridimensionales dentro de la sala donde el niño puede meterse dentro y se siente contenido y recogido. Estos espacios favorecen también la viven-

cia de un espacio externo y un espacio interno (un dentro y un fuera) ayudando al niño con autismo a poder diferenciar un Yo y no-Yo. También nos posibilita poder introducir juegos relacionados con “estamos cerca” y “estamos lejos”, acciones que nos permiten empezar a jugar y elaborar el proceso de diferenciación y la interrelación dentro de la sala.

La caja de madera también nos permite introducir elementos blandos y suaves en contraposición a la dureza de la madera.

Ya para terminar este apartado, me gustaría resaltar la importancia de todo lo referente al cuidado de la piel y de los golpes o heridas.

Ivet era una niña autista con una historia de adopción detrás que la hacía doblemente sensible en los momentos de entrada y salida de las sesiones o en momentos de cambio, de final, de pérdidas. Cuando entraba en las sesiones, se rasca de forma frenética los muslos y se hacía pequeños pellizcos que le acababan

dejando la piel marcada. Durante mucho tiempo empezábamos las sesiones con una música suave que nos acompañaba y curaba estas heridas con un masaje. En las sesiones que era posible, mientras ella se miraba en el espejo y reproducía unos movimientos con el cuerpo como si bailara, yo construía un álbum de fotografías de su vida. Ella me miraba a través del espejo de la sala.

Curar con tiritas, con masajes y también reparar los objetos o materiales que se pueden romper en las sesiones ayuda a estos niños a poder investir su propio cuerpo y su entorno de forma tangible y concreta.

La mano y las extremidades superiores del cuerpo

La mano y las extremidades superiores son la parte del cuerpo humano que utilizamos para interactuar con el entorno y comunicarnos con el otro.

La mano en el ser humano es una parte del cuerpo llena de simbolismo, no es de extrañar pues el gesto casi innato de cualquier madre con su niño recién nacido de tocar, mimar las manos del bebé, acariciar los dedos. En la observación de bebés, podemos ver cómo realizan una serie de movimientos circulares y redondeados con las extremidades superiores e inferiores y cómo buscan con la mano el contacto con la cara de las figuras cuidadoras poniendo, por ejemplo, la mano en la boca de la madre (Viloca, 1998). Con este gesto, el bebé comunica la tendencia a la vinculación (Viloca, 2003) como una más de las competencias innatas del recién nacido (Brazelton y Cramer, 1993). El recién nacido muestra con este gesto una intencionalidad muy primaria (Trevarthen y Delafield-Butt, 2011), esto es, un dirigirse con la mano hacia fuera, hacia el otro, hacia la relación y la vinculación.

Se han observado señales de alarma en relación con el cuerpo y el movimiento de los niños/as con autismo desde el primer año de vida a través del análisis retrospectivo de vídeos domésticos de niños posteriormente diagnosticados de autismo (Purpura et al., 2017; Lim et al., 2021). Es frecuente apreciar la dificultad que muestran para realizar gestos con

una intencionalidad motriz: bebés en decúbito supino que presentan ausencia de movimiento, posturas con las extremidades superiores e inferiores totalmente abiertas hacia los lados y sin la presencia de movimientos generales y *fidgety* (movimientos continuos, circulares y tridimensionales de todas las extremidades). Existe una tendencia clara a la inmovilidad en sus cuerpos. Sus posturas son a menudo asimétricas con algunos de los reflejos primarios activados cuando ya por edad cronológica tocaría su desaparición o su transformación (Teitelbaum, 2012). Cualquier postura asimétrica dificulta la integración del Yo corporal y también la funcionalidad y la intencionalidad de cualquier movimiento (Morral y Pallàs, 2017). Esta inmovilidad de sus extremidades propicia que los brazos y manos del bebé no se alarguen buscando, por ejemplo, tocar o poner la mano en la propia boca o de la de la figura cuidadora. Se observan manos abiertas o siempre cerradas, manos que no buscan, no tocan, no cogen (Delafield-Butt, 2023).

Esta inmovilidad y ausencia de los movimientos circulares precede a la dificultad en la integración de la línea media del cuerpo hacia los cuatro meses de edad, que ayuda a la integración del cuerpo y a la noción de un yo mismo unido.

En el desarrollo psicomotor posterior del niño, podemos observar cómo estas manos se van integrando en la corporalidad. Antes del tercer mes, la mano es todavía un objeto no diferenciado ni integrado. La maduración del niño y las experiencias del entorno hacen que alrededor de los 5-6 meses esta mano se convierta en un objeto diferenciado, integrado y, a través de la manipulación y experimentación con placer, el niño descubre su propio cuerpo y el mundo que le rodea y, a partir de ahí, hay un proceso que se inicia con la prensión, la pinza y la motricidad fina donde la conjunción con la visión va posibilitando que la acción se vaya transformando cada vez más en una acción voluntaria. Todas las funciones de la mano son un proceso de especialización propio y definitorio de la especie humana y que tiene una importante representación a nivel cerebral.

Todo el proceso de especialización de la mano está claramente alterado en el autismo severo. También he observado cómo en niños con funcionamientos no tan severos existe asimismo un uso peculiar de la mano.

Observo cómo Anna entra en la sala. Anda con los brazos alzados junto al cuerpo. Las manos cerradas. Me hace pensar en una niña pequeña cuando empieza a andar sola. No toca nada con las manos y no muestra ningún interés en ningún objeto. Me pongo a jugar delante suyo con una pelota grande. Golpeo la pelota suavemente y acompaño con una canción los golpes de mano que doy a la pelota. Al cabo de un rato, la pelota toca la mano de Anna. Anna realiza un movimiento de balanceo con su cuerpo y se acerca la mano a la boca. Se sopla la mano. Al cabo de un rato, se pone saliva en la mano y la embadurna en la pelota.

Pongo palabras a las acciones que hace Anna con la mano y con la saliva.

Acabamos la sesión, recojo la pelota diciéndole “con un poquito de saliva que Anna se ha sacado de la boca”. Con el espejo delante, digo “miramos la boca, los dientes, la lengua, la saliva y las manos”. Anna lame el espejo y se aparta. Realiza la acción varias veces. Al final, intento que con las dos manos toque el espejo y después las saque. Le hablo mientras le

muestro que Anna tiene una boca y dos manos.

Las manos cerradas, la no integración en la línea media, el soplar la mano y poner saliva a la pelota son maniobras estereotipadas que tienen la función o bien de anular el significado o bien, como veremos en el siguiente ejemplo, romper el significado.

A Max le gusta manipular la plastilina. Tiene una caja con plastilina y en cada sesión le propongo jugar y compartirla. Le gusta oler la plastilina y hacer formas geométricas. Max dice “redonda” y hace una redonda, “triángulo” y hace un triángulo. Y así en cada sesión mientras va poniendo las figuras en fila una junto a otra encima de la mesa. Cuando es hora de recoger, no quiere guardar sus producciones y poco a poco va cogiendo cada figura y la desmenuza a trocitos que después va pegando por toda la mesa.

En muchas ocasiones, he observado cómo niños con autismo realizan movimientos complicados y de cierta precisión con la mano (manierismos, estereotipias), pero en cambio son incapaces de realizar otros movimientos como coger, soltar un objeto, dar la mano, decir adiós.

Las estereotipias manuales (manierismos) sirven al niño con autismo para anular el contacto con el exterior o también para anular el significado, es decir,



desproveer la experiencia de significado (Subirana, 1983).

Favorecer dentro de la sala de psicomotricidad una observación cuidadosa de cómo el niño utiliza las manos y cómo las tiene integradas en el propio cuerpo es esencial para entender a estos niños. Trabajando con la totalidad corporal es necesario poder comprender y atender la funcionalidad de la mano en cada niño con autismo y poder favorecer vivencias diversas de funcionalidad ligadas a las diferentes emociones y a la relación.

Las extremidades inferiores

Las extremidades inferiores son la parte de nuestro cuerpo que nos sostiene en la verticalidad, que nos sostiene. Que nos conecta con el suelo.

La evolución y la maduración durante los primeros dos años de vida llevan al recién nacido a poder transitar el proceso de desprenderse de la unidad dual o la díada madre-bebé a partir de la evolución que va desde el reconocimiento e integración de los pies en su propia corporalidad hasta todos los movimientos activos de desplazamiento como el volteo, los arrastres, el gateo o el paso de la horizontalidad a la verticalidad (Calméls, 2009).

Con estos desplazamientos activos, el niño escenifica en el terreno de la realidad el proceso de diferenciación e individuación y separación.

Algunos niños con autismo caminan de puntillas y esto comporta acabar con unos gemelos duros y contracturados. La sensación de dureza interna como consecuencia de la contracción muscular interna puede acabar siendo casi como una sensación de dureza que necesitan repetir para sentirse sostenidos en la verticalidad. Caminar de puntillas también representa una dificultad de conexión, de anclaje en un suelo firme y consistente. Un cuerpo sostenido en las puntillas acaba siendo un cuerpo en un constante desequilibrio que encuentra su soporte en las zonas duras del cuerpo.

Otros, arrastran los pies por el suelo como si tuvieran dificultades para poder separarse físicamente del suelo. En muchas ocasiones, el proceso del paso de la horizontalidad a la verticalidad en el au-

tismo está alterado. Quizás no es tanto en el déficit, sino en la calidad de estas conductas.

Los padres de Alex me cuentan que su hijo gateó durante mucho tiempo. Gateaba de forma ágil y rápida, subía por todas partes. La madre me cuenta

que tenían que estar muy atentos ya que Alex gateaba y, sin parar ni mirar nunca atrás, podía irse demasiado lejos de los padres. Si le llamaban, no se volvía ni se detenía.

Dedicar un tiempo al trabajo de la corporalidad en el suelo ayuda al trabajo



de la unidad corporal diferenciada y también a la significación y diferenciación de los pies y de las manos. En algunos niños con autismo he observado cómo pueden utilizar los pies como si fueran manos al igual que también he observado la confusión entre la mano y la boca (pueden coger objetos con los dientes como si no tuvieran manos). Son igualmente importantes los masajes en la planta del pie, los estiramientos suaves de las cadenas musculares posteriores para poder vivenciar sensaciones corporales diferentes que les ayuden a integrar y unificar la totalidad corporal.

Las angustias arcaicas en el autismo

Las angustias arcaicas en el autismo, descritas por Aucouturier en 2004, están relacionadas con las dificultades para poder conectar las primeras sensaciones a las emociones y fruto de la imposibilidad de construir un continente corporal, una unidad corporal donde poder anclar las primeras sensaciones y conectarlas a las primeras emociones y a la relación significativa.

El autor define las siguientes angustias arcaicas: angustias de caída, de fragmentación, de licuación, de arranque, de explosión y de amputación.

Los niños con autismo repiten de forma estereotipada y sin concienciación estas angustias como las angustias primarias. Buscan constantes sensaciones de caída con su cuerpo o de los objetos o materiales, están atrapados en sensaciones que les proporciona el movimiento constante o están congelados y paralizados. Algunos están fascinados y aterrorizados a la vez por los agujeros, por los materiales como el agua, las babas, los materiales líquidos, la arena, etc.; otros, sienten un terror catastrófico por los cambios como si fueran a perder parte de su propio cuerpo y otros externalizan con su cuerpo una sensación constante de desorganización y ansiedad muy elevada que hace que el terapeuta tenga una resonancia constante de peligro, de explosión, de catástrofe.

Ya hemos visto anteriormente el caso de Jaime y su fascinación y necesidad constante de buscar la sensación de caída.

En la sala es importante poder dar un marco a todas estas manifestaciones. Debemos transmitir al niño con autismo que para nosotros es importante lo que él hace.

En un primer momento, será nuestra presencia la que sostendrá y dará significado a la acción del niño. Será importante poner palabras a la acción concreta y a las diferentes sensaciones que se producen en esta acción. Posteriormente, estas sensaciones se tendrán que ir conectando a las diferentes emociones. El esquema psicopedagógico de la doctora Coromines puede ayudarnos para iniciar el proceso de representación de estas angustias (Coromines, 1998).

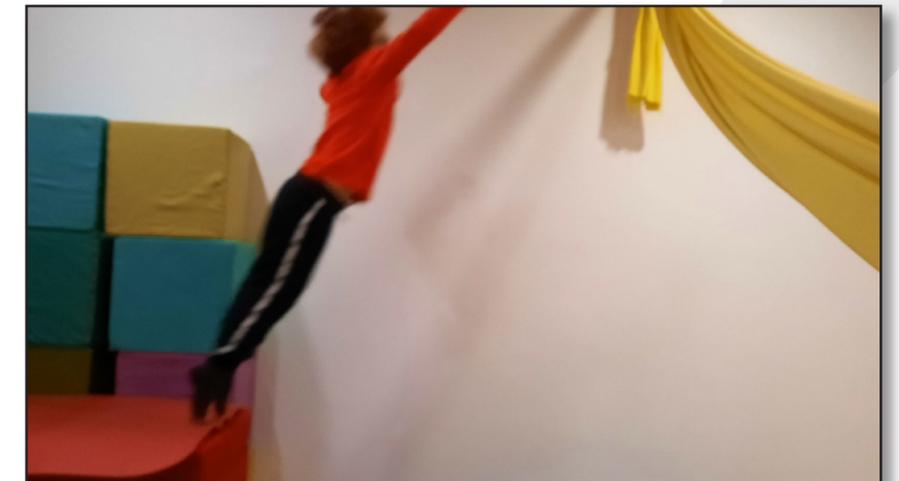
Como terapeutas y psicomotricistas deberemos sostener física y psicológicamente toda esta producción sensorial del niño sin caer en la desmotivación, el aburrimiento o la falta de interés. En la mayoría de casos, he podido observar cómo en un segundo momento el niño con autismo puede ir tolerando la presencia del otro sin angustiarse en exceso y esto permite iniciar un recorrido conjunto. Se trataría de acceder a su mundo sensorial y poder iniciar una relación que parte de esa sensorialidad y de su manifestación.

Será importante poder ir representado a través de otros materiales toda esta sensorialidad. A veces, esta representación pasa por tener una caja donde guardar, por ejemplo, los trocitos de plastilina, construir con maderas un recipiente donde caerá la pelota, jugar con

las diferentes sensaciones de caída con otros materiales de la sala. Vivenciar con el propio cuerpo todas estas sensaciones, jugar a construir y destruir, ayudar a aquellos niños que están muy invadidos por angustias de fragmentación a poder dar una continuidad a su cuerpo y también a sus manifestaciones dentro de la sala. Cuando hay mucha necesidad de sacar materiales, de mezclarlos, de perderse en el espacio, es necesario favorecer el trabajo desde los diferentes espacios dentro de la sala y, cuando el niño necesita poder expresar las angustias que están relacionadas con la explosión, habrá que poder permitir de forma contenida que toda esta sensorialidad pueda irse representando de forma conjunta.

Francisco era un niño de seis años de edad. En la escuela ordinaria estaban contentos con sus logros en los aprendizajes, pero me expresaron su angustia puesta que observaban que se desorganizaba mucho en los patios y en los espacios no tan estructurados. Entraba en una confusión realidad-fantasia y empezaba a "jugar" a los terremotos y huracanes. Él solo iba dando vueltas por el patio cada vez con mayor rapidez y subía a los márgenes del patio y se tiraba al suelo. Se iba excitando y normalmente terminaba muy nervioso, agotado, desregulado y muy asustado.

La sala de psicomotricidad ofrecía a Francisco la posibilidad de tener un espacio contenido donde podía expresar y manifestar todas estas angustias. Con las telas grandes hacíamos como un



huracán y con las almohadas construíamos elevados rascacielos que, cuando aparecía un terremoto, caían al suelo. Aquella actividad solitaria, repetitiva se convirtió en una actividad compartida en la que primero construíamos una ciudad y, después, con diferentes materiales, representaban el huracán, el terremoto, el volcán, etc. Poco a poco, aquella angustia relacionada con la explosión, la fragmentación y la falta de límites fue convirtiéndose en una actividad sensorial conectada a la emoción compartida y que, posteriormente, podía ser recordada y pensada. Con este niño en concreto, más adelante, se pudo ir haciendo un trabajo de poner palabras a los miedos.

CONCLUSIONES

En este artículo, he pretendido desarrollar un abordaje del autismo desde la psicomotricidad integrando algunas de las teorías psicodinámicas clásicas sobre la comprensión del autismo y la Práctica Psicomotriz Aucouturier.

El niño con autismo no ha podido construir un cuerpo investido. En su lugar, aparecen distintas manifestaciones corporales y angustias arcaicas que se expresan a través de la externalización y la segunda piel. Estas manifestaciones corporales no permiten la construcción de una corporalidad integrada y subjetivada.

Nuestra intervención como psicomotricistas y terapeutas parte de la integración de la sensorialidad construyendo un cuerpo unificado e investido e iniciando el camino de la representación y concienciación de la sensorialidad y de las angustias arcaicas. ●

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. (1979). *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.

Ajuriaguerra, J. de (1970). *Manual de psiquiatría Infantil*. Barcelona: Torray-Masson.

Ajuriaguerra, J. de (1993). Ontogénesis de la postura. Yo y el otro, Psicomotricidad. *Revista de estudios y experiencias*, 45, pp. 19-20.

Anzieu, D. (2007). *El Yo piel*. Madrid: Editorial Biblioteca nueva.

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

Benincasa, G., Acebo, R., Luna, A. Masabeu, E. y Morales, P. (coord.) (2018). *Terapia Psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Barcelona: Octaedro.

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

Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.

Calméls, D. (2009). *Del sostén a la transgresión*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Calméls, D. (2009). *Infancias del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Camps, C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 25(7), pp. 5-30.

Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (Alcácer, B., Farrés, N., González, S., Mestres, M., Monreal, N., Morral, A. y Sánchez, E.) (2013). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori.

Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (González, S., Monreal, N., Morral, A., Recio, M., Vaimberg, T. y Viloca, L.) (2014). El tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista. Aportación multidisciplinar. *Temas de psicoanálisis*, 7.

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

Delafield-Butt, J., Dunbar, P. y Trevarthen, C. (2023). Alteraciones del self nuclear en el autismo y su cuidado. *Aperturas psicoanalíticas*, 73(5), pp. 1-32.

Delafield-Butt, J., Busquets, L., Mestres, M., Miralbell, J. y Morral, À. (2023). La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido. *Revista de psicopatología del niño y del adolescente*. Pendiente de publicación.

González, S., Monreal, N., Morral, A., Recio, M., Vaimberg, T. y Viloca, L. (2014). El tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista. Aportación multidisciplinar del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. *Temas de psicoanálisis*, 7, Enero.

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

Lim, Y. H., Licari, M., Spittle, A. J., Watkins, R. E., Zwicker, J. G., Downs, J. y Finlay-Jones, A. (2021). Early Motor Function of Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*, 147(2)

Magagna, J., Saba Veile, M. y Tizón, J. (2022). *El Niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Barcelona: Herder.

Marshal, P. J. y Meltzoff, A. N. (2015). Body maps in the infant brain. *Trends in cognitive science*, 19(9).

Meltzer, D. (1979). *Exploración del autismo*. Barcelona: Paidós.

Mestres, M. y Morral, À. (2022). Terapia psicomotriz con un niño con TEA "de la autosensorialidad a la unidad corporal". *Revista Chilena de Psicomotricidad*, 6, pp. 8-13.

Montagu, A. (2004). *El Tacto. La importancia de la piel en la relaciones humanas*. Barcelona: Paidós.

Morral, À. (2016). El cuerpo del niño con TEA. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista EntreLíneas*, 38, pp. 23-30.

Morral, À. y Pallás, F. (2017). Padovan desde una experiencia relacional: una experiencia con niños pequeños con TEA. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales*, 42, pp. 163-175.

Morral, À. (2022). Los registros no verbales en el TEA. Una forma de comunicar. *Cuadernos de Psicomotricidad*, 54, 4ª época, pp. 22-37.

Morral, À. (2023). La Terapia Psicomotriz en los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), pp. 79-90. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37822>

Negri, R. (2018). El significado de los signos de alarma en el bebé. *Revista eipea*, 5. Recuperado de: www.eipea.com.

Purpura, G., Costanzo, V., Chericoni N., Puopolo, M., Scattoni, M. L., Muratori, F. y Apicella, F. (2017). Bilateral Patterns of Repetitive Movements in 6- to 12-Month-Old Infants with Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychol.* 8:1168.

Rota, J. (2015). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Octaedro, Colección recursos.

Rota, J. (2017). Los fantasmas de acción. *Revista EntreLíneas*, 39.

Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

Subirana, V. (1983). *Algunos aspectos dinámicos para la comprensión del autismo*. En Planteamiento actual de la psicosis. III Symposium internacional. Centro Neuropsiquiátrico Sagrado Corazón. Martorell, Barcelona.

Teitelbaum, P. (2012). ¿Tiene autismo su bebé? Cómo detectar las primeras señales de autismo en los niños. Buenos Aires: Ediciones Obelisco.

Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. (2011). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, pp. 1-16.

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

Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Viloca, L. (1999). De la discontinuïtat a la continuïtat en la relació d'objecte. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XVI(1).

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

Viloca, L. (2003). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: CEAC Ediciones. (Segunda Edición: Carrilet).

Winnicott, D. V. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. V. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

La gran variabilidad dentro del Trastorno del Espectro del Autismo: del autismo a la psicosis¹

– Mònica Recio –

Psicóloga Sanitaria. Máster en Arteterapia. Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet (Barcelona). Espai Terapèutic Desenreda't (Canet de Mar). E.E.E. L'Arboç (Mataró) y Fundació Maresme (Barcelona, España)



En nuestra práctica clínica, hablamos de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) refiriéndonos a una amplia variabilidad de sintomatología y casuísticas. Las manifestaciones son tan variables como personas atendemos, así que tenemos el reto de explicar a nuestros pacientes y a sus familiares qué significa tener TEA. A menudo, pueden ponerlo en cuestión y sentirse recelosos porque “está de moda”, como si los profesionales viéramos autismo en todas partes. A menudo, las personas que atendemos no tienen formación al respecto y pueden conocer personas diagnosticadas de TEA y ven que son distintas; por tanto, puede ser difícil aceptar que se comparte el mismo diagnóstico. En ocasiones, por el contrario, es el paciente quien ha leído, quien ha escuchado y cree que sus malestares pueden ser la consecuencia de un TEA enmascarado, buscando en el diagnóstico un alivio, lo que también nos inculca una presión y a menudo nos pone más trabas en el camino de la objetividad clínica.

Estamos en la era de la sobreinformación, todo el mundo sabe algo sobre

el autismo, hay quien poco, hay quienes han hecho un “máster”; por tanto, debemos poder argumentar y explicar con detalle lo que hemos observado y por qué consideramos uno u otro diagnóstico.

El aumento de la prevalencia del autismo ha sido muy alto en los últimos 40 años. En el año 1975 la cifra aportada por la organización americana Autism Speaks señalaba 1 caso de autismo por cada 5000 nacimientos. En 2008 esta cifra se situaba en 1 caso de TEA por cada 150 y las investigaciones recientes (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, 2014) apuntan a 1 de cada 68 niños. En el DSM-V se señala que el 1% de la población podría presentar TEA (APA, 2013).

Las razones del aumento de casos no están claras y se apuntan aspectos multifactoriales; por un lado, la mejora de la precisión diagnóstica y el aumento de la detección precoz, pero también hay que mencionar que la toxicidad ambiental, que impregna cada una de nuestras células (disruptores endocrinos) está afectando especialmente al desarrollo del sistema nervioso central en la etapa fetal y primeros dos años postnatales, donde se dan períodos críticos de desarrollo neuronal que afectarán a lo largo de toda la vida (Schore, 2022).

Este aumento de los trastornos mentales ha hecho que los profesionales tengan mucha presión asistencial (especialmente en la atención pública), mucha exigencia, hay que ser muy eficaz y efectivo en el menor tiempo posible con los mejores resultados. Esto aboca a una fuerte frustración en la mayoría de profesionales que quieren atender lo mejor posible, pero no tienen tiempo, no se pueden ofrecer trabajos largos y más profundos y, como si de una píldora se

tratara, los seguimientos psicológicos y/o psiquiátricos deben disminuir la sintomatología en la primera toma. En cambio, sabemos que los procesos personales y mentales son lentos y necesitan mucho respeto y paciencia.

REVISIÓN HISTÓRICA DEL DIAGNÓSTICO DE TEA

Las clasificaciones de los trastornos mentales van modificándose periódicamente con el objetivo de afinar y mejorar los diagnósticos, pero éstas están enmarcadas en un contexto social que las colorea de una u otra forma, no por ello menos rigurosas, pero sí puede dar mayor o menor relevancia a ciertos aspectos. El manual diagnóstico por excelencia es el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Disorders), actualmente el DSM-V, de modelo americano y con una orientación de carácter más organicista que los manuales que se intentaban implementar en Europa.

Los profesionales tenemos unos criterios diagnósticos objetivos que deben cumplirse para poder decir que encajan en una u otra etiqueta diagnóstica, pero es cierto que ahora mismo nos encontramos con que la realidad del diagnóstico de TEA va desde el autismo clásico (Kanner), al Asperger, al fenotipo ampliado, a los rasgos sin cumplir criterios diagnósticos, al TEA con pensamiento desorganizado... Es necesario especificar la gravedad, la capacidad cognitiva y el nivel de lenguaje, pero incluso así, a veces, no sabemos ante qué paciente estamos y algunos profesionales intentamos añadir alguna descripción más cualitativa dentro de la etiqueta diagnóstica que pueda orientar más al profesional en la comprensión de lo que significa en ese caso concreto TEA.

Curiosamente, si nos remontamos en la historia, los primeros casos de niños con autismo quedaban englobados en el concepto de *psicosis infantil*. En 1833, Clevenger y Spitzka hablan de *locuras por la afectación del sistema nervioso*; en 1859, Gunz publicó un trabajo titulado *La locura de los escolares*; en 1890, Benjamin Rush habló de *locura infantil* y, en Barcelona, Giné y Partagàs hablaban de *locura de los niños*, entre otros pioneros.

Folch y Camarasa dice: “El término *psicosis infantil* aparece en 1937 y se le atribuye a Louise Despert como una necesidad de englobar en este término una serie de manifestaciones psicóticas, probablemente no esquizofrénicas” (1984, Symposium Nacional sobre Psicosis Infantiles). Melanie Klein, en los años 30, también nos habla de *psicosis en la infancia* y no fue hasta el año 1943 que Leo Kanner habla de *autismo* y en 1944 Hans Asperger de *psicopatía autista*, estableciéndose las bases del diagnóstico de autismo. En el autismo, debían darse limitaciones en diferentes áreas del desarrollo: la comunicación, la interacción social recíproca, el pensamiento y el comportamiento.

En la década de los 50 aparece un boom de trabajos sobre psicosis infantiles, de la mano de autores como Mahler, Vallejo, etc. que hablan de *autismo* y *psicosis en la infancia*. En los años 60 y 70 tenemos las aportaciones para la comprensión de la psicosis y el desarrollo infantil de Winnicott, Ajuriaguerra, Mises, Diatkine... El DSM-III aparece de la mano del equipo liderado por Spitzer, en los años 80, después de muchos años intentando mejorar las clasificaciones y los criterios diagnósticos (DSM-I y II), para implementar unos acuerdos comunes, donde se clasifican las psicopatologías infantiles, diferenciando entre *trastorno esquizoide de la infancia y la adolescencia* y *trastornos profundos del desarrollo* (donde se ubica el autismo y sus diferentes grados). En la década de los 90, el DSM-IV habla de Trastorno Generalizado del Desarrollo, dentro del que se encontraban: el Trastorno Autista (tipo Kanner), Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo

no especificado. Se debían cumplir tres requisitos sintomatológicos: dificultades en la reciprocidad social, dificultades en la comunicación o el lenguaje e intereses y pensamiento restringidos y repetitivos.

El DSM-V, que sustituye al TGD por el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), incorpora todas las demás categorías diagnósticas (excepto el Síndrome de Rett que se convierte en diagnóstico independiente), que a su vez se enmarcan dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Es necesario especificar los niveles de gravedad y el nivel de apoyo que necesitan. En cuanto a las características sintomatológicas, deben cumplirse dos de las tres categorías del DSM-IV: dificultades en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos. Se ha añadido la presencia de dificultades en el procesamiento de la información sensorial. Sin embargo, las dificultades en el lenguaje o en la pragmática se consideran no exclusivas del TEA y tienen un diagnóstico diferente: trastorno de la comunicación social, donde no se encuentran intereses restringidos o comportamientos repetitivos.

Los diagnósticos no siempre están claros, debemos tener en cuenta las evoluciones tan espectaculares que se dan, especialmente en niños atendidos en los primeros meses o años de vida, gracias a los esfuerzos e investigación en la detección e intervención precoces. También podemos encontrarnos pacientes que en un momento determinado de la vida han sido diagnosticados de TEA, pero ahora ya no cumplen los criterios diagnósticos. Se considera el autismo como un continuum y los distintos subtipos formarían parte de la evolución a través de este espectro, pero sabemos por las neurociencias que el TEA es una condición neurológica divergente y estable a lo largo de la vida, de forma que éstos pacientes quizás con las herramientas facilitadas han logrado encontrar muchos recursos, se han flexibilizado y aumentado su capacidad simbólica, pero su condición no cambia y puede ocurrir que en un momento complicado de su vida se desencadenen de nuevo ciertas dificultades. Teniendo en cuenta estos factores biológicos, actualmente se está poniendo a debate si se

puede definir como un trastorno o debería hablarse de una condición específica, sin entenderla como una patología.

LA COMPRESIÓN MENTAL EN LA VARIABILIDAD DEL TEA

Ahora hay que intentar trabajar lo mejor posible dentro de este contexto cambiante e inestable y, lejos de la ñoñería, creo que debemos hacerlo a través de mantener viva la experiencia y sabiduría de nuestros antecesores, los cuales trabajaban minuciosamente a través de la observación de sus pacientes. Un momento social previo a las nuevas tecnologías de la información, en el que el ritmo de vida permitía dar una relevancia a los espacios de pensamiento, discusión y estudio que actualmente cuesta mucho esfuerzo de mantener.

En este sentido, les propongo estas líneas para pensar en cómo podemos ayudar y entender a los pacientes tan divergentes que nos encontramos en consulta. Lo haré a través de dos viñetas de dos niños que tienen el mismo diagnóstico de TEA, pero con manifestaciones muy distintas. Pensar desde la infancia nos puede acercar también a los adultos, ya que muchas necesidades infantiles siguen presentes en la vida adulta, aunque más suavizadas y con más recursos; los adultos tienen muchas más habilidades para controlar los impulsos y dar su mejor versión, la espontaneidad de la infancia se ha perdido y esto puede dificultar llegar a los aspectos más profundos. Para mí, tener conocimiento de los niños con TEA ha sido imprescindible para poder conocer las angustias y defensas más primitivas, que es el punto del que partimos todos y que gracias a la relación y a los recursos propios, podemos ir gestionando y transformando.

VIÑETA 1

Andreu, de 8 años, entra en la sala con cierta inseguridad, su cuerpo parece descoordinado, poco armónico, su cara es inexpresiva y la mirada huidiza. Tiene la precaución de no tocar nada con su cuerpo y de alejarse de mi mano si ésta se le acerca. Como en cada sesión, entra en la sala y dice: “hola, esta semana ha ido bien”. Y sin apenas dejar espacio de

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

intervención, quiere seguir explicándome la película de dibujos que no pudo acabar de contarme el último día. Cuando yo intervengo explicándole que él ha seguido desde el mismo punto donde acabó la semana pasada, calla y me escucha de forma educada, pero con cierta ansiedad, esperando mi silencio para poder seguir con sus explicaciones. Sigue con la representación de la película donde teatraliza los diálogos y gestos de los personajes, que tiene aprendidos de memoria, de modo que puedo hacerme una idea prácticamente literal de la película.

Estamos compartiendo un mismo espacio, pero yo soy una espectadora, no estamos compartiendo una experiencia conjunta. A veces, intento intervenir haciendo preguntas que muestren interés en alguna de las cosas que me señala o por entender lo que está pasando, recordándole que yo no he visto la película y no entiendo el contexto de algunos diálogos o escenas.

A pesar de la molestia que siempre le suponen mis interrupciones, me contesta de forma breve. Debo ser ágil entendiéndolo porque, sino, se puede mostrar más molesto. Una vez terminada la representación, recita los créditos, los nombres del productor, director, músico, ilustrador... y se muestra muy frustrado si no recuerda alguno.

VIÑETA 2

Pau tiene 7 años, entra corriendo en el centro, se ríe y mira hacia atrás porque se ha escapado de la mano de su madre. Al verme, me empuja riendo y sigue corriendo por el pasillo, se vuelve con una mirada divertida para ver si alguien le persigue. En el centro donde estamos, las salas están comunicadas por puertas correderas con un patio exterior. Le perseguimos dando vueltas hasta que conseguimos pararlo, le ayudo a entrar en la sala y, justo cuando estamos a punto de entrar, da un tirón rápido y vuelve a marcharse corriendo y riendo divertido, esperando una nueva persecución.

Al cabo del rato, conseguimos entrar en la sala. Se quita los zapatos y los tira. Coge un álbum de cartas de Pokemon de su mochila y empieza a mirarlas pasando las páginas, coge algunas y las recoloca

porque todas están siguiendo un orden que él me cuenta, pero que yo no acabo de comprender. Me intereso por sus cartas y me va explicando los ataques de cada Pokemon, su cantidad de fuerza, sus evoluciones... Conoce todos los nombres y características de todos ellos (hay más de 500). Su lenguaje es fluido, me cuenta las cosas en conexión con la mirada y con cierto deseo de compartirlas conmigo.

Me hace escoger uno y luego él elige otro que me ataca y siempre me gana. Él disfruta siendo el mejor, el más fuerte, el que más sabe. A menudo se levanta inquieto y camina por la sala con algunas cartas en la mano mientras habla solo sobre los ataques que puede hacerme.

Después, guarda el álbum y se me echa al cuello de forma imprevisible en una mezcla de abrazo/estrangulamiento agresivo que me deja muy desorientada. En las sesiones, suelo sentirme en una especie de cuerda floja, no sé si en algún momento puede estallar algo, estoy con un continuo sufrimiento, alerta...

Le propongo hacer algo con plastilina y no quiere. Dice que dibujará. Hace un monstruo con unas garras afiladas y boca con dientes puntiagudos. Mira el dibujo y tira los lápices hacia mí. Quiere irse. Estira con fuerza la manija de la puerta que he dejado cerrada con llave. Se enfada porque no puede irse. Empieza a tirar los materiales y tengo que irlos guardando en un armario por protección. Le digo que guardo las cosas para poder estar seguros, que es difícil estar aquí conmigo y que quizás ha dibujado algo que le puede haber asustado, pero mis palabras no llegan. Sólo la contención del propio espacio, mi resistencia a sus ataques y mi actitud firme, pero comprensiva consiguen ir calmando su ansiedad.

En la primera viñeta, podríamos observar una tipología de TEA con unas características de un funcionamiento más de tipo Asperger, es decir, un niño inteligente, con capacidades cognitivas que pueden llegar a ser brillantes en algunos aspectos, una memoria para los detalles y una rigidez en el pensamiento muy marcada. El interés en la relación

conmigo es escaso o nulo, está centrado en sus intereses y yo tengo que hacer exactamente lo que él quiere. Debo funcionar como una prolongación, sin mostrar distancia, indiferenciada de él. Me traga a su mundo como si formara parte de su pensamiento, de su mundo. Es un tipo de paciente que no genera demasiados conflictos en la escuela, tiende a aislarse y crearse un mundo fantástico, hecho a medida, que no frustra, que evita contactar con el final de la sesión y el principio, la separación y reencuentro, situaciones que le podrían generar fuertes sentimientos de miedo. Los finales y los reencuentros son muy importantes porque tienen relación con él y conmigo, dos personas con dos mentes distintas. En la distancia nos podemos pensar, recordar y echar de menos, haciendo notar cosas diferentes por dentro, que hacen tambalear la falsa sensación de invariabilidad y continuidad que se esfuerza en construir.

En el segundo caso presentado, podemos observar que todo lo que sucede es mucho más visceral, deja menos espacio para pensar y la sensación de inestabilidad, de estar en la cuerda floja es constante. Hay mucho sufrimiento en la relación, es incapaz de sostener el dolor y busca la fuga para no sufrir.

A menudo, son niños con una mirada desgarradora y vivaz, pendientes de las reacciones de los demás. Parece que establecen un buen contacto, pero rápidamente se desorganizan, son caóticos y desestructurados. A veces, se muestran muy cariñosos y de repente hostiles, inaccesibles, mostrando una gran ambivalencia afectiva.

Son niños que inquietan en casi todos los contextos, en casa, en la escuela, en las actividades extraescolares... Cuando llegan a consulta, suele haber un gran caos a su alrededor, hay desesperación y desesperanza, enfado. Tienen actitudes provocadoras que tienden a despertar duras reacciones de autoridad, reprobaciones, castigos y amenazas. Son poco entendidos en su sufrimiento, al contrario, se interpreta su comportamiento como malintencionado, negativista, desafiante... A veces, su entorno, que ya era vivido como amenazante, se ha

convertido en una realidad hostil. Cuanto más persecutorio es el contexto, más razones tienen nuestros pacientes para defenderse de la amenaza que les supone relacionarse con el exterior.

Hace unos años, estos niños habrían tenido el diagnóstico de psicosis infantil, pero actualmente sólo se pueden diagnosticar como TEA, cumplen los criterios de dificultades en la comunicación social e intereses o comportamientos restringidos, pero con la viñeta podemos observar lo diferentes que son.

Para poder atender a estos niños de la forma más adecuada, debemos entender las profundas diferencias internas que existen. Sólo he podido encontrar en las perspectivas psicoanalíticas y psicodinámicas elementos de comprensión que orienten mi trabajo en la práctica clínica. Iré citando, a lo largo del artículo, autores relevantes en mi recorrido, pero entre ellos se encuentran Viloca, Coromines, Bion, Meltzer, Klein, Mahler, Stern, Ajuriaguerra, Palacio, Winnicott, Favre, Spitz y Trevarthen, entre otros.

Desde la perspectiva psicoanalítica, se ha dado mucha importancia a la observación de los bebés y su desarrollo en la relación. Estas observaciones han permitido entender con más detalle las ansiedades más primitivas del bebé y cómo éste va haciendo frente a las mismas, con los mecanismos de defensa.

Desde esta perspectiva, Favre, Midenet y Coudrot (1983), plantean tres niveles de relación en el bebé que son evolutivos y por los que todos los seres humanos transitan: el primer nivel, el autismo; el segundo nivel, la relación simbiótica y el tercer nivel sería la salida de la psicosis.

Las nuevas observaciones e investigaciones (Trevarthen, Schore, por ejemplo) consideran al bebé sano como un gran comunicador y receptor de la relación, el autismo ya sería una desviación en la evolución desde el nacimiento, pero a pesar de ello, Favre y colaboradores me han permitido entender algunos aspectos del desarrollo de la conciencia de uno mismo y de la diferenciación con los demás, lo suficientemente interesantes como para mencionar algunas de sus ideas.

El primer nivel de relación: el autismo. Los autores consideran que el primer nivel de relación, el punto cero de la relación, es la falta de relación. Hay varios niveles de autismo y el más grave es el que presentan los niños que parecen sordos, ciegos e insensibles al dolor: autismo "desierto". A medida que van progresando, aparecen estas sensibilidades y capacidades sensoriales.

Otra forma de aislamiento autista es evitar y rehuir la mirada del otro. O bien el niño o la niña mira a través de ti como si no existieras y sigue quieto e inexpressivo, o bien muestra un comportamiento anárquico, una agitación más o menos notable y un evidente malestar.

Estas formas de autismo son formas pasivas de evitar la relación. Otros niños evitan la relación de forma activa, huyendo, yéndose físicamente. En este caso, el carácter activo del rechazo se hace más evidente: se ve cómo observan permanentemente todo lo que les rodea, siempre alerta, como un "radar", perciben a cualquier persona que se les acerque y se apartan aparentemente sin ninguna tipo de intencionalidad, se dan la vuelta, todo ello para mantenerse siempre tan alejados como puedan de los demás. Éstos tienen mejor pronóstico que los anteriores, porque su rechazo a la relación no es tan profundo, pero por otra parte su apertura les hace más sensibles a las perturbaciones del ambiente, en especial a los cambios en el entorno y de lugar.

Si ahora vinculamos esta información con la primera viñeta, podemos observar cómo Andreu se podría ubicar dentro de este grupo, evita la relación de forma activa, se aleja de mi proximidad física, rehúye la mirada, siempre alerta a los demás para tomar distancia. El rechazo no es tan intenso como en el autismo desierto, pero la sensibilidad es muy alta y, como un caracol, necesitará esconderse si vive el contacto con mucha intensidad.

Primer período crítico: relación fusional. El paso de un nivel a otro está precedido por un período crítico. La palabra crisis significa cambio y, por tanto, período crítico significa período de cambio o de

paso de una situación a otra. Pero un cambio es sólo crisis cuando va acompañado de angustia; la angustia de dejar una situación conocida y controlada para pasar a otra, quizás mejor, pero que no conocemos, ni sabemos si la podremos controlar. Toda la evolución personal es un curso en el que se alternan etapas de crisis y etapas de seguridad.

Hay dos períodos críticos, que en todos los niños serán breves y poco definidos, pero que en el caso del niño psicótico puede permanecer anclado durante mucho tiempo, incluso toda la vida.

Para los autores, la relación fusional es la apertura del cierre autista sin la seguridad todavía de la relación simbiótica. Los niños muy pequeños tienen un conocimiento de la madre y de sí mismos tan simbiótico que les parece que si desaparece la madre (usaré el término madre para referirme a la persona que cuida, que ejerce las funciones de cuidado físico y emocional) también desaparecerán ellos; de hecho desaparecerá todo. Este período, en el desarrollo neurotípico, es muy breve gracias a los progresos de la memoria y de otros procesos de pensamiento que se van dando.

La fusión podría definirse como la imposibilidad de tolerar la ruptura de una relación corporal directa. Una conducta típicamente fusional sería la oscilación y la inversión de los afectos, la calidad del tono afectivo en la relación. El bebé o niño que parece feliz junto al compañero simbiótico de repente parece horrorizado e inicia una conducta agresiva contra el compañero como si deseara aniquilarle. El niño se sumerge en el otro, arranca de él el sentimiento de existir, pero al mismo tiempo, contradictoriamente, teme perderse. La psicosis se manifiesta como un miedo a morir, un miedo a no ser, a dejar de ser o a no llegar a ser.

En el caso de la segunda viñeta, puede verse esta ambivalencia en la relación afectiva, que está ligada a una sensación desagradable de miedo y dolor. Quiere relacionarse, pero no puede, es muy sensible a las emociones y éstas le trastornan profundamente, por eso quiere evitarlas, quiere irse corriendo de la sala.

Sostener con actitud terapéutica la situación es una forma de acostumbrarle a las emociones, a distinguir las emociones, a hacerle perder el miedo a emocionarse, a ser capaz de controlar el miedo y descubrir que el amor no hace daño y que vale la pena arriesgarse a la relación y salir de la carencia afectiva que provoca el cierre autista. Habrá que ayudar a estos niños en la concienciación y control de las emociones, es decir, ayudarles a no vivir sometidos a la satisfacción de sus pulsiones.

Es por estos motivos tan primarios por los que se comportan tan mal, pueden parecer malintencionados, pero esto sería atribuirles una organización mental y personal de la que carecen. Se les supone infinitamente mejor organizados de lo que realmente están y se piensa que ponen en práctica un comportamiento premeditado, cuando en realidad son esclavos de sus pulsiones.

Si vamos ayudando al niño durante el proceso terapéutico, permitiremos que vaya transitando por la siguiente fase, aunque la consecución de las fases no es lineal, sino que puede haber avances y retrocesos. Presentan también aspectos de diferentes niveles al mismo tiempo, es decir, que en un momento determinado pueda relacionarse de forma más involucrada o al revés.

El segundo nivel: la relación simbiótica. Según la teoría de los niveles de relación, durante el primer año de vida y buena parte del segundo, el niño se relaciona con los objetos y consigo mismo, pero todavía no tiene conciencia de Yo y, por tanto, tampoco del no-Jo. Su Yo se ensancha hasta el infinito. No puede distinguir entre objeto y sujeto y confunde las sensaciones que le vienen de fuera con las que le vienen de dentro. Entre la madre y el bebé tampoco hay frontera. La madre forma parte de él y él forma parte de la madre. Por el momento, en ausencia de un Yo propio, se apropia del de la madre.

En los niños con un desarrollo no alterado, este nivel de relación se caracteriza por la posibilidad de aceptar la ausencia del compañero; en algún momento le puede interesar más un determinado objeto; e incluso puede cambiar a la madre

por otra persona con la que se relaciona también de forma simbiótica.

El funcionamiento del niño con TEA se rige por una falta de matices, por la ley del “todo o nada”. Queda como pegado a lo que le interesa, olvidando todo lo demás. En el plano de la relación, se caracteriza por un comportamiento muy irregular: puede estar atado (enganchado) como uña y carne a la madre y, a continuación, abandonarla totalmente para dedicarse a otro interés. Los cuidadores, a menudo, para hacerle desistir de un deseo que no pueden o no quieren satisfacer, le enseñan otra cosa y la anterior queda olvidada automáticamente. Es necesario desviar la atención del niño, esto no quiere decir que el niño simbiótico acepte siempre con agrado los cambios o las imposiciones de los adultos, en especial si no se compensan con otra cosa de su interés.

En este estado de confusión entre el Yo y el no-Yo, las cosas existen sólo si están presentes; cuando desaparecen de su campo sensorial, dejan de existir. Ésta es una de las razones de su miedo a los cambios.

Hay todo un proceso para llegar a la diferenciación entre sujeto y objeto que va de los objetos que son a la vez Yo y no-Yo, para después comenzar a ser exteriores al Yo, pero todavía siendo un poco su prolongación, que es lo que Winnicott (1999) llama *objeto transicional*.

Tras la etapa egocéntrica, vendrá la etapa de la socialización en la que el bebé sale de su egocentrismo, es capaz de verse a sí mismo como objeto y reconocer en el otro la categoría de sujeto; por tanto, es posible el respeto al otro y las relaciones personales.

Una característica de los niños con TEA que dificulta su evolución es la tendencia al uso de un solo canal sensorial y la dificultad para captar las sensaciones de forma integrada. Es decir, si está mirando un objeto, no puede atender a la voz de la persona cuidadora que le habla de lo que está pasando. Una forma ajustada de intervenir sería, por ejemplo, cuando los cuidadores ven que el bebé está interesado por un objeto hacerle comentarios del estilo “mira qué boni-

to, cómo te gusta el rojo o qué ruido que hace...”, comentarios que van aportando vida emocional a los objetos y la relación que mantiene con ellos.

Otra característica es que domina la ley del “todo o nada”. El niño puede ser muy cariñoso con un adulto y a continuación agredirle con rabia, violencia y desesperación.

Si sigo con el análisis de la segunda viñeta, en ocasiones sentiría que nuestra relación se acerca a una relación simbiótica. Parece captar que hay otro que existe, existe un pre-símbolo, una imagen primitiva de lo que puede ser el objeto, por lo que él y yo podemos tener fugazmente dos identidades, aunque confusas y mezcladas, como una prolongación de sí mismo.

Segundo período crítico: la relación maníaca

Este período crítico se sitúa entre la relación simbiótica y la relación interindividual o personal, que es la salida de la psicosis, aunque a menudo se conserven síntomas o rasgos psicóticos. La forma de relación propia de este período se llama maníaca porque predomina el mecanismo de defensa maníaco.

Las defensas maníacas son una de las muchas formas de defensa del Yo contra la angustia y que se manifiestan como una actitud de control sobre el otro, de triunfo y de desprecio, son un intento de asegurar el Yo, de sentirse fuerte e importante, dominante, manipulando y tiranizando al otro. Es una actitud que, más breve y atenuada, se da en el curso del tercer año y se ha llamado etapa de la resistencia, de la obstinación, de la oposición. La relación maníaca es un intento de subir rebajando al otro y reduciéndolo a esclavo, el Yo simbiótico del niño le perdona la vida al otro. En la relación fusional, el otro es un objeto muerto, un escalón que sirve de apoyo. Aunque en este segundo período el Yo del niño parece rígido por el rechazo obstinado en las iniciativas, consejos u órdenes del adulto, en realidad es un Yo igualmente frágil.

En los niños que presentan rasgos psicóticos, este período es largo, muy difícil de superar, con recaídas temporales en el comportamiento fusional, como si estu-

vieran anclados y no pudieran acabar de desprenderse de las formas de defensa más primitivas. Son posibles todavía las explosiones de tipo fusional; la relación maníaca es una defensa frente al peligro o el miedo a recaer en la fusión.

Volviendo a la viñeta 2, podemos ver cómo Pau también organiza unas defensas maníacas. Se puede relacionar conmigo si es él quien gana, si es el fuerte, el valiente y yo la que siempre cae en sus ataques.

Tercer nivel de relación: más allá de la psicosis

Por último, la salida de la psicosis infantil es la afirmación personal que permite una relación completa con las personas y con las cosas. Cada vez es más consciente de sí mismo, aunque ocasionalmente se confunda con el otro. La conquista del sentimiento completo de ser un Yo es un proceso laborioso y muy largo. Hacia el tercer año, ya existe la certeza de ser un Yo bien afirmado, aparece el Yo en el lenguaje y las figuras encerradas en sus dibujos. Ya ha pasado la crisis de personalidad descrita por Wallon, no necesita afirmarse, lo que demuestra la profunda certeza de su integridad personal. Tener conciencia de la propia identidad significa estar convencidos de que existimos. Estos pasos permiten el acceso a las identificaciones secundarias: la identificación sexual, la de los modelos culturales (familiares y después sociales). Cada vez es más único, completo y rico.

Así pues, según la teoría de los niveles de relación, los niños con TEA con rasgos más psicóticos quedarían estancados en los períodos críticos, sin poder adquirir los niveles de relación de forma estable. Observamos una complejidad muy alta, un vaivén de un nivel a otro, de unas defensas a otras, de la fusión a la manía pasando fugazmente por la simbiosis, incluso por el autismo.

Una de las psicoanalistas que me ha ayudado a comprender esa ambivalencia que vivimos en la práctica clínica en la relación con pacientes psicóticos es Melanie Klein.

Klein trabajó con niños, siguiendo el legado de Freud, y observó unas pulsiones agresivas innatas de los bebés hacia

sus progenitores, a las que llamó fantasías inconscientes. Esto la llevó a pensar que el conflicto fundamental de la existencia es la ambivalencia que generan los impulsos de vida (amor) y los de muerte (odio). Klein desarrolló el concepto de posiciones para referirse a la experiencia que el niño tiene de sus objetos (se refiere a la madre o padre interior, con el que el niño se relaciona, puede ser un objeto parcial, el pecho, los ojos... o completo), con las ansiedades que le acompañan en relación con el conflicto entre sus impulsos y sus defensas.

Klein, a diferencia de Favre, no habla de niveles de relación, sino de dos posiciones, que son dos estructuras elementales de la vida emocional que tienen su origen en la infancia y que perduran toda la vida. Cada una de estas posiciones tiene sus ansiedades características, mecanismos de defensa propios y tipos de relación de objeto diferentes.

Klein considera que desde el nacimiento existe un Yo, en principio muy rudimentario, que tiene capacidades, pero está desintegrado, debe ir organizándose a través de las experiencias. La persona cuidadora, a través de su función de *rêverie* (maternaje amoroso, vínculo, conexión emocional...), irá dando coherencia a las sensaciones del bebé y su experiencia interna irá tomando coherencia. Ante las frustraciones habituales del hambre, el sueño, el dolor de estómago... el bebé tiene una experiencia negativa, que no puede pensar ni razonar, de forma que la persona cuidadora se vive como frustrante, alguien que no está atendiendo casi mágicamente su malestar, el cual es vivido de forma catastrófica. Así pues, esta experiencia sensorial negativa se integra como un objeto interno malo. En cambio, las otras experiencias positivas que se dan en los momentos de bienestar, cuando el cuidador le ha dado la comida, le mima, le habla amorosamente y reconforta se convierten en un objeto bueno y gratificador, permitiendo la integración de un objeto de amor, bueno, con el que puede identificarse.

Para un buen desarrollo, el bebé debe proteger ese objeto bueno interno, a pesar de los intensos sentimientos de agresión hacia el objeto cuando siente que

éste le frustra. En los primeros momentos de vida, se desarrolla la primera posición, que Klein denominó esquizo-paranoide, en la que el objeto está escindido, o es bueno o es malo, fragmentando la unicidad del objeto, pero a la vez escindir el objeto externo es inseparable de escindir el propio yo incapacitándolo para integrar las propias pulsiones agresivas.

Debemos entender que la escisión es la rotura del objeto interno en dos entidades diferenciadas, una buena y una mala, que nada tienen que ver, son dos objetos diferentes. Pues ahora, a este mecanismo de defensa, debemos añadir otro propio de esta posición y que se da de forma inseparable a la escisión: la proyección. En este caso, lo que ocurre es que ese objeto interno malo es insopportable, no se puede integrar y reconocer como propio y se proyecta hacia fuera, de forma que queda proyectado en la figura cuidadora, que se convierte en persecutoria.

Para entender la cuestión de la proyección, volveremos a recordar la viñeta 2. Cuando Pau dibuja un monstruo aterrador, éste queda escindido, no reconoce esta proyección como un símbolo que representa sus impulsos agresivos, esta producción tan terrible no puede vivirla como propia y la proyecta fuera, en este caso en la terapeuta. Yo me convierto en el objeto persecutorio, me tira los lápices a la cara y quiere escapar. Cualquier acercamiento mío será vivido como una amenaza, yo soy el monstruo, ya no soy la terapeuta con la que antes jugaba a luchas y con la que obtenía el placer de sentirse poderoso. Aún no soy vivida de forma completa; si soy persecutoria y mala, no soy otra cosa, no hay pasado relacional, no hay experiencia compartida integrada.

Cuando el objeto interno se vive de forma completa, Klein habla de la posición depresiva, que significa aceptar que el objeto no es perfecto, que puede ser bueno y malo a la vez, que a veces no nos da todo lo que necesitamos, pero que puedes integrar las carencias de este objeto con compasión y amor. Esto, internamente, representaría aceptar las propias limitaciones, reconocer como propias las pulsiones agresivas, sin asus-

tarse, reconociendo que también existe una parte buena y amorosa que convive con ellas.

Con esta teoría podemos tener una incipiente idea del sufrimiento y profundo malestar de los pacientes que nos llegan a consulta con características o rasgos psicóticos.

Para adentrarnos más en las diferencias entre el funcionamiento mental de la psicosis y el autismo, utilizaré la expertise de la Dra. Viloca, quien nos explica que si bien en la psicosis el mecanismo de defensa, tal y como he ejemplificado, es la proyección, en el autismo se da la identificación adhesiva. En el caso de la viñeta 1, cuando el niño entra por la puerta, se adhiere a mí, se indiferencia y sigue con sus cosas, yo soy un elemento inexistente en su esencia interna, sabe que estoy, pero es una percepción bidimensional de la persona, sin interior. En cambio, en el niño de características más psicóticas, el otro existe, aunque parcialmente, la percepción de las personas es tridimensional, entiende que pasan cosas dentro de cada uno, pero aún sin comprender que las cosas que pasan por dentro de las personas son distintas y tienen muchos matices.

Viloca (1998) nos dice que las ansiedades que se mueven en el autismo son principalmente ansiedades catastróficas, que son aquellas que se dan en el momento del nacimiento, de salir de un lugar cerrado, húmedo, caliente y protegido, a un mundo frío y enorme; es una ansiedad de caer en el vacío y desaparecer.

Según Bion, cada vez que nos enfrentamos a cambios, revivimos la experiencia catastrófica. La contención de la madre (cuidador/a) es la que permite ir construyendo una experiencia de seguridad, esta experiencia quedará interiorizada y se podrá ir sustituyendo por otros objetos que recuerdan a la madre (como el chupete, la mantita) y permiten contenernos no sólo con la presencia concreta de la madre; son objetos que tienen la función de pre-símbolo que permiten ir integrando una primitiva imagen de la madre como alguien externo. Por último, estos pre-símbolos permitirán el desarrollo del lenguaje y el simbolismo.

En el caso de los niños con TEA, la figura de la madre se excluye y los objetos la reemplazan, convirtiéndose en objetos autistas cuya función es la de calmar a través de la autosensorialidad, con una falsa sensación de autosuficiencia. Ante la relación y el significado, las personas con TEA utilizan la defensa del desmantelamiento, que es concentrar toda la atención en un único canal sensorial, en un punto y desaparecer de la conciencia presente.

No echan de menos a la madre, pero tampoco pueden incorporar los elementos cuidadores de ella. Son niños sin historia, nunca han podido estructurar un esbozo de Yo, es decir, de sujeto y, por tanto, tampoco de objeto. Es muy significativa la falta de simbolización, el símbolo podría entenderse como un deseo de representación del objeto ausente, pero si no hay sujeto, tampoco puede haber objeto. Es necesario llevar al niño con TEA al sentimiento de falta, porque así despertaremos el sentimiento de presencia y la necesidad de pensar en el otro cuando no lo tienen.

Viloca explica que, en cambio, las ansiedades en la psicosis son de desintegración, de confusión, de muerte y aniquilación. Son bebés que si desean el pecho, cuando se les ofrece lo rechazan, lo agreden, ya no pueden incorporarlo como un elemento de cuidado y se convierte en persecutorio, generando un gran caos y desorganización. Ante la relación o el significado, tienden a atacar, la pulsión agresiva, de muerte, es más actuada.

Viloca añade que en el autismo se da una percepción unisensorial, a través de un único canal sensorial y en la psicosis existe una percepción multisensorial, pero desintegrada y confundida.

En ambos casos, la relación está comprometida, así como el Yo, que es muy rudimentario. Sin la construcción del Yo y el no-Yo, no se puede construir una experiencia completa compartida con el otro. Ambos niños tienen funcionamientos mentales arcaicos y primitivos, pero las manifestaciones y las contratransferencias vividas en la sesión son muy diferentes y es necesario abordarlas de forma diferente. Si sólo establecemos

como criterio el diagnóstico de TEA, estamos perdiéndonos la oportunidad de comprender la experiencia interna.

DE LA TEORÍA A LA INTERVENCIÓN

En el caso del funcionamiento más autista, Alvarez (2004) nos habla de la necesidad de mantenernos en una atención activa ajustada. Pienso que es un factor muy importante porque en su defensa autosensorial y en la fantasía de autosuficiencia van desvitalizando el objeto de relación. Esta desvitalización se realiza no teniendo en cuenta al otro, no respondiendo o mecanizando las respuestas. Andreu responde siempre de forma correcta, pero mecánica, carente de autenticidad, consiguiendo vaciar las respuestas de contenido emocional y, en consecuencia, de significado. En la contratransferencia terapéutica, me cuesta mantener la atención en las cosas que él me explica, y digo me explica, pero en realidad no me lo está contando a mí, no hay intención comunicativa. Es fácil en estas sesiones que nuestros pensamientos se vayan a otro lugar y debemos hacer grandes esfuerzos para permanecer en el presente, conectados con ellos y procurando que nuestra capacidad para pensar no quede anulada.

Mantenernos internamente activos es ayudarles a conectar con el Yo y el Tú o, mejor dicho, de entrada con el Yo y, después, con otro que es no-Yo. Por ejemplo, con verbalizaciones del estilo “estás contando una peli, Mónica está escuchando” o, a veces, diciéndole cómo imaginaba la escena. Acostumbrarnos a hablar en primera persona del plural (nosotros) puede ayudar a tolerar con menos angustia la presencia del otro. Debemos ofrecer un acercamiento progresivo a la diferencia y evitar al inicio de la relación o en los momentos en los que estén más angustiados, hablar de Tú y Yo. Referirnos a ellos por el nombre, como se hace en bebés más pequeños, puede ayudar a también a dar ese paso intermedio en el proceso de la diferenciación del Yo y el no-Yo. Debemos promover la diferenciación, pero respetando el proceso del paciente y estar muy atentos a sus respuestas, a si se angustia mucho, ya que si forzamos

podemos favorecer sin querer un mayor cierre interno. En el caso que presento, él da unas respuestas correctas, pero vacías de significado; las respuestas aprendidas son válidas para la sociedad, pero no están cambiando nada dentro de su mundo mental.

Sabiendo que tienen un funcionamiento adhesivo, una de las formas de irnos haciendo presentes es imitándolos. Siguiendo el esquema de la Dra. Coromines y los hallazgos del equipo de investigación de Carrilet (Arias, Fieschi y Mestres, 2016), la imitación se convierte en el primer paso en el proceso de concienciación de uno mismo. Así pues, imitar, hacer de espejo del niño, es una vía para comunicarnos con él, de ponernos en sintonía con su movimiento, con su actividad y nos permite realizar después una descripción de las acciones para ir ayudando, posteriormente, a ligar estas acciones a las sensaciones y sentimientos o emociones que se mueven para, finalmente, poder pensarlas de forma conectada y lo más simbólica posible. Procurando por una globalidad y coherencia más completa que la de las experiencias vividas de forma bidimensional, plana y unisensorial.

De la misma forma que podemos avanzar hacia el crecimiento, también podemos ser más conscientes de sus necesidades en momentos críticos. Es decir, que en momentos de angustia o crisis, quizás lo que deberemos hacer es ofrecerles volver a la unisensorialidad, permitiéndoles volver a sentir el cuerpo como una unidad. Para conseguirlo, podemos ofrecer sábanas, almohadas... (porque quizá el contacto físico es demasiado invasivo) que les envuelvan y les den esta sensación de continuidad, como un útero materno (Morral, 2021). Una vez calmados, podemos ofrecer de nuevo la posibilidad de salir al mundo de la relación.

En el caso de los niños con características más evolucionadas, debemos plantear recursos diferentes. El objetivo será que puedan vivir la relación con el objeto (en el sentido de persona) de forma más completa, ir trabajando sobre los mecanismos de la escisión y la proyección antes explicados para que puedan

ir incorporando en su interior un objeto bueno y malo al mismo tiempo. Es decir, ir haciendo como diría Bion una función de contención de todos los elementos desorganizados (elementos β) que el niño nos proyecta, para transformarlos en elementos pensables (elementos α) que sean más fáciles de digerir por el paciente. Poco a poco, esta experiencia de contención terapéutica podrá ampliar la posibilidad de percibir el objeto (terapeuta interno del paciente) como alguien que puede frustrar, convertirse en malo y persecutorio, pero también sanador y amoroso.

Es importante tener muy presente que los posibles ataques agresivos son el reflejo de su sufrimiento, de su dolor mental y que nosotros debemos hacerlos cargo de ese dolor para poder acompañarlos. No siempre podremos hacerlo bien, pero debemos aprender a amar a estos pacientes que nos violentan y agreden.

Las experiencias fragmentadas son el foco del trabajo, debemos ayudar a la integración de su cuerpo, de su pensamiento, de su percepción... También siguiendo el esquema antes mencionado, pero teniendo más presente que nosotros podemos convertirnos en persecutorios rápidamente. Cuando esto ocurre, nuestra presencia puede ser vivida como una amenaza, en estos momentos puede ser necesario hacernos lo menos visibles posible, no hablar, no tocar, incluso retirar la mirada directa... Sólo cuando dejemos de ser una amenaza podremos volver a acercarnos. Una vez estén tranquilos, podremos utilizar esta experiencia para integrarla y hablar del profundo dolor que les supone relacionarse.

UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Por último, compartiré algunas de las producciones más representativas de los dos tipos de pacientes con TEA de los que he hablado. Son producciones hechas por diferentes pacientes, niños de entre 6 y 14 años con diagnóstico de TEA y atendidos en el Servicio de Tratamientos Carrilet de Barcelona. Estas imágenes pueden ayudar a entender mejor las teorías sobre el funcionamiento mental

de los niños con TEA que he explicado anteriormente.

Las producciones de los niños con características propiamente autistas presentan una tendencia a la repetición y el componente obsesivo está muy presente.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4

En la repetición no dejan espacio a la relación, se llena de forma compulsiva el espacio y crean una falsa sensación de invariabilidad. En la imagen 2, el paciente de once años y yo descubrimos que de la mezcla de plastilinas de diferentes colores salían tonos diferentes, pero lo que en un principio empezó con significado compartido, por la emoción del hallazgo, se va quedando desvitalizado por la multiplicación de las formas y la búsqueda obsesiva de tonos siempre distintos. Lo que nos ocurre a menudo a los terapeutas en las sesiones es que podemos quedar fuera, mientras se va desarrollando una falsa autosuficiencia por parte de los pacientes.

Las imágenes 3 y 4 nos hablan de sus intereses restringidos y repetitivos que, a menudo, quedan reflejados también en sus producciones (planetas, señales de tráfico, trenes...), pero que debemos aprovechar para vincularnos, para desarrollar la experiencia y ligarla a las emociones, por ejemplo, el recorrido que le lleva a casa, a la escuela, el camino que hace con los padres, las emociones de ver cómo un tren llega o cómo se va alejando por un túnel, como si quedara engullido... Todo lo que nos traigan los pacientes lo podemos aprovechar para tratar de alcanzar nuestros objetivos, vitalizar las experiencias y llevarlos lo más cerca posible de la simbolización.

El interés por los mecanismos, los procesos de las máquinas y las partes de los objetos también pueden verse representados en los dibujos. En las producciones 5 y 6 se representan unas máquinas inventadas: una de ellas, para hacer paquetes y otra representa el sistema que imagina que tienen los reproductores DVD, para llegar a los idiomas de las películas.

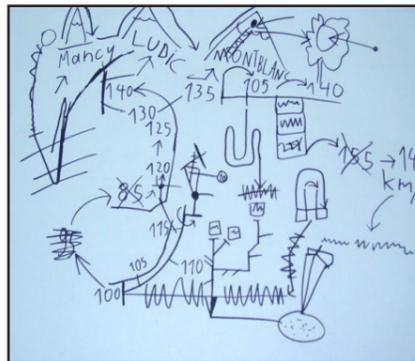


Imagen 7

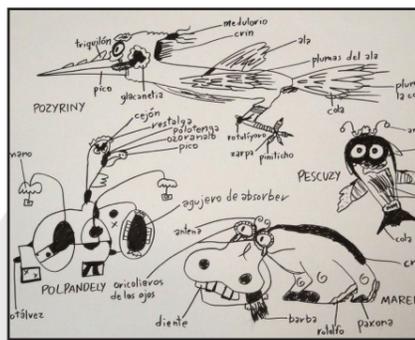


Imagen 8

También podemos encontrarnos con recorridos de mapas como, por ejemplo, en el caso de la imagen 7 donde marca los Km, las altitudes, la velocidad... En la ilustración 8, tenemos escritos los nombres de las partes de los dibujos como si se tratara de un dibujo científico. Quizás como una manera de intentar poner orden en la confusión interna.

Otras expresiones de momentos más indiferenciados se encuentran en el uso de la pintura de forma mezclada y confusa, generando colores sucios y carentes de vitalidad. El uso de pinturas muy diluidas, que pueden llegar a romper el papel, la mezcla de diferentes materiales y el uso de las manos como una extensión

del propio papel, sin límite entre la mesa, la hoja, el cuerpo...



Imagen 9



Imagen 10

Por último, muestro un dibujo de la persona que es bastante representativo de su propia corporalidad: un cuerpo rígido, robotizado y con pocas posibilidades de movimiento.



Imagen 11

En cambio, los niños con núcleos o rasgos de cariz más psicótico presentan unas producciones en las que aparecen de forma más dramatizada la agresión, los monstruos persecutorios, plasmando unas ansiedades terribles en la fragmentación, la muerte, la destrucción. A menudo representan personajes horriblos con dientes, garras, combates, montes puntiagudos, volcanes, explosiones... En muchas ocasiones, las obras quedan destrozadas y el ataque se dirige de forma concreta, no pudiendo mantener "vivas" las producciones.

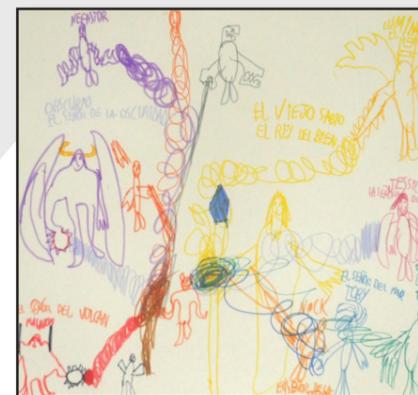


Imagen 12

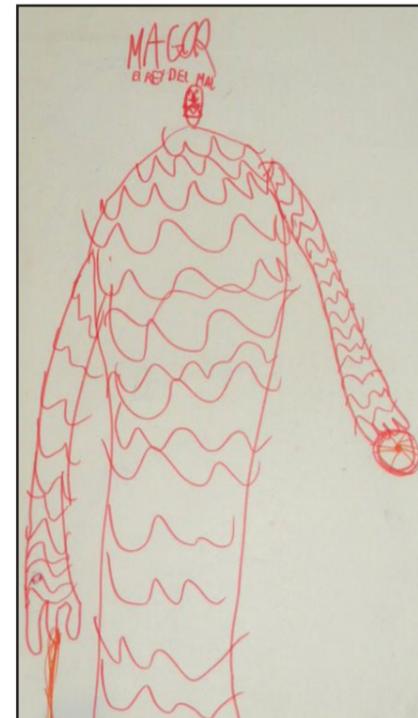


Imagen 13



Imagen 14

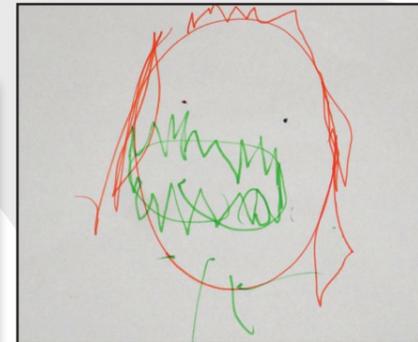


Imagen 15

CONCLUSIONES

Muchos pacientes que están diagnosticados de TEA leve, con capacidades cognitivas preservadas, parecen estar más cerca del diagnóstico de psicosis infantil. Sin embargo, podemos ver que ambos cumplen los actuales criterios diagnósticos de TEA: dificultades en la interacción social y pensamiento y comportamiento restringido, con patrones estereotipados o intereses específicos muy intensos.

Nos encontramos con un Yo muy primitivo o muy frágil que, si está presente, lo está de una forma muy fragmentada y poco cohesionada, con una limitada percepción del otro, también, que puede representar una prolongación de sí mismo o partes propias rechazadas y expulsadas, suponiendo una percepción parcial.

En ambos casos, es necesario trabajar por la ampliación de la conciencia de uno mismo y de los demás, es necesario ir integrando sensaciones, percepciones y emociones, facilitando la capacidad de pensamiento. Ir mentalizando lo impensable y dar salidas pre-simbólicas que sirvan de puente para el desarrollo de la capacidad simbólica y creativa, de forma

que se pueda ir ampliando su capacidad de adaptación a la realidad y la capacidad de relación con los demás, permitiendo mayor calidad de vida, con unas experiencias vitales más ricas y amorosas. ●

BIBLIOGRAFÍA

Acquarone, S. (2011). *Variación en la comprensión del trabajo con niños autistas.* Trabajo presentado en la II Jornada d'especialització Carrilet, Septiembre, Barcelona.

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

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Editorial Masson.

Arias, E., Fieschi, E. y Mestres, M. (2016). La imitació del nen autista en la psicoteràpia psicoanalítica: fonaments, disseny i aplicació. *Revista catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXII(1),* p. 124.

Bion, W. (1996). *Volviendo a pensar.* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós.

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

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

Favre, J., Midenet, M., Coudrot, A. y Coudrot, M. (1983). *Psicopedagogía del niño psicótico.* Masson: Barcelona.

Folch y Camarasa, Ll. (1984). Presentació feta al *Symposium Nacional sobre psicosis infantiles.* Murcia.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly, 51,* pp. 612-635.

Hernández, V. (2008). *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Paidós.

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

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

Metzler, D. (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro del autismo. *Revista Entrelíneas*, 38, p. 23.

Rivière, A. y Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA.

Schore, A. (2022). *El Desarrollo de la mente inconsciente*. Barcelona: Eleftheria.

Segal, H. (1987). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.

Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.

Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Paidós.

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

Viloca, Ll. (1998). Ansiedad catastrófica: de la sensorialidad a la comunicación. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol.XV(1), pp. 35-60.

Viloca, Ll. (1999). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Coromines a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol.XXV(1).

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

Viloca, Ll. (2011). *El vincle emocional*. Trabajo presentado en las Jornades de Formació Interna de Carrilet, Octubre.

Viloca, Ll. (2012). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Col·leccions Carrilet.

Wing, L. (1988). *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Gaskell/The National Autistic Society.

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

La memoria sonora de los vínculos¹

– Anna Chiara Vighi² –

Psicoterapeuta. Psicomotricista.
(Barcelona, España)



Me gustaría compartir unas ideas, derivadas de mi práctica clínica, sobre la importancia del uso de distintos tipos de lenguaje en el tratamiento de niños y niñas

con TEA y, específicamente, sobre los efectos que puede tener en la terapia la recuperación del idioma materno. Sin embargo, me surge de forma natural considerar todo tipo de lenguajes: desde el lenguaje no verbal -el del cuerpo y del diálogo tónico- pasando por el lenguaje musical y hasta llegar al lenguaje verbal. Cuando nos encontramos ante un niño que no conocemos, sobre todo cuando éste está más afectado, nuestra observación se centrará de forma natural en el movimiento: cómo se sitúa dentro del espacio, cómo se mueve y se desplaza; si prefiere espacios abiertos o cerrados; qué uso hace de los objetos; cuál es su tono; cómo se relaciona con las personas de referencia y con nosotros (miradas, gestos, acercamientos y alejamientos). A menudo acompañamos los tiempos de entrada y salida o los cambios de actividades con canciones, pero también hay momentos en los que surge dentro una melodía relacionada con algo que acaba de pasar en la sesión.

Inicialmente, me interesé por estos aspectos cuando estaba haciendo unas

prácticas de psicomotricidad en Carrilet³ y me encontré en la sala con Luca, un niño que tenía el italiano como idioma materno. Es después de dos sesiones cuando Àngels⁴ me propone decirle algo en italiano. Digo lo primero que se me ocurre: “Ciao Luca. Anche io sono italiana come te!”⁵. Luca abre los ojos en una expresión de asombro y, enseguida, se tapa la boca. Se tapa las orejas. “Ti tappi la bocca, ti tappi le orecchie”⁶. Ahora me tapa la boca, las orejas, los ojos. “Adesso tappi tutto a me: ‘non parlare questa lingua, che è la lingua della mamma e del papà e io non ero pronto!’”⁷. Conectar puede dar mucho miedo. Este nuevo inicio relacional, que dio paso paulatinamente a una interacción más viva y directa, fue posible gracias al sonido del idioma mucho más que a su significado. Permitted la creación de un momento inesperado, que tan a menudo es necesario en el tratamiento del autismo para desestabilizar unas defensas muy estructuradas, y la recuperación de un hilo ligado a las vivencias más tempranas.

Para ir a donde está el paciente, buscarlo donde esté cómodo y desde allí empezar a estirar, poco a poco, de ese hilo que finalmente es la relación, encuentro interesante ligar estas características tempranas y primitivas -del psiquismo y corporales- con la lengua materna. Intentaré reflexionar, como dice Anzieu (2013), sobre “... la existencia de una piel aún más precoz, de un espejo sonoro o de una piel auditivo-fónica y de su función para la adquisición, por el aparato psíquico, de la capacidad de significar y, después, simbolizar”. La melodía del idioma materno no deja de ser una especie de mantita sensorial en la que el niño es

acogido; así, el lenguaje con su música será uno de los pilares de la intervención, especialmente en aquellos casos en los que la sensorialidad asume un papel relevante.

EL SONIDO DEL HABLA

Se podría argumentar que es lógico que un niño mejore cuando se le habla en su idioma materno y creo que ésta puede ser una discusión interesante. Sin embargo, creo que no se trata de una cuestión de comprensión del idioma o del significado de lo que se dice. Más bien, estamos hablando del reconocimiento de una huella sensorial sonora que es la que permite al niño soltarse en manos del adulto, sintiéndose acogido. Con la introducción en la terapia de su lengua materna se desvelan en los pacientes asociaciones sensoriales conectadas con una relación temprana. Esto parece permitir la introyección de patrones sensoriales conectados con emociones profundas. Como sugieren Mehler, Argentiery y Canestri en el libro *La Babele dell'inconscio*, lengua materna (así como *madre lingua, mother tongue*) son imágenes verbales que expresan la idea de que la función del lenguaje se aprende pegados al pecho, mientras nos alimentamos.

Cada vez más, estamos acostumbrados a considerar la importancia de la voz materna ya desde el embarazo, así como las respuestas de los fetos y sus preferencias: son capaces de memorizar estímulos auditivos del mundo externo ya a partir del último trimestre del embarazo, con particular sensibilidad por el contorno melódico tanto en la música como en el lenguaje (DeCasper y Spence, 1986; Kisilevsky et al., 2004; Granier-Deferre,

1998). Desde el período fetal, el niño registra diferentes sensaciones -de las que evidentemente no tiene un recuerdo consciente- que quedan grabadas en la memoria del cuerpo: son la historia invisible de cada uno de nosotros y se encuentran en la base de la vida emocional (Guàrdia, 2015). Ya antes de los cuatro meses de edad, los niños pueden discriminar si una persona está hablando en su lengua materna sólo mirando la “película muda” de su discurso⁸: los niños son capaces de detectar un idioma diferente a través de la forma y ritmo de los movimientos de cara y boca del hablante, es decir, a través de estímulos visuales (Weikum et al., 2007) y son capaces de detectar patrones inusuales cuando se les presentan estímulos con una estructura rítmica distinta (Friederici et al., 2007). Además, los recién nacidos prefieren la voz de su madre sobre las demás (Querleu et al., 1984; DeCasper y Fifer, 1980; Ockleford et al., 1988; Damstra-Wijmen-ga, 1991; Hepper et al., 1993) y perciben el contenido emocional vinculado por la entonación en el habla materna -maternal- (Fernald y Simon, 1984). Todo esto remarca que el lenguaje es una experiencia multimodal: obtenemos información lingüística a través del oído, mirando los movimientos de los labios y las expresiones de la cara, leyendo e interpretando el contexto que rodea al input lingüístico (Susan Hespous, 2007). Las dificultades de integración entre diferentes modalidades sensoriales en las personas con TEA son aspectos que deberemos pues considerar cuando buscamos un lenguaje que nos una. En el autismo será más bien la invariancia (Viloca, 2011) de las sensaciones físicas y de los ritmos de los tiempos lo que nos orientará sobre los núcleos de sensorialidad que les atrapan.

EL LENGUAJE DEL CUERPO

Freud (1915, 1917) fue el primero en hablar de los procesos mentales primarios. También dijo que el yo es, de entrada, un yo corporal. Los procesos mentales pri-

marios se inician a nivel corporal antes de que se pueda dar un significado a las sensaciones vividas en el cuerpo. Jana tiene 4 años cuando la conozco. Sus padres han tenido muchísimas dificultades para reconocer su patología y no habían realizado ningún tratamiento hasta entonces. Durante las primeras sesiones, no puedo conectar con ella en modo alguno: hay relámpagos de miradas, pero son demasiado fugaces. Un buen día, después de un mes y medio de tratamiento semanal, empieza a correr de un lado a otro del despacho, chocando contra las paredes a ambos lados de la habitación. Me sumo. La tercera vez que lo hago a su lado, para. Me mira. Lo vuelve a hacer, pero más despacio, para irme mirando de reojo. Creo que ese momento de intercambio fue posible gracias a la imitación de algo muy suyo. Por primera vez habíamos podido hacer algo juntas a partir de un movimiento que a ella le llamaba la atención. Seligman explica que la actividad motora y los afectos nos unen a nuestros entornos al nivel más fundamental: están en el centro del entrelazamiento entre la auto-percepción, la percepción del exterior y la evaluación de lo que está pasando. Me parece que a veces son también nuestras ganas de poder llegar a conocer realmente, poco a poco, a nuestros pacientes que permiten estos momentos de encuentro. Más que producir cambios en nuestra relación, su reacción me dio pistas importantes sobre la que en ese momento era la única manera de conectar con ella.

Para acercarnos a los niños y niñas con TEA, debemos intentar sintonizar, respetando sus ritmos; es clave empezar a dar respuestas también a sus conductas repetitivas para abrir la posibilidad de ayudarles a interrumpir la repetición que les permite no concienciar, como dice Coromines recordando el concepto de Freud de repetir para recordar. Cuando voy muy perdida frente a conductas repetitivas que no me sugieren ningún sentido, las actúo para poder conectar a través de las sensaciones que producen

en mi cuerpo y así ponerlas a disposición de los pacientes.

LA ENVOLTURA MUSICAL

Fornari (1984), psicoanalista italiano, investigó sobre el significado inconsciente de la música que, a su juicio, viene dado por la recuperación de la situación intrauterina. Explica que el lenguaje musical puede retrotraer a la persona a sus afectos vitales, arcaicos y perennes a través de los cuales se ‘habla’ y se experimenta el mundo.

Guillermo (6 años) es un niño con una historia familiar bastante complicada. Es un niño dócil, se adapta rápidamente a hacer todo lo que le propongo. El primer día que le veo, su madre debe contestar una llamada y sale un momento del despacho. Él me da un abrazo y se queda en mi regazo hasta que ella vuelve a entrar; a partir de entonces, vuelve a mantener la distancia. Le gusta llevar objetos en sus manos, pero cada semana son diferentes. Hay algunos aspectos deprimidos, más allá de la sintomatología autista, que no le permiten gozar plenamente de ninguna actividad. Cuando llevamos dos meses de tratamiento semanal le propongo subir a la tela que cuelga del techo. Las dos primeras veces se acerca y la toca distraídamente, como si no fuera con él. Le voy comentando: “¡Oooh, qué suave!”; durante unas fracciones de segundo, también la mira disimuladamente: “Parece que te llama la atención este color verde”. La tercera, accede a subir, pero baja en cuanto se estira. La cuarta sesión de intentos pongo *La vita è bella* y le ayudo a subir. Se estira en la tela y empieza a reír. Me mira, se ríe más. Se ríe tanto que pienso que se hará pipí, pero rápidamente se regula él solo. Con su mano se agarra a mí para poder columpiarse, soltándose y me vuelve a buscar. Considerando el papel que juega la música en nuestras vidas, a menudo creo útil preguntar a los padres qué canciones le cantaban de pequeños o cuáles solían escuchar. En ese caso, no era nada signifi-

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

² annachiara.vighi@gmail.com

³ Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet.

⁴ Àngels Morral, terapeuta psicomotriz.

⁵ “Hola Luca. Yo también soy italiana, ¡como tú!”.

⁶ “Te tapas la boca, te tapas las orejas”.

⁷ “Ahora me tapas todo a mí: ‘que no hables en este idioma, que es el idioma de mamá y de papá y yo no estaba preparado!’”.

⁸ Este estudio muestra que los bebés de 4 y 6 meses pueden discriminar idiomas (el inglés del francés) sólo observando articulaciones presentadas en silencio. A la edad de 8 meses, sólo los bebés bilingües (francés-inglés) logran esta tarea. Estos hallazgos revelan una preparación sorprendentemente temprana para la discriminación del lenguaje visual y ponen de manifiesto la selectividad de los bebés para retener sólo las sensibilidades perceptivas necesarias.



Con la introducción en la terapia de su lengua materna se desvelan en los pacientes asociaciones sensoriales conectadas con una relación temprana. Esto parece permitir la introyección de patrones sensoriales conectados con emociones profundas.

cativo (o que la madre pudiera identificar como tal) para ellos; fue más bien un *enactment*, de una conexión que apareció de repente dentro de mí.

La preferencia perceptiva por el lenguaje que nos rodea (Mehler et al., 1988; Moon et al., 1993; Mehler y Dupoux, 1994) y la habilidad en distinguir entre distintos lenguajes prosódicos (Mehler y Christophe 1995; Nazzi et al., 1998; Ramus et al., 2000) y los cambios de entonación (Carral et al., 2005) se basan primariamente en la melodía. Conocí a Mihai cuando le faltaban un par de meses para los dos años. Sus padres son extranjeros y su madre, que es quien le lleva al despacho, solo habla un poco de castellano. Por ejemplo, le dice: "Mihai, ¿quieres coche? Di: Mihai quieres coche. Anna te lo das". Mihai no podía parar de moverse en ningún momento ni mientras cogía un objeto y lo observaba dando vueltas. Su madre había leído mucho sobre la importancia

de cantarle y poner palabras a lo que él hacía; no podía dejar ningún espacio en silencio, tapaba con el chupete la boca de su hijo cuando empezaba a dar gritos agudos e intentaba detener sus estereotipias agarrándole las manos suavemente. Cuando se confirmaron sus sospechas de que se trataba de autismo, decidió hablarle sólo en castellano, idioma que no habla nadie ni en casa ni en la escuela. Fue un camino muy largo para que realmente entendiera la importancia de recuperar el idioma de las vivencias y los afectos, pero ya observamos algún cambio en el niño cuando empezó a canturrearle aquellas canciones que recordaba de cuando ella era pequeña. Pero uno de los aspectos más importantes ocurrió un tiempo después: poco a poco, descubriendo que su idioma les ayudaba a encontrarse, empezó a utilizarlo primero en casa y después en sesión. Este hecho coincide con un nuevo embarazo de la madre.

Aguilar (2014) afirma que "cuando la madre se relaciona con su niño, uniendo el gesto y la aproximación corporal a la palabra y su prosodia o, también, cuando le canta explícitamente, está contribuyendo a crear en su bebé, en expresión de Anzieu (1979), una verdadera "piel audio-fónica", que le protege y le contiene en relación con la impredecibilidad caótica que es el mundo en el comienzo de la vida. Para la mente del recién nacido, la búsqueda de contingencias perfectas que permitan el control, la predictibilidad y un sentido de la continuidad es una necesidad muy profunda, que le ayuda a sentirse contenido en sus ansiedades de carácter más primitivo y/o catastrófico". A veces, con los idiomas que no conozco, utilizo aquellas palabras que más significado emocional tienen para los niños para abrir nuevos caminos. Evgeniy es un niño de 5 años bastante funcional, que había hecho previamente un trata-

miento Denver. En el largo tratamiento que hemos hecho, todo un intercambio más real y directo conmigo empezó cuando aprendí a decirle *paparinsky* [Папа Римский] en vez de papá (quien le acompañaba en las sesiones) y *miatx* [мяч] en lugar de pelota (que era imprescindible para nuestras interacciones), invitándole así a permitir la entrada de su idioma en nuestros intercambios.

CONCLUSIONES

El momento de impacto con niveles de funcionamiento más primarios -como pueden ser las conexiones con los sonidos, las sensaciones, los afectos de antes de las palabras- siempre permite movilizar algún aspecto que había quedado paralizado. Sin embargo, creo que un tratamiento más profundo debería permitir a los pacientes encontrarse con lo que todavía no tiene nombre, aunque tenga palabras. Las palabras que pronunciamos, más allá de su significado, van ligadas a imágenes, sonidos, olores, emociones y afectos. Y aunque no entendamos lo que quieren decir, podemos trabajar sobre todos los aspectos emotivos y corporales que surgen de las comunicaciones en idiomas que no conocemos. ●

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, J. (2014). Música, Psicoanálisis i Neurociència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXII(2).

Acouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Ammaniti, M. y Ferrari, P. F. (2020). *Il corpo non dimentica* (p. 96). Milán: Raffaello Cortina Editore.

Anzieu, D. (2013). *El yo piel*. Barcelona: Biblioteca Nueva.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early objectrelations. En *Melanie Klein Today*, Vol. 1. (pp. 187-191). Londres: Routledge, 1988. Version. cat., "L'experiència de la pell en les relacions d'objecte primerenques". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol X(1-2), 1993.

Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: Heinemann. [Traducción: (1996). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Ediciones Lumen-Hormé].

Camps, C. (2006). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 25, Vol. 7(1), (pp. 5-30).

Coromines, J. (1991). Psicopatología i desenvolupament arcaics. Assaig psicoanalític. Barcelona: Espaxs. [Traducción: Coromines, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Ibérica].

Coromines, J. (1998). Nuclis de sensorialitat no mentalitzada: Les seves manifestacions en la clínica analítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV(1).

Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A., Guardia, M., Oromí, I., Palau, M. y Viloca, L. (2008). *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques*. Barcelona: Grup del llibre.

De Casper, A. J. y Fifer, W. P. (1980). Off Human Bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208 (pp. 1174-1176).

Dehaene-Lambertz, G., Dehaene, S. y Hertz-Pannier, L. (2002). Functional neuroimaging of speech perception in infants. *Science* 298, (pp. 2013-2015).

Eimas, P. D., Siqueland, E. R., Jusczyk, P. y Vigorito, J. (1971). Speech perception in infants. *Science* 171, (pp. 303-306).

Fornari, F. (1984). Psicoanálisis della musica. *Collana: Il cammeo*, 66, p. 194. Milano: Longanesi.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras completas*, Vol.3, (pp. 2701-2728).

Freud, S. (1914). Recuerdo, repetición y elaboración. *Obras completas*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

Friederici, A., Friedrich, M. y Christophe, A. (2007). Brain responses in 4-month-old infants are already language-specific. *Current Biology*, 17, (pp- 1208-1211).

Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal*. Barcelona: Ed. Albesa.

Gualtieri, L. (2006). L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio. *Quaderni acp*, 13(4), (pp. 153-155).

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

Hespos, S. J. (2007). Language acquisition: when does the learning begin? *Current Biology*, Vol. 17(16), (pp. 628-629).

Iglesias, M. (2017). Ajustaments de la tècnica psicoanalítica en correlació amb pacients TEA, i en pacients neuròtics i límits amb nuclis autístics. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* Vol. XXXIV(2).

Mampe, B., Friederici, A., Christophe, A. y Wermke, K. (2009). Newborns' cry melody is shaped by their native language. *Current Biology* 19, 1994-1997.

Mehler, J., Jusczyk, P., Lambertz, G., Halsted, N., Bertoncini, J., y Amiel-Tison, C. (1988). A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition* 29, (pp. 143-178).

Mehler, J., Dupoux, E., y Southgate, P. (1994). *What Infants Know: The New Cognitive Science of Early Development*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing.

Moon, C., Panneton-Cooper, R. y Fifer, W. P. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior and Development*, 16, (pp. 495-500).

Morral, À. (2011). Terapia psicomotriz de formación psicodinámica. Del autismo de Kanner al Trastorno del Espectro Autista. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 51/52, (pp. 188-194).

Morral, À. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. *Entrelíneas*, 38, (pp. 23-30).

Nazzi, T., Bertoncini, J. y Mehler, J. (1998). Language discrimination by newborns: Toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 24(3), (pp. 756-766).

Peña, M., Maki, A., Kovacic, D., Dehaene-Lambertz, G., Koizumi, H., Bouquet, F. y Mehler, J. (2003). Sounds and silence: An optical topography study of language recognition at birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 100, (pp. 11702-11705).

Pinker, S. (1994). *The Language Instinct*. New York: William Morrow & Co.

Seligman, S. (2018). *Lo sviluppo delle relazioni. Infanzia, intersoggettività, attaccamento*, p. 74. Milán: Raffaello Cortina Editore.

Tustin, F. (1987). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paídos.

Tustin, F. (1988). Psicoterapia con niños que no pueden jugar. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 189. Lima: Imago.

Viloca, L. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV(1), (pp. 35-60).

Viloca, Ll. (2011). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Coromines a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XVIII(1), (pp. 55-69).

Viloca, L. (2012). Psicoanàlisi de nens amb un trastorn de l'espectre autista (TEA) i amb Síndrome d'Asperger. *Desenvolupa*, 32.

Vouloumanos, A. y Werker, J. F. (2007). Listening to language at birth: Evidence for a bias for speech in neonates. *Developmental Science*, 10, (pp. 159-164).

Weikum, W. M., Vouloumanos, A., Navarra, J., Soto-Faraco, S., Sebastian-Galles, N. y Werker, J. F. (2007). Visual language discrimination in infancy. *Science* 316, p. 1159.



El grupo de psicomotricidad en salud mental: un puente desde la atención precoz¹

– Pilar Crespo Sánchez –

Psicóloga General Sanitaria y
Terapeuta Psicomotriz CDIAP Rella de
Sant Andreu (Barcelona). Formadora
de psicomotricistas AEC-ASEFOP.
Coordinadora del Máster en Práctica
Psicomotriz Terapéutica. AEC-UB.
(Barcelona, España)

– Anna Legarra Jubany –

Psicóloga General Sanitaria y
Terapeuta Psicomotriz CDIAP Rella
de Sant Andreu (Barcelona).
(Barcelona, España)



CÓMO PENSAMOS EL AUTISMO DESDE LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ AUCOUTURIER (PPA) Y CÓMO SE DA LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA PSICOMOTRIZ CON ESTOS NIÑOS

Aucouturier planteará cómo el bebé crea una primera huella psíquica (fantasía de acción) basada en las primeras interacciones de la primera relación (engramas) para tolerar el sufrimiento por la ausencia de la madre y sin un continente psíquico propio ya formado. Los engramas nacen a partir de la relación con la madre desde la etapa intrauterina y las interacciones recíprocas iniciales, quedando inscritas en su sistema neurobiológico y somatopsíquico.

El bebé inicia el camino de la construcción de la unidad corporal y de su identidad a través de la toma de conciencia de sus límites, del poder distinguirse del otro a través de esta danza en la que madre y bebé establecen el llamado **diálogo tónico-emocional**. En esta recíproca acomodación de posturas, intercambios de tensiones y distensiones, bajo la calidez de la mirada, la voz y las caricias se va formando esta unidad corporal y una primera identidad. Así pues, las vivencias de contención y transformación recíproca serán la base para encontrar un ajuste en esta primera relación y en donde las angustias arcaicas² podrán ser contenidas por la madre. Si en estos primeros meses de vida no se constituye una vivencia de contención y transformación recíproca aparece un desajuste en esta construcción corporal y una vivencia de ser invadido por estas angustias arcaicas, lo que puede hacer que se

etapa es fundamental en la constitución del sujeto, donde las capacidades relacionales, la comunicación y el lenguaje están en proceso de construcción, proceso que siempre se da dentro de una relación primordial y significativa.

Aun así, los niños que se encuentran en un momento constitutivo más arcaico pueden quedarse estancados o con necesidad de tener más apoyo para llevar a cabo el proceso de constituirse como sujetos. En la clínica, nos encontramos a menudo con niños diagnosticados de TEA que transitan este proceso en edades más tardías como son los 6 o 7 años o que, al menos, necesitan un abordaje terapéutico más intensivo para poder llevarlo a término.

Los niños nos muestran su mundo interno a partir de su expresividad motriz. El cuerpo en terapia psicomotriz se entiende como un espacio de identidad y comunicación. Por tanto, junto con la **expresividad motriz**, como elemento emergente del cuerpo y del psiquismo, también se trabajará con la voz y el lenguaje hablado. Las acciones y movimientos también tienen su propia secuencia y sintaxis y organizan la comunicación con los niños y niñas con diagnóstico de TEA.

constituya una unidad corporal fragilizada o fragmentada.

En el caso de los bebés con autismo, esta relación con la madre a través del diálogo tónico se ve afectada a menudo desde los primeros momentos (ya sea por factores que tienen que ver con el equipamiento neurobiológico, como por situaciones contextuales que no faciliten este encuentro y procesos de transformación recíproca o bien por la combinación de ambos).

En este sentido, observamos que los niños que se sitúan dentro de este espectro tienen dificultades para elaborar sus propias angustias en estos procesos de maduración psicológica. Quedan así invadidos por la vivencia de las angustias arcaicas que les lleva a la frontera entre el “ser” y el “no ser”, no encontrando una contención suficiente para transformarlas en fantasías de acción que les ayuden a regular estos estados y a ir construyendo una unidad corporal donde integrar y organizar las vivencias y que se convierta en la base para construir una identidad diferenciada.

Los niños con TEA viven en un estado de no integración de sensaciones y emociones en la primera relación. En ocasiones, no pueden recibir los cuidados de la madre y no pueden generar una “imagen primitiva” de ésta, viviendo una sensación catastrófica y de vacío interior que resuelven con mucha de la sintomatología autística que conocemos. Desde la psicomotricidad, observamos que no existe una unidad corporal conformada, que el “yo” o “proto-yo” vive indiferenciado de su entorno y que esto puede generar muchas dificultades para pensar y aprender de las experiencias relacionales.

Para poder valorar y conocer al niño, desde la psicomotricidad se realiza una **observación interactiva** con él con el objetivo de poder ver a través del juego espontáneo cómo se expresa y, conjuntamente con el resto de información aportada, poder establecer una hipótesis y un plan de trabajo. Durante las sesiones de observación interactiva se analizan las **secuencias** y los **parámetros de expresividad motriz**, a la vez que a qué nivel se encuentra constituida o en qué momen-

to de construcción está su **unidad corporal**. La observación puede realizarse con el niño solo y con el niño en relación con otros. En este caso, se realizará durante las primeras sesiones al iniciar el trabajo grupal.

“Los parámetros observados por el terapeuta están centrados en la relación que establece el niño con su propio cuerpo, con el adulto, con el espacio, el tiempo y los objetos, teniendo en cuenta la tonicidad, la postura, sus capacidades motrices, el espacio que ocupa, el ritmo de la acción, los objetos que utiliza, el placer en el juego y la intención en la comunicación” (Benincasa, Acebo, Luna, Masaeu, Morales, 2018).

En el abordaje terapéutico psicomotriz, observamos en estos niños algunas manifestaciones tales como: la evitación de juegos de reaseguración profunda (que permiten transitar y elaborar las angustias arcaicas); la aparición de angustia y miedos en la experimentación sensoriomotriz (al trepar, saltar y caer, al jugar a las presiones y aplastamientos, al jugar a ser atrapados o devorados); un exceso de lenguaje verbal o verborrea que no es relacional; hipertensión o hipotonía; fijación con los agujeros; dificultades para tolerar cambios y rigidez; necesidad de controlar; obsesiones y momentos de desorganización.

Desde la práctica psicomotriz, trabajamos a partir del cuerpo y de estos juegos de reaseguración profunda que tienen el objetivo terapéutico de poder franquear las angustias arcaicas vividas en los primeros momentos de constitución del sujeto.

EL GRUPO DE PSICOMOTRICIDAD EN EL MARCO DE LA UNIDAD BÁSICA DEL DISTRITO DE SANT ANDREU DE BARCELONA

Este grupo tiene una frecuencia semanal y es de un año de duración, formado por entre cuatro y seis niños con edades entre 6 y 8 años que presentan rasgos autistas en su funcionamiento y con un nivel de severidad leve. El grupo de niños está acompañado por dos profesionales: una psicóloga clínica y una terapeuta psicomotriz que cointervienen. Paralelamente, se lleva a cabo el grupo de fa-

milias de estos niños, conducido por un psicólogo clínico del CSMIJ. Durante el recorrido del proyecto se realizan dos encuentros de supervisión desde la práctica psicomotriz y la intervención psicológica.

Este proyecto se inicia en el 2015 en el marco de la Unidad Básica que funciona en nuestro Distrito de Sant Andreu desde el año 2003 y que tiene como objetivo articular los dos servicios públicos que operan en la atención a la infancia en el distrito: el CDIAP Rella (atención de 0 a 6 años) y el CSMIJ de Sant Andreu (atención de 0 a 18 años) coexistiendo en la atención en la franja de 0 a 6 años. El objetivo principal del proyecto es que permita un modelo de trabajo integrado y coordinado que mejore la labor asistencial cualitativamente, compartiendo profesionales de ambas redes para diagnosticar e intervenir conjuntamente. También tiene como objetivos desarrollar labores de prevención, programas formativos, sesiones clínicas, etc. Con este concepto de Unidad Básica, se quiere ofrecer una **atención multidisciplinar al niño y su familia y, al mismo tiempo, garantizar la continuidad en la atención de los niños derivados del CDIAP al CSMIJ**.

Este proyecto es pionero en cuanto a la intervención por primera vez desde el abordaje psicomotriz en el propio CSMIJ, teniendo en cuenta que en este dispositivo no existe la figura de la psicomotricista ni de la terapeuta psicomotriz.

En el grupo de psicomotricidad para niñas y niños con diagnóstico de TEA, trabajamos a partir de la siguiente hipótesis: los síntomas o conductas autistas muestran dificultades de los niños a nivel socioafectivo y relacional, que tienen su origen en etapas muy tempranas del desarrollo. A través de la intervención terapéutica en grupo de psicomotricidad se pretende revivir y volver a pasar por estas etapas posibilitando la vivencia y elaboración de aquellos aspectos que no han quedado adecuadamente integrados a partir de los **juegos de reaseguración profunda** dentro de la relación terapéutica.

En el seno del grupo, la psicóloga clínica de orientación psicodinámica trabaja encontrando nuevas metáforas, ampliando la capacidad de tolerar la ex-

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

² Según Aucouturier, las angustias arcaicas surgen de la falta de unidad, del no haber sido suficientemente sostenido, contenido por el cuerpo de los adultos y por los afectos y deseo maternos y paternos; ello dificulta elaborar un objeto interno o una permanencia de objeto que lo calme. La invasión de estas tensiones engramadas en el cuerpo es un sufrimiento corporal que desestabiliza la organización del pensamiento. Se tiene en cuenta la angustia como proceso humano que acompaña a la maduración psicológica, sin embargo, según la intensidad, cómo exceda al cuerpo y la relación nos encontraremos con más o menos dificultades en la constitución corporal y subjetiva. Se diferencian dos tipos: angustias de pérdida del cuerpo y angustias de pérdida del otro.

perencia de pensar y diferenciarse como persona con sus propios sentimientos y pensamiento.

La terapeuta psicomotriz pone su cuerpo a disposición de los niños para sostenerlos en la construcción y reconstrucción de un mundo menos invasivo, a través de intervenciones sutiles que puedan facilitar la apertura a la relación, desplegando un sistema de acción y actitudes dentro de la disciplina psicomotriz.

A nivel terapéutico, el objetivo es partir de un registro centrado en la psicomotricidad y que favorezca la expresión y manifestación espontánea de los niños, así como que a través de la relación entre ellos, las terapeutas y el espacio y material, puedan ir construyendo una concepción más integrada de sí mismos y del mundo que les rodea. Por eso resulta indispensable que las terapeutas estén atentas a las **resonancias tónico-emocionales** que les generan los niños, tanto a nivel físico, psíquico como emocional, para poder conectar de esta forma con la vivencia interna del niño, captando el sentido más profundo de su expresividad y crear puentes relacionales entre el niño y la terapeuta que posibiliten la contención de la emoción (a menudo intensa en estos niños), la conexión emocional, el reconocimiento de sí mismo y del otro y el proceso de identificación.

En el grupo, pueden aparecer experiencias en las que deben **buscarse con los demás** o incluso de hallazgos **a través de la relación con otros**. Es en esta búsqueda y encuentro (aunque inicialmente sea repetitiva y/o estereotipada) en la que pueden suceder situaciones interesantes y significativas para los niños y donde no habrá satisfacción completa, a diferencia de cuando se encuentran más invadidos por la sintomatología autística. En el devenir del propio movimiento y acción, existe un encuentro con los límites del propio cuerpo, los del otro, etc. y, por tanto, una construcción y/o reconstrucción de esta unidad corporal que se encuentra fragilizada o fragmentada. El hecho de que en el encuentro con el otro nada encaje o les sea satisfactorio completamente, permite que estén en movimiento, que construyan acciones

compartidas y nuevas formas de encontrarse con los iguales y consigo mismos.

DISPOSITIVO GRUPAL PSICOMOTRIZ: EL MATERIAL, EL ESPACIO Y EL TIEMPO DE LA SESIÓN

Nos parece importante señalar que dentro del grupo encontramos una heterogeneidad en las manifestaciones del espectro autista. En este sentido, somos conscientes y cuidadosos revisando y diferenciando los síntomas y la estructura que en cada niño se va conformando. No pensamos que por el simple hecho de participar en un grupo se mejora la capacidad de relación o socialización (si fuera así, esto ocurriría sólo yendo a la escuela o a actividades lúdicas); sino más bien que cada niño o niña vivirá su propio proceso terapéutico dentro del dispositivo grupal.

El dispositivo de la sesión de psicomotricidad está pensado para facilitar el **recorrido madurativo del niño** que, como dice Aucouturier, va del placer de actuar al placer de pensar.

Hay un primer momento destinado a la acogida de los niños (ritual de entrada) donde dedicamos un espacio y tiempo especial al reconocimiento de cada uno de los niños, donde hay una **transición del fuera al dentro de la sala** y donde se da lugar a la palabra para poder expresar algo que le ha pasado, que recuerda o que querría hacer en la sesión. Este primer momento sirve para entrar en un ritmo más compartido (dentro de las posibilidades de cada niño) y donde el sentido de grupalidad y pertenencia se habilita, pudiendo cada niño recorrerlo a su manera singular.

En un segundo momento, se da lugar a la expresividad motriz y al juego corporal (donde los juegos sensoriomotrices, de reaseguración profunda, la acción y el movimiento son más protagonistas); y un tercer momento destinado a la expresión gráfica y plástica, donde se acompaña al niño a detener el cuerpo, la acción y el movimiento para dar paso al pensamiento y al lenguaje. De esta forma se favorece el desarrollo de la función simbólica, haciendo un recorrido a través del cual el niño transita por los diferentes niveles de simbolización, que parten

de su acción creativa y transformadora y van hacia los procesos de pensamiento y lenguaje. Para que esto se pueda dar, es necesario establecer un marco de seguridad física y afectiva donde el niño pueda expresarse desde su propia subjetividad y, también, habrá que favorecer los procesos de **descentración tónico-emocional**, que permiten que el niño pueda tomar una distancia emocional suficiente respecto a su experiencia para poder representarla desde registros simbólicos más elaborados.

Sin embargo, cabe destacar que la representación no sólo aparece en este momento de la sesión, sino que el niño se representa durante toda la sesión desde diferentes registros simbólicos.

Contemplamos también un tiempo de cierre o ritual de salida, en el mismo espacio que hacemos la acogida, donde recogemos verbalmente los momentos más significativos surgidos a lo largo de la sesión y donde cerramos y nos despedimos hasta el siguiente día.

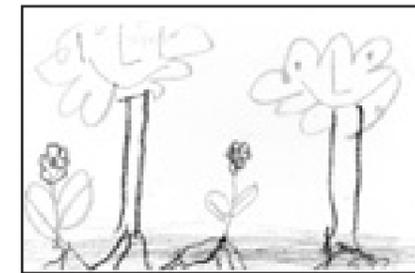
Para poder ejemplificar lo que sucede en el transcurso de una sesión, nos centraremos en un par de viñetas clínicas que pueden ilustrar cómo hemos ido trabajando en las sesiones.

En la primera viñeta, nos referiremos al **momento del ritual de entrada**, donde se abre espacio a acoger a los niños y a la palabra, aunque hemos observado que es difícil establecer una comunicación recíproca. Vimos que en este momento de habilitarlos a la palabra, aparecían muchas inquietudes, cierta agitación motriz e interpretábamos necesidad de contención. Decidimos proponer hacer un patrón rítmico con manos y pies que sirviera de envoltura de contención para cada niño en particular y al mismo tiempo a nivel grupal, sin tener que depender tanto de la palabra. De esta forma, observábamos que los niños podían acceder a pequeños momentos de compartir en grupo a la vez que poder regular la propia inquietud.

A medida que establecían una **relación con el espacio**, podían detener la necesidad de deambular, podían compartir un espacio o no sentirse invadidos por la presencia o el lenguaje de los demás. Por lo que se refiere a la **relación con el tiem-**

po, podían sostener la presencia de una secuencia sonora y rítmica propuesta por las terapeutas, pero que no se convertía en norma, sino más bien en propuesta a la que sumarse desde las propias posibilidades. Favorecía una relación con el **ritmo propio** y a la vez era un **intermediario de la relación**.

La segunda viñeta tiene que ver con un recorrido dentro del **espacio sensoriomotriz**, donde aparecen momentos para la descarga y expresividad motriz y emocional, que el material ofrecido en la sala favorece. En el transcurso de las sesiones fueron apareciendo dos espacios de juego inicial: uno más sensoriomotriz y otro con más significado simbólico. En el primero, algunos niños escogían el material duro y observábamos, en **relación con el propio cuerpo**, cómo conquistaban la regulación de la postura y el eje corporal, la planificación del movimiento ajustando el tono muscular a las transformaciones tónico-emocionales que requerían la acción que llevaban a cabo. El plano vertical les permitía transitar algunas de las angustias arcaicas con relación a la pérdida del propio cuerpo. Las terapeutas acompañaban con la palabra para contenerlas, lo que les ayudaba a devolver al cuerpo o buscar apoyos físicos para salir de la sensación de caída que los superaba y poderla jugar, sintiéndose menos desbordados por esta angustia arcaica.



En el segundo espacio, más investido por el relato, había dos niños que proponían dos tipos de juegos de reaseguración profunda: uno de refugios y otro de persecución. Esto convocaba a otros niños que iban y venían de la propia exploración, algunos pudiendo sostener el juego con mayor continuidad y otros de forma más fragmentada. En estos juegos, surgen momentos de descarga de

la agresividad y **de invasión del espacio de juego o del espacio corporal del otro**. Las terapeutas proponen el uso de material blando como mediador de los juegos donde aparece la agresividad (chocar con almohadas) y también para los juegos de presiones que promueven un cambio en la tonicidad (ser atrapados y aplastados). A lo largo de las sesiones, observamos que algunos de los personajes que aparecían (con un tono más persecutor o malvado) iban transformándose en personajes (animalitos) que les hacían conectar con la fragilidad y la necesidad de jugar el maternaje.



Estas observaciones nos hacen pensar en la importancia de poder trabajar la capacidad de transformación tónico-emocional para poder promover también la transformación de los personajes o sentidos a los que a menudo encontramos que se adhieren.

Vemos cómo las terapeutas, en el dispositivo y mediante la estrategia de rodeo indirecto, despliegan su sistema de actitudes por la vía corporal para poder trabajar las resonancias tónico-emocionales que aparecen en la sesión.



En cuanto al **material de la sala de psicomotricidad**, se dispone teniendo en cuenta los objetivos que se van a trabajar con los niños. En la sala se privilegia el uso más relacional y vivencial de los objetos por encima del uso funcional o instrumental. Por eso, una de las características básicas del material que tomamos en la práctica psicomotriz es su polisemia (Rodríguez-Ribas, 2020).

En este sentido, tanto sea el material duro (espaldera, escalera, colchón asegurador) o el material blando (almohadas, telas, cuerdas, etc.) pretendemos que el niño lo pueda investir afectivamente y también que lo utilice para promover el encuentro con el otro. En nuestras observaciones, encontramos que el **material duro** promueve la regulación tónico-emocional a la vez que estructura la propia acción. Podríamos decir que es un material que hace que los niños conecten mucho con los límites del propio cuerpo y con la necesidad de ser protagonistas de lo que "pasa fuera" de sí mismos y ajustándose a las relaciones que van sucediendo. Les ofrece un soporte rígido y fijo que soporta las transformaciones del cuerpo, facilita la estimulación laberíntica, las rupturas tónicas, el placer del movimiento, dando lugar a juegos de equilibrio y desequilibrio, de saltos, de correr, de girarse, de deslizarse, escalar, etc. Hemos observado también que puede facilitar la negociación de los turnos (bajando una escalera, por ejemplo) dado que es la propia realidad del espacio de la escalera que se impone y hace que no todo sea posible. En este sentido, a menudo las intervenciones de la psicomotricista o la psicóloga pueden ir dirigidas a inventar una forma de hacer que se conecte con el propio deseo, pero también con la realidad que emerge de la relación con el material y el espacio.

Por otro lado, observamos que el **material blando**, acogedor y que permite el investimento afectivo, los refugios, la pulsión, la agresividad simbólica, los contactos, la maleabilidad de sensaciones, etc. puede facilitar la descarga pulsional o la aparición de juegos de reaseguración profunda como el de aparecer y desaparecer de la mirada del adulto o de los otros niños, o bien poder vivir con cierto

placer los juegos de presiones que promueven la conexión con los límites del propio cuerpo, sin sentirse invadidos o, incluso, sin invadir el cuerpo de los demás.

Más allá de las observaciones e interpretaciones sobre el uso del material, desde la psicomotricidad, se ofrece el material de forma que sea un facilitador de la expresividad particular de cada sujeto.

“Desde este punto de vista, cada material debería entenderse más bien como un generador de palabras, o un provocador de historias, un emergente de sensaciones, recuerdos, vivencias y fantasmas. No son tan importantes las características y posibilidades de cada uno de los materiales, sino cómo los asumen y utilizan los niños según el propio deseo o lo que quieran proyectar en el exterior” (Rodríguez-Ribas, 2022).

EL GRUPO DE PADRES

Paralelamente al grupo de niños, se ofrece el grupo de trabajo con madres y padres coordinado por un psicólogo clínico. Éste es un espacio donde se privilegia la palabra, el vínculo social y el intercambio de experiencias, informaciones, preocupaciones e inquietudes personales, así como invenciones y apoyo emocional.

Dentro del abordaje multidisciplinar, el trabajo con las familias resulta primordial para poder acompañarlas en la comprensión de lo que les ocurre a sus niños, así como también compartir vivencias y recursos en relación con el malestar que esto pueda generar.

Pensamos que la vinculación conseguida con el trabajo grupal favorece el compromiso con el trabajo terapéutico, tanto con los niños como con las familias.

CONCLUSIONES

Entendemos el *Cuerpo como vehículo de comunicación, cuerpo como vehículo de relación*. Es a través del juego motriz espontáneo, del movimiento y la acción en el marco de una relación (con el adulto y otros niños) y donde el diálogo corporal, con el espacio, el tiempo y el material será un medio de encuentro con el otro y consigo mismos.

Creemos que este grupo es un espacio privilegiado de intercambio y enriquecimiento en la práctica directa con los niños y, posteriormente, permite abrir espacios de reflexión y elaboración.

Nos gustaría destacar el gran valor del trabajo de **cointervención entre terapeutas** a partir del cuerpo y del lenguaje, donde la disponibilidad, escucha, retirada e implicación de una u otra terapeuta se van articulando y analizando a lo largo de las sesiones.

Como resultado de la intervención psicomotriz grupal, valoramos en todos los casos una mejora de la organización de su psiquismo, una disminución de los síntomas o conductas autistas y una importante mejora en su capacidad para buscar la relación con el otro.

Para concluir, podemos decir que a partir de los juegos de reaseguración profunda que han ido surgiendo en las sesiones y que inciden sobre las sensaciones más internas y primarias en la relación terapéutica, se ha favorecido la expresión, contención y elaboración de las angustias arcaicas que invaden a estos niños, posibilitando así una organización más armónica de su psiquismo y una mejora en la relación con su entorno.

“El cuerpo y sus parámetros y las resonancias tónico-emocionales se convierten en las vías de acceso para conocerlo, entenderlo, porque la historia de relación y la historia emocional del niño está “escrita” en su cuerpo y en sus acciones” (Documento Marco de la Psicomotricidad en Atención Precoz).

En este sentido, dado que nos encontramos con dificultades de relación y comunicación, pensamos que desde el grupo de psicomotricidad el abordaje corporal amplía las vías de interacción y encuentro con los demás, así como con la propia expresividad y subjetividad. ●

BIBLIOGRAFÍA

Arnaiz, P., Rabadán, M. y Vives, I. (2001). *La Psicomotricidad en la escuela*. Málaga: Aljibe.

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

Aucouturier, B. (2018). *Actuar, jugar, pensar: Puntos de apoyo para la práctica psicomotriz educativa y terapéutica*. Barcelona: Graó.

Benincasa, G., Grèvol, R., Lluna, A., Masabeu, I. y Morales, P. (2018). *Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Barcelona: Octaedro Ediciones S.L.

CDIAP 1 Rella-CSMIJ 2 FETB a Sant Andreu (2014). *Presentació de la Unitat bàsica d'atenció als infants de 0-6 anys: un model d'integració de dues xarxes*.

Comisión de Atención Temprana de la APP (2022). *Documento Marco. La profesión del psicomotricista en Atención Temprana*. Autoedición.

Crespo, P. (2016). La terapia psicomotriz dentro del equipo de atención temprana. *Entrelíneas*, 38.

Crespo, P. (2017). *Proceso de construcción de la identidad dentro de la práctica psicomotriz. [Conjunto de datos]*

Grupo de atención temprana (2001). *Llibre blanc de l'atenció precoç*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Grup de treball de psicomotricistes de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (2004). *Document Marc de la Psicomotricitat a l'Atenció Precoç*.

Rodríguez, J. A. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Barcelona: Octaedro.

Rota, J. (2005). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Octaedro.

Etapas de intervención psicomotriz en la atención de un niño con TEA¹

– Fanni Mateu Dosrius –

Maestra de Educación Especial. Logopeda. Psicomotricista (educativa y terapéutica). (La Garriga, España)



En el siguiente artículo se expone la experiencia de intervención psicomotriz llevada a cabo con un niño diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista (TEA), desde

los dos a los ocho años. La experiencia se ha llevado a cabo en un centro de psicomotricidad terapéutica privado, Volaines, en el que atendemos a niños hasta los 12 años que necesitan intervención y acompañamiento en su desarrollo. El equipo está formado por psicomotricistas, logopedas, psicólogas y un pedagogo.

A través de diferentes etapas de intervención, se explica cómo se fomentó la evolución del niño en términos de desarrollo psicomotriz, interacción social y comunicación. Creemos que la implementación de estrategias específicas desde una intervención psicomotriz centrada en el diálogo tónico, el movimiento, el juego y la relación han sido esenciales para promover su desarrollo, inclusión y para mejorar su bienestar.

Antes de presentar el caso, la intervención realizada y la evolución en las diferentes etapas (las cuales se explicarán según cómo ha ido siendo la atención de este niño: en individual, con otro niño y en pequeño grupo), se expondrá una pequeña introducción de los conceptos básicos de qué es la psicomotricidad.

INTRODUCCIÓN A LA PSICOMOTRICIDAD

Para comprender qué y cómo trabajamos desde una intervención psicomotriz es esencial saber que se trata de una intervención basada en una concepción integral y holística en la que, como psicomotricistas, tenemos presente y respetamos la globalidad del niño para poderle entender. Contemplamos al niño como un ser global y de este modo observamos y evaluamos todas sus dimensiones (motriz, conativa, cognitiva, relacional, social, afectiva, fantasmática...), las cuales están interrelacionadas y se expresan a nivel motriz. Todo ocurre en nuestro cuerpo, somos esencialmente un cuerpo que se mueve, se relaciona, se expresa, se comunica... La motricidad constituye el objeto material de la psicomotricidad. De esta forma, los instrumentos que utilizamos para buscar un equilibrio sobre estas dimensiones en nuestro trabajo son el diálogo tónico, el movimiento, el juego y la relación. El/la psicomotricista parte de una observación en la sala basada en la escucha para detectar las potencialidades del niño, así como identificar también posibles dificultades que puedan entorpecer su evolución, para trabajar en ellas, acompañar y favorecer su desarrollo y mejorar su autonomía. Se trata de una práctica que pretende favorecer el placer motriz primitivo del niño como motor para conseguir su evolución y su desarrollo integral.

En esta práctica, el/la psicomotricista juega un papel muy importante en su forma de actuar, en su actitud y por ello debe ser respetuoso ante la expresividad del niño para procurar el intercambio a partir de la iniciativa de acción y favorecer su desarrollo. A partir de la escucha, debe observar para comprender y ofre-

cer una intervención ajustada a la expresión de cada niño.

Nuestro trabajo en terapia psicomotriz con estos niños siempre se inicia con una atención individual para poder realizar una observación más directa, conocerle y establecer un vínculo que le aporte seguridad y confianza y ofrecer una atención más personalizada que nos permita atender las dificultades específicas. Y, según su evolución, en el transcurso de nuestra labor vamos valorando la posibilidad de pasar a trabajar en pareja o pequeño grupo.

Hay que tener siempre presente que cada niño presentará unas características en su afectación y evolución diferentes y que, por tanto, será del todo necesario irnos ajustando a sus posibilidades y necesidades.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Pol llegó a nuestro centro cuando estaba terminando el segundo año del primer ciclo de infantil, derivado por la psicóloga del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) que le atendía desde hacía un año con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

La familia explicó que, a partir de los 18 meses, Pol hizo una regresión global en su desarrollo, sobre todo a nivel de lenguaje y conducta. Decía palabras propositivas y hacía onomatopeyas que dejó de decir de repente y dejó de imitar gestos y de atender. Fueron a su pediatra y ésta les derivó al CDIAP donde un equipo multidisciplinar (psicóloga, neuropediatra y trabajadora social) trabajó con él y su familia para abordar sus necesidades y capacidades.

Cuando llega un niño a nuestro centro, realizamos una primera entrevista con la familia en la que recogemos toda



Atención individual. A partir del diálogo tónico, se abre un camino para la relación que podemos ir alimentando a través del trabajo de la empatía, de una agradable relación conjunta mediante acciones compartidas.

la información del caso, a continuación realizamos 3 o 4 sesiones de observación con el niño en la sala de psicomotricidad y nos reunimos de nuevo con la familia para explicar nuestras primeras observaciones e impresiones, los objetivos que nos planteamos y establecer un plan de trabajo para llevar a cabo nuestra intervención.

De los datos aportados por la familia, se destaca que no existen antecedentes familiares de interés; el embarazo y el parto fueron sin incidencias, pero se le programó una cesárea. Pol, alcanzó la sedestación a los 6 meses, gateó y se puso de pie muy rápido y caminaba cogido de la mano del adulto hacia los 12 meses. Antes de los 18 meses, decía palabras como los bebés y de repente dejó de decirlas.

La madre explica que, en el momento actual, corre de puntillas y se pone tenso; en ocasiones, se queda absorto mirando una esquina, golpea con la cara en el suelo como si comprobara la dureza, es torpe, choca con las cosas y se cae a menudo.

Toma pecho a demanda y algunos caldos, aparte de algunas "porquerías", según refieren los padres. No tiene control de esfínteres y lleva pañal. Durante la no-

che, duerme tres horas seguidas y se despierta agitado, salta, aplaude, bebe un poco de agua y vuelve a dormirse con su madre. Empieza a acercarse a otros niños y, en ocasiones, tira de ellos. Le gustan las pelotas, coches, trenes, colores, números y letras, sabe ordenar el alfabeto. Empieza a imitar algunas secuencias que ve en los dibujos animados que le llaman la atención, intenta repetir las melodías musicales.

OBSERVACIÓN Y PRIMERAS IMPRESIONES

Una vez realizada esta primera entrevista con la familia, se realizaron cuatro sesiones de observación. En las dos primeras, estuvo presente la madre. Pol se mostraba inhibido y con necesidad de tener a su madre cerca y, aunque no le costó mucho moverse por el espacio, manifestaba mucha inseguridad y estaba en alerta constante. En la tercera sesión, la madre tuvo que dejarlo solo y en un primer momento no se molestó, pero al rato la buscaba y se dirigió hacia la entrada; al ver que no estaba, se enfadó un poco, le ofrecí la mano y volvió a entrar. En la última sesión de observación, ya entró solo de mi mano y al terminar no quería irse.

Las primeras impresiones después de realizar esta observación fueron:

A nivel sensorial y motor, Pol mostraba poca actividad motriz espontánea, se mostraba bastante inhibido. La inseguridad y el miedo no le permitían experimentar. Presentaba un bajo control corporal consciente, se movía más por el deseo de obtener algo que por el placer de moverse y actuar. Solía coger el material y alinearlos. Se observaba cierta hipotonía corporal, pero con tendencia a la rigidez, expresaba tensión corporal. Tendencia a realizar la marcha de puntillas y, en ocasiones, realizaba saltitos y aleteo de manos.

Mostraba baja conciencia corporal, dificultades para integrar la sensorialidad y estructurar una unidad corporal y carencia de un yo diferenciado del entorno. Frente al espejo, mostraba mucho malestar; cuando se veía reflejado, se enfadaba y se apartaba.

En cuanto a la interacción social y afectiva, mostraba tendencia a ir a la suya sin prestar atención a lo que sucedía en su entorno, tenía más interés por los objetos que por los adultos. Cuando quería algo que no podía coger solo, cogía la mano de su madre para llevarla a lo que quería.

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

Rechazaba el contacto físico conmigo, sólo aceptaba, en ocasiones, darme la mano. Expresaba las emociones a través de la agitación corporal; cuando estaba enfadado, se ponía rígido, se echaba al suelo y lloraba o emitía algunos sonidos. No hacía caso de lo que le decía u ofrecía, pero en ocasiones observaba lo que yo le mostraba o le preparaba desde la distancia. No mostraba placer compartido, había poca reciprocidad, apenas había atención conjunta.

Por lo que respecta a la comunicación, no utilizaba la mirada para iniciar o mantener la relación. No había interés comunicativo. En ocasiones, podía señalar, pero con la ayuda de la madre. Muestra cierta iniciativa para obtener algunos objetos. Protestaba sin mirar cuando quería algo y, en ocasiones, se situaba ante el objeto esperando a que se le diera.

No había lenguaje espontáneo, empezaba a repetir algunos monosílabos y bisílabos que la madre le decía. Emitía algunos sonidos, pero no estaban dirigidos. Sólo respondía a su nombre si le llamaba su madre. En ocasiones, imitaba sonidos repetitivos.

En cuanto a cognición y simbolismo, podía hacer uso instrumental de los objetos, por ejemplo, hacer circular el tren

o el coche, pero su juego era repetitivo y estereotipado, solía ordenar y alinear los juguetes y los objetos. Sacaba y ponía las pelotas de la caja, podía chutarlas en algunas ocasiones.

En relación con su conducta, mostraba intereses restringidos. Perdía el interés con facilidad con algunos objetos y con otros su juego era muy repetitivo. Presentaba baja tolerancia a la frustración, cuando ordenaba o alineaba debía quedar perfectamente colocado, si se le movía o se le torcía se enfadaba mucho. Se mostraba muy inflexible frente a cualquier modificación. En ocasiones, se enfadaba sin causa aparente o por pequeños cambios; por ejemplo, si existía una pequeña variación en el orden de los colores de las piezas de la estructura que le había preparado como la de la sesión anterior.

PLAN DE TRABAJO

Una vez finalizadas las sesiones de observación, nos reunimos con su familia de nuevo para explicar las primeras observaciones y exponer el plan de trabajo que proponíamos desde una intervención psicomotriz para favorecer su desarrollo global. Los objetivos irían enfocados a:

- Favorecer el conocimiento y la conciencia corporal para facilitar la es-

tructuración de una unidad corporal y ayudarle en la toma de conciencia de su identidad. Favorecer la aparición de un yo diferenciado.

- Favorecer la expresividad psicomotriz (placer-displacer, seguridad, competencias, ampliar sus intereses).
- Favorecer las capacidades comunicativas y relacionales, ofreciendo un espacio donde Pol pudiera sentirse seguro para ir descubriendo, aprendiendo habilidades de interacción social e ir encontrando formas de generar interés en él para relacionarse y comunicarse.
- Favorecer las habilidades en el juego facilitando la capacidad de confiar y elaborar un juego con sentido basado en la relación y la comunicación, juego compartido.
- Aumentar su nivel de autonomía ayudándole a entender el mundo que le rodea y rebajando su nivel de alerta.
- Acompañar y ayudar a la familia a encontrar herramientas y recursos frente a las necesidades del Pol en cada momento.
- Coordinarnos y colaborar con la escuela y otros profesionales que intervengan para trabajar conjuntamente.

ETAPAS DE INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

En la atención de estos niños, es imprescindible establecer una red de comunicación interprofesional y con los familiares que permita una comunicación fluida para que resulte una intervención conjunta, compartida y, por tanto, más efectiva. A lo largo de toda esta intervención, hemos mantenido reuniones de coordinación con los y las profesionales de las escuelas, CDIAP y Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) que han atendido o atienden al Pol, así como con la familia.

ATENCIÓN INDIVIDUAL

Esta etapa se realizó a partir del trabajo individual con Pol en sesiones de 45 minutos. La intervención la hice yo misma como psicomotricista y con el seguimiento y observación de una psicóloga en sesiones puntuales.

El primer objetivo era conseguir un vínculo entre Pol y yo, es decir, conseguir que se sintiera seguro, confiado, contenido y reconocido. Pol no tardó en venir contento a la sala, se quedaba tranquilo diciéndole adiós a su madre, pero yo le interesaba poco. Inicialmente, tuve que actuar con lo que él llevaba a la sala, le observaba y le acompañaba en sus acciones o no acciones para conseguir, poco a poco, ir actuando de una forma diferente a la suya, y procurar hacerme presente para él y conseguir que me tuviera en cuenta para poder así ir mostrando y modelando otras formas de actuar desde el diálogo tónico (Wallon, 1980), siempre partiendo de que me tuviera en cuenta como referente, como un adulto que le comprendía y aceptaba.

Intentaba que Pol me tuviera disponible para responder a sus necesidades e intereses. Al inicio, proponiéndole material que sabía que le interesaba o le gustaba más; procurando un acercamiento corporal como forma de juego muy primario, compartido y agradable; respetando siempre la distancia, reconociéndolo con la mirada y la voz.

El juego y la relación eran la base de mi trabajo, pero con el objetivo de llegar a provocar y conseguir la complicidad más adelante. A partir del diálogo tónico, se abre un camino para la relación que podemos ir alimentando a través del trabajo de la empatía, de una agradable relación conjunta mediante acciones compartidas. Así, las estrategias se basaban en utilizar a los mediadores corporales de la relación, utilizando la mirada, el gesto y la voz para reconocerle; proponiendo situaciones y/o materiales partiendo de sus intereses o gustos que le proporcionarían un placer compartido; observando, esperando y escuchando sus necesidades e intereses para proporcionarle lo que necesitaba y poder así moldear a partir de éstos la posible demanda que no sabía llevar a cabo.

Poco a poco, Pol se sentía cada vez más a gusto, más seguro y confiado y empezó a aceptar nuevas propuestas, pudiendo cada vez realizar nuevas actividades o juegos que me permitían una intervención psicomotriz:

- Juegos de seguridad profunda en los que se trataba de utilizar situaciones en las que se daba el equilibrio/desequilibrio, balanceos, el columpiarse, caídas, giros... pero siempre intentando el placer compartido, la seguridad y el reconocimiento, llevándolos a término de modo que resultaran agradables para Pol. Estos juegos, como dice Serrabona (2016), permitirán crear las bases de la estructuración del yo corporal satisfaciendo sus deseos.
- Juegos de maternaje, cuyo objetivo principal es establecer vínculos significativos a partir de la evocación de vivencias tempranas en las que fue sostenido y contenido. Se basan en la intervención del adulto que deberá proporcionar determinados estímulos y vivencias adecuadas, trabajando para la contención, la seguridad y el reconocimiento.
- Juegos pre-simbólicos que están relacionados con el proceso de construcción de la identidad corporal estructurada y favorecen la reversibilidad. Consisten en juegos de aparecer y desaparecer, llenar y vaciar, destruir y construir, escapar y ser atrapado, etc.

A partir de todo este trabajo, se fue creando un vínculo entre nosotros que permitió utilizar también estrategias para potenciar la creación de la necesidad de comunicación entre Pol y yo:

- A partir de actividades circulares, que son aquellas actividades en las que Pol se sentía seguro y mostraba que le gustaban y por este motivo se repetían constantemente. En el momento en que yo dejaba de hacerlas, yo esperaba a que él hiciera algo o simplemente emitiera un sonido para tomarlo como una demanda para continuar y así poder ir moldeando su demanda.
- Actividades en las que trabajábamos los turnos, "ahora tú, ahora yo", que nos permitían ayudar a

Pol a conseguir la diferenciación con nosotros. A Pol le acabó gustando mucho echarse por el tobogán y también que yo lo hiciera.

- Proponiendo canciones que asociábamos a un movimiento. Inicialmente, se trataba sólo de un tarareo y un movimiento sencillo, pero poco a poco pudimos hacer pequeñas canciones con movimientos asociados que hacíamos juntos.
- Provocando su demanda poniendo el objeto que sabía que siempre quería en un lugar visible, pero al que no podía acceder o jugando con juegos en los que necesitaba mi ayuda para seguir jugando.
- Modelando el gesto de señalar, poniendo palabras a lo que deseaba, verbalizando lo que hacíamos. En su caso, creí apropiado utilizar fotografías de los materiales y juegos que más le gustaban. En un primer momento, los utilicé para recordar lo que habíamos hecho al finalizar la sesión; más adelante, empezó a utilizarlos para hacerme demandas.
- En definitiva, se trataba de propiciar situaciones que ayudaran a crear la necesidad de comunicar.

Otra estrategia en sí es la propia sesión de psicomotricidad, ya que ésta posee una organización espacial y temporal muy clara que permite que el niño se sienta seguro y pueda anticipar en cierto modo qué hará en la sesión creando así un ambiente predecible. En el caso de Pol, en las primeras sesiones, prácticamente sólo podía organizar un inicio y un final. El momento de la acogida, cuando llegaba y se quitaba los zapatos para que le pusiera los calcetines y el final, que le anticipaba poniendo música y situándonos en el espacio del masaje, donde él iba sacando las pelotas de masaje y las iba colocando a su lado. Con el tiempo, pude ir estructurando más la sesión y anticipándole dicha estructura con las fotografías para marcar algunas fases: acogida, juego sensoriomotor, recogida, masaje, representación y despedida.



Atención dual. En estos juegos (juegos afectivos fantasmáticos), se moviliza el mundo interno del niño y sus estructuras profundas en interacción con el medio, favoreciendo y consolidando un Yo diferenciado. Se trata de juegos de oposición, persecución, proyección verbal y provocación.

Dadas las dificultades de Pol en lo que se refiere a la simbolización, fue difícil introducir la parte de la representación. En un primer momento, simplemente nos sentamos en una mesa que hay en un lado de la sala en la que yo le mostraba las fotografías de aquellas actividades o materiales que habíamos realizado o utilizado durante la sesión. Con el tiempo, empecé a realizar dibujos representativos de las acciones realizadas en la sesión y materiales utilizados. Aunque al inicio parecía no hacer caso de lo que le dibujaba, poco a poco fue mostrando más interés, observaba e incluso me acercaba los colores que necesitaba para hacer los dibujos.

Todas estas estrategias representaron la base de esta intervención y permitieron que Pol se sintiera cada vez más seguro y confiado. Pudo ir tomando cierta conciencia corporal y diferenciándose del otro e ir construyendo una identidad propia que le ayudó a tener una mejor comprensión del mundo que le rodeaba. Apareció la imitación en el juego y poco a poco pudo aceptar nuevas actividades y propuestas. Podía iniciar algunas actividades espontáneamente e, incluso, podía iniciar algunos juegos pre-simbólicos.

Empezó a mostrar cierta apertura hacia el otro, aumentó su atención, sus miradas y su interés en compartir actividades y juegos. Por lo general, mostraba más atención conjunta. Presentaba mucha más intención comunicativa, señalaba con el dedo lo que quería y apareció el lenguaje imitativo y, hacia el final de este período, en ocasiones, aparecía alguna expresión verbal espontánea. Por lo general, mostraba más seguridad motriz y emocional, estaba más tranquilo, se mostraba más flexible y con mayor capacidad de tolerar la frustración.

A mediados de esta etapa, empecé también a ser atendido por otra logopeda del equipo en sesiones individuales para reforzar la comunicación, el habla y el lenguaje de forma más específica. También se le dio el alta desde el CDIAP y empecé a ser atendido por el CSMIJ.

ATENCIÓN DUAL

Después de tres años de trabajar con Pol, valoré que ya venía a la sala sintién-



Atención en pequeño grupo. El principal objetivo era favorecer la inclusión, fomentando la imitación, la interacción y la relación con los compañeros que podían ejercer de modelos. Sería clave fomentar la autonomía de Pol para fortalecer las relaciones con los iguales de forma que nosotras fuéramos quedando en segundo plano

dose tranquilo, seguro y a gusto, que había un buen vínculo y había avanzado mucho en el proceso de diferenciación, que mostraba interés en comunicarse y se daban más situaciones de atención conjunta y mucha imitación. Por todo ello, creímos necesario introducir a otro niño en las sesiones.

En esta etapa, se pasó a realizar un trabajo con Pol y otro niño, Marc, en sesiones de 50 minutos; la intervención la hice yo misma como psicomotricista y con el seguimiento de la psicóloga. El otro niño se encontraba en condiciones similares a las de Pol, ya llevaba tiempo en individual y también nos pareció adecuado pasarlo a un grupo dual.

Los objetivos expuestos en la etapa anterior debían estar presentes también en ésta, así como las estrategias utilizadas, pero en este caso teniendo en cuenta que la intervención se realizaba con dos niños y, por tanto, con nuevos objetivos dirigidos a:

- Fomentar y/o favorecer “la relación” entre ellos, fomentar las habilidades de relación, partiendo de sus intereses y de sus deseos, a partir del placer compartido, favoreciendo que se tuvieran presentes y que gozaran de esa relación. Realizar actividades

en las que pudieran participar los dos conjuntamente.

- Favorecer capacidades comunicativas y relacionales, trabajando los turnos, enseñando formas que fomentaran una relación cordial y respetuosa entre ellos, que se tuvieran en cuenta (*gracias, ¿quieres?, por favor, ¿me dejas?, no me gusta...*), propiciando actividades compartidas, como, por ejemplo, darse masajes el uno al otro.
- Favorecer habilidades en el juego que propiciaran el placer compartido (imitar, invitar, compartir, permitir...).
- Favorecer la expresión psicomotriz (imitar, ayudarse, experimentar).

Esta etapa supuso un gran reto para nosotros en un inicio porque no teníamos claro si iba a funcionar y si sería provechoso para ellos. Primero, tuve que trabajar para que aceptaran que íbamos a ser tres y, por tanto, mi atención hacia ellos no era exclusiva, sino compartida. Pero aunque en las primeras sesiones no buscaban la interacción por iniciativa propia ni aceptaban demasiado mis propuestas para compartir, sí que poco a poco se fueron teniendo en cuenta y empezaron a fijarse mucho el uno en el otro hasta que empezaron a imitarse. Si

Pol saltaba, Marc también quería probarlo y si Marc construía una torre, Pol hacía otra. Poco a poco, fui aprovechando estas situaciones y favoreciendo actividades más compartidas entre ellos que propiciaron la interacción.

Pol pudo empezar a realizar actividades que nunca había hecho a partir de la imitación de su compañero. Iniciamos juegos afectivos fantasmáticos que, como dice Serrabona (2016), son juegos que incluyen todo lo que hace referencia a las necesidades afectivas, pulsionales, emociones, sentimientos, deseos y lo relacionado con lo fantasmático. En estos juegos, se moviliza el mundo interno del niño y sus estructuras profundas en interacción con el medio, favoreciendo y consolidando un Yo diferenciado. Se trata de juegos de oposición, persecución, proyección verbal y provocación.

También inició juegos simbólicos sencillos que, con el tiempo, se fueron haciendo más complejos. Empezó a reconocer ciertas emociones e incluso pudo empezar a verbalizarlas (cuando estaba contento, enfadado o se asustaba). Y, por primera vez, cogió el lápiz para hacer un dibujo él solo que además éste estaba relacionado con lo que habíamos hecho en la sesión e, incluso, lo verbalizó (“El niño va con mochila a la escuela”. En la sesión habíamos representado un día en la escuela).

Esta etapa representó un gran avance en lo que se refiere a la relación, la comunicación, el habla, el acceso al simbolismo y la autonomía.

ATENCIÓN EN PEQUEÑO GRUPO

Después de valorar los avances de ambos, el siguiente curso propusimos a la familia de Pol hacer un trabajo en grupo reducido. El grupo estaba formado por 4 niños, Pol y tres niños más, la sesión era de una hora y les acompañábamos dos psicomotricistas. De esta forma, nos asegurábamos de que si en algún momento era necesario una de nosotras podría estar por él y la otra podría seguir atendiendo al resto de niños del grupo.

En esta fase, tampoco podíamos perder de vista todo lo que habíamos estado trabajando en las anteriores etapas para seguir favoreciendo su desarrollo, pero su principal objetivo era favorecer

la inclusión, fomentando la imitación, la interacción y la relación con los compañeros que podían ejercer de modelos. Sería clave fomentar la autonomía de Pol para fortalecer las relaciones con los iguales de forma que nosotras fuéramos quedando en segundo plano.

Una de las estrategias a tener en cuenta era pensar en cómo facilitar el conocimiento de cómo actúa un niño con TEA para que sus compañeros le entendieran y pudieran ayudarle. Fuimos constituyendo el grupo poco a poco y Pol fue el último en incorporarse, de este modo pudimos anticipar a los demás niños algunas particularidades del niño nuevo que vendría a la siguiente sesión, como por ejemplo que se agobiaba si le hablábamos todos a la vez, que le gustaba más que le habláramos con tranquilidad, pero también que le gustaba mucho saltar o jugar a pelota, etc. Explicando tanto algunas particularidades como potencialidades. Se trataba de ir construyendo una forma de actuar en los demás niños que facilitara la aceptación de Pol ante sus propuestas. Y de facilitar también el conocimiento de los motivos por los que Pol actuaba de una forma determinada, de forma que los compañeros utilizaran también estrategias que favorecieran la relación (la manera de dirigirse a él, de relacionarse con él y/o de comprender sus respuestas).

A partir de ahí, nuestro trabajo se encaminó a propiciar la relación entre ellos, acompañando en los juegos y mediando y favoreciendo las situaciones compartidas. Nosotros intentábamos anticiparle todo lo que podíamos, aunque no siempre era posible en situaciones de juego libre. Pero Pol venía muy contento y estaba bien en las sesiones, por lo general participaba de los juegos que surgían y de las propuestas. Cuando no lo hacía era porque no entendía exactamente lo que hacían los compañeros, pero cuando se lo explicábamos y veía que los demás le invitaban o le ayudaban se atrevía y se mostraba contento.

En esta etapa, Pol observaba mucho para entender lo que hacían sus compañeros y los imitaba. Creemos que con el acompañamiento y la ayuda de éstos cada vez se sintió más capaz y aumenta-

ron las interacciones por propia iniciativa. Al finalizar este curso, la madre nos comunicó que en la escuela había empezado a jugar con otro niño a la hora del patio por iniciativa propia.

Con el tiempo, hemos podido observar que, aunque las situaciones nuevas para estos alumnos suelen ser difíciles, cuando se encuentran en un grupo reducido de compañeros que le entienden y acompañan son capaces de responder mejor y atreverse. Es decir, en muchas ocasiones, estos niños muestran mayor interés si la propuesta viene de un igual que si viene de un adulto.

CONCLUSIONES

A lo largo de estos seis años de trabajo, Pol ha ido mostrando un progreso significativo. Ha ido estructurando una unidad corporal y tomando conciencia de su identidad, ha mejorado su regulación emocional, ha accedido a la comunicación y ha aprendido habilidades que le han facilitado la interacción social, manifestando interés en compartir e interactuando más con los demás. Sin embargo, somos conscientes de que todavía hay muchos retos por los que trabajar, pero esta intervención psicomotriz ha ayudado a Pol a ir entendiendo el mundo que le rodea un poco más, mejorar su autonomía y adquirir herramientas que seguro le ayudarán y favorecerán la inclusión y su bienestar.

Esta intervención de psicomotricidad relacional centrada en el diálogo tónico, el movimiento, el juego y la relación y el trabajo conjunto con otros profesionales, la escuela y su familia, se destaca como pilar clave de este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera, en primer lugar, dar las gracias a Pol ya su familia por permitirnos estos años de trabajo con él y habernos dado la oportunidad de aprender a su lado.

A todos los niños que han compartido sesiones de psicomotricidad y sus familias para confiar en nuestro trabajo.

A todos los profesionales, tanto del CDIAP, del CSMIJ, como de las escuelas (profesionales del EAP -Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico-, Equipos Directivos, maestras y personal de apo-

yo), que han facilitado el trabajo en red.

Y, por último, a las compañeras del centro, psicomotricistas, logopedas y psicólogas, que han colaborado en esta intervención. ●

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Lapierre, A., Llorca, M. y Sánchez, J. (2015). *Fundamentos de intervención en psicomotricidad relacional. Reflexiones desde la práctica*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad*, 10.

Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Morillo, T., Sánchez, J. y Llorca, M. (2019). *La psicomotricidad como acompañamiento a la población infantil con TEA*. Buenos Aires: Ediciones Corpora.

Morral, A., Alcàcer B., Sánchez, E., Mes- tres, M., Farrés, N., Monreal, N. y González, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Ed. Horsori.

Rota, J. (2014). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz de las dificultades de desarrollo*. Barcelona. Ed. Horsori.

Wallon, H. y Palacios, J. (1980). *Una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid: Pablo del Río Editor.

Vivir y escribir¹

– Gemma Vilanova Porqueres² –

Madre de un chico con autismo. Escritora. Licenciada en Administración y Dirección de Empresas y MBA por ESADE. (Barcelona, España)



En octubre de 2019 se publicó “1 fill inesperat i 1 sofà. La vida amb en #josepvalent”³: mi primer libro. Detrás de este título singular se escondía la historia de Josep, mi segundo hijo; un niño de diez años con autismo severo. Quizás porque escribir sobre envejecimiento y economía ocupaba gran parte de mi vida profesional, o quizás porque creía que no tenía muchas cosas interesantes que decir, nunca antes me había planteado escribir nada personal. A veces, sin embargo, un encuentro fortuito, un café rápido o una conversación pequeña como una gota de agua desencadenan un torrente de recuerdos que nos desbordan y nos asaltan en cualquier momento del día: en medio de una reunión de trabajo, hirviendo verdura para la cena o durante la escena culminante de la serie televisiva de turno. A mí me ocurrió. Fue después de conceder una entrevista a una periodista que quería conocer cómo era la vida de nuestra familia cuidando a un niño con autismo. Los días siguientes, no podía dejar de pensar en todo lo que le habíamos contado y, sobre todo, en todo lo que no le habíamos dicho. La conversación sacudió el cajón de los recuerdos. Algunos eran muy nítidos, otros desdibujados, debilitados por el paso del tiempo. A veces,

la secuencia de los hechos bailaba desorganizada en mi cabeza, las imágenes se superponían, los protagonistas se intercambiaban y las fechas se mezclaban. Pero a pesar de todo esa maraña, las emociones hervían intensas como si los hechos acabaran de ocurrir. Me di cuenta de que tenía una historia que contar. No quería hacerlo por mí, sino por él -por Josep- y por todas las familias que como la nuestra conviven con el autismo desde que se levantan hasta que se acuestan; durante el curso escolar y las vacaciones de verano; los días buenos y los que no lo son tanto. Siempre, en todo momento. Y me puse a ello. La escribí: con la determinación de los convencidos y la ilusión de los inconscientes.

Con la publicación del libro vinieron las presentaciones y el compartir vivencias con los asistentes. Siempre había alguien entre el público que mencionaba el valor terapéutico de la escritura. Yo sonreía. Alguna vez incluso asentía, pero no creía que fuera mi caso. No había escrito el libro para curarme. Lo había escrito para hacer más visible el trastorno y así transformar la mirada hacia las personas con autismo y sus familias. Y había podido hacerlo porque hablar de ello ya no me dolía. Porque nuestra familia había aprendido a convivir con Josep. Porque habíamos aceptado y comprendido su manera de hacer y ya no nos lo imaginábamos de otra manera. Porque estábamos orgullosos.

Los lectores más entusiastas pedían una segunda parte; más aventuras de #josepvalent, reclamaban. Yo también quería escribir un segundo libro, incluso un tercero; dos volúmenes que cubrieran las etapas de la adolescencia y de la edad adulta. El problema es que Josep crece y se desarrolla exactamente a la misma velocidad -en ningún caso de la misma manera- que las personas que no tenemos

autismo y, por tanto, la cosa no podía ir tan rápido. Así pues, para *amenizar* la espera, empecé a colaborar con diferentes publicaciones a través de artículos y entrevistas sobre mi experiencia como madre de un chico con autismo. Puse en marcha el Blog “El fill inesperat” -en el digital del Ara Criatures, del diario Ara- y dos años y una pandemia después se publicó “El hijo inesperado” -la versión en castellano del libro.

Los años pasaban y la adolescencia de Josep se hacía esperar. Quizás sería uno de esos chicos con una adolescencia tranquila, de perfil bajo, pensaba sin acabar de creérmelo. De vez en cuando, detectábamos algún cambio: una mirada socarrona, un grito con gallo incluido. En casa todos nos esforzábamos en reconocer los indicios de una etapa que nos imaginábamos tan ilusionante como aterradora. Las entradas que hacía en el Blog trataban sobre el tema: reflexiones sencillas y quizás obvias sobre la necesidad de dejar de ver a Josep como un niño. Queríamos ser consecuentes y por eso quitamos el papel con motivos infantiles de las paredes de su habitación, la pintamos de blanco inmaculado y compramos una cama nueva -más ancha y larga. También hicimos desaparecer algunos juguetes que hacía años que no miraba -si es que alguna vez los había mirado. Si él cambiaba, su espacio también tenía que cambiar. Durante unos meses sufrimos con sus arranques en la calle -cruzando de repente sin mirar- y con sus gritos ensordecedores -¿por qué los hacía? Una inquietud y una impulsividad que atribuíamos a los cambios hormonales propios de la edad, pero que no nos inquietaban demasiado, porque calculábamos que serían transitorios. Nos sentíamos fuertes y queríamos estar atentos para acompañarle en esta nueva etapa. Siempre que podíamos



Josep, antes y ahora.

le ofrecíamos la opción de elegir por sí mismo: la ropa, la comida. Aún estábamos bien.

Hasta que de repente, no hace tanto, dejamos de estarlo. Los cambios en su cuerpo se aceleraron y su comportamiento cambió. Desde entonces, un nuevo Josep habita en nuestra casa. Un Josep distante, más lento, a menudo atascado. Con momentos fugaces en los que vuelve a ser quien era. A veces, da la impresión de que él mismo tampoco se reconoce. Mueve su nuevo cuerpo como un autómatas, comprobando cómo funciona. Anda tres pasos adelante y da cuatro hacia atrás. Se detiene. Levanta la pierna y se mantiene en equilibrio como un flamenco. Deposita el pie en el suelo con delicadeza y se apresura a hacer lo mismo con la otra pierna. Cuando termina, es el turno de los brazos, que alarga como si quisiera abarcar el horizonte. Se mira las manos con curiosidad y mueve los dedos con la agilidad atrofiada de un viejo pianista. Primero, los de la mano derecha y, después, los de la izquierda.

Hace una mueca y cierra los ojos -sigue estando guapo. Los entreabre para observar algo bajo la nariz punteada de espinillas juveniles: quizá se trata del bigotito incipiente que de vez en cuando le rasura su padre. Si le llamas, te mira. Incluso diría que te ve -no está todo perdido. Al cabo de nada, vuelve a enroscarse hacia adentro. Se encierra en sí mismo. Se sienta en la punta de la cama y se está horas sin hacer nada, mirando la pared blanca. ¿Por qué? ¿Qué le pasa? ¿Qué le ocurre? No puedo preguntarle. No le puedo decir: «¡Espabila!», como hacen los padres de todos los adolescentes del mundo cuando se repantigan tardes enteras en el sofá. Pensar que ellos también fracasan en su intento de sacarlos del le-targo, no me tranquiliza.

Cuando algo le asusta o lo saca de quicio, Josep grita fuerte -más que antes-, te mira fijamente buscando ayuda -más que antes- y tú, impotente, sólo puedes ofrecerle un abrazo -igual que antes. El «ya está» tímido que utilizaba de niño para calmarse se ha convertido en un «se ha

acabado» descarnado, como si la lucha interna con su otro yo se hubiera hecho más dura y feroz. La bestia también se ha hecho mayor y la batalla es ahora más cruda, la victoria más difícil y la recuperación más lenta.

Como la mayoría de chicos de su edad, Josep ha adelgazado mucho. Lo veo y lo noto cuando le abrazo, cuando le busco los rincones donde antes le hacía cosquillas, cuando le ayudo a ponerse los pantalones que ahora le bailan y que estuve a punto de dar a principios de verano. Las analíticas dicen que está fuerte como un roble. La adolescencia es la única respuesta válida a todos sus males. No me gusta. No me consuela. No es suficiente.

Vivir, sentir, comprender y quizás después: escribir. Será en ese orden y no en otro que podré explicar la etapa que estamos viviendo, que requiere su tiempo y que todavía no sé cómo acabará. Tendré un punto de vista diferente al que tengo ahora y quizás haya comprendido algunas cosas que todavía no puedo descifrar. El tiempo nos ayuda a dar significado a todo lo que vivimos, a construir el relato que queremos contar: nuestra verdad. Quizás escribir “1 hijo inesperado y 1 sofá” no ha sido una terapia sanadora para mí, pero sí una recarga de energía para encarar una etapa nueva en la vida de un hijo que transita por caminos desconocidos. Por eso sé que escribiré una segunda parte -y una tercera-, porque después de una etapa vendrá otra y, tanto yo como nuestra familia, necesitaremos toda la fuerza posible para hacerle frente: encorvados, arrugados y canosos. ●

PARA SABER MÁS ACERCA DE #JOSEPVALENT:

Vilanova, G. (2019). *1 fill inesperat i 1 sofà. La vida amb en #josepvalent*. Sant Cugat del Vallès: Símbol Editors.

Vilanova, G. (2021). *El hijo inesperado. Comprender el autismo, abrazar la diferencia*. Barcelona: Arpa Editores.

Vilanova, G. *El fill inesperat*. Blog digital ARA Criatures.

Cuenta de Instagram: josep_valent

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

² gemmavilanova73@gmail.com

³ “1 hijo inesperado y 1 sofá. La vida con #josepvalent”.

