

eipea

*escoltant i pensant els autismes*

Revista número 2, mayo 2017



- 3** Editorial  
Equipo *eipea*
- 4** Saludo  
Llúcia Viloca
- 6** Artículos  
José Luís Pedreira. *Diagnosticando el (los) autismo(s): de lo experto a la ética*
- 14** M<sup>a</sup> Teresa Miró. *Psicofármacos y autismo: un encaje difícil*
- 18** Mònica Recio. *Los beneficios del proceso creativo en la terapia de niños con Trastorno del Espectro Autista*
- 30** Marta Rabadán y Joaquim Serrabona. *El abordaje psicomotriz en niños con autismo*
- 38** Experiencias  
Mónica de León. *La psicomotricidad de ayuda en el trabajo con niños con TEA*
- 42** Documental *Unes altres veus (Otras voces)*  
Iván Ruiz. *Hacer del trauma un objeto bello*  
Sílvia Cortés. *Hallazgo inesperado*  
Marc Barceló. *Perdido en el laberinto*
- 48** Asociaciones y centros  
Equipo *eipea*. *TEAdir: La acérrima reivindicación de la singularidad*
- 56** Reseña Biográfica  
Equipo *eipea*. *Hans Asperger*

- Revista digital de periodicidad semestral  
- ISSN 2462-6414

- Edición: Josep M<sup>a</sup> Brun Gasca, Susanna Olives Azcona y Núria Aixandri Rotger - Diseño de revista: Sonja Albertin Azcona  
- Imagen corporativa: Pau Brun Carrasco - Web: [www.eipea.cat](http://www.eipea.cat) - Contacto: [eipea@eipea.cat](mailto:eipea@eipea.cat)

- Obra de portada: Cinta Vidal - Título de la obra: "Together alone"

## Editorial

Estamos contentos de dirigirnos de nuevo a vosotros para presentaros este segundo número de la revista *eipea* y poder confirmar el objetivo de su periodicidad semestral. Queremos agradecer a todos los autores su respuesta positiva a nuestra demanda de colaboración y sus interesantes aportaciones: Cinta Vidal, Dra. Llúcia Viloca, Dr. José Luis Pedreira, Dra. Maria Teresa Miró, Mònica Recio, Marta Rabadán y Dr. Joaquim Serrabona, Mónica de León, Iván Ruiz, Sílvia Cortés y Marc Barceló (los tres presentándonos el documental *Unes altres veus*<sup>1</sup>) y las madres, padres y profesionales de las asociaciones TEAdir de Catalunya, Aragón y Euskadi.

Nuestro deseo para este ejemplar era hablar sobre todo de interés y de intereses. Dos palabras aparentemente separadas tan sólo por una cuestión de número, pero que tienen implicaciones profundas en el mundo relacional. Los niños con autismo, incluso aquellos más afectados, a menudo descritos como faltos de la capacidad de entender el mundo que les rodea, captan de manera inmediata y acertada si la persona que tienen delante *se interesa* en ellos o si, "simplemente", *tiene interés* en ellos.

Como apuntaba Anne Alvarez, puede ser que el niño con autismo no esté preparado para interesarse por los demás, pero sí lo está para interesarse por el interés de los demás hacia él. Y este interés, si es legítimo, significa querer

conocerlo sin ideas preconcebidas, sin el deseo de encuadrarlo en categorías preestablecidas ni de esperar en él ciertas conductas que se supone que tocarían. Como también diría Bion, "sin memoria ni deseo". Siendo capaces de dirigirnos a su unicidad, olvidando la tentación del confort de la uniformización.

Se nos dibujan, pues, aspectos relativos a actitudes, acercamientos, miradas, escuchas; pero, asimismo, cuestiones éticas, de derechos, de buenas o malas praxis que influyen en los abordajes y en su prescripción y que afectan a una población vulnerable a ciertos intereses, con frecuencia angustiada por encontrar soluciones mágicas a su sufrimiento.

De sufrimientos, de miradas globales, de calidez terapéutica, de esperanza en la mejoría, de la importancia de las relaciones cercanas nos habló Hans Asperger, una persona "que se interesaba por lo que le decían" y al que hemos querido dedicar la reseña biográfica de este número. Pero también, y les estamos especialmente agradecidos, nos hablaron de todo esto las madres y padres de las asociaciones TEAdir que visitamos en Barcelona, Zaragoza y Bilbao. Su ejemplo resume el espíritu que hemos querido dar a este número que a continuación os presentamos. ●

Josep M<sup>a</sup> Brun,  
Susanna Olives y Núria Aixandri

<sup>1</sup> *Otras voces*.



– Lluïcia Viloca i Novelles –

**Psiquiatra, psicoanalista (SEP-IPA). Fundadora del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Barcelona**

## Saludo<sup>1</sup>

Agradezco a los editores que me hayan ofrecido la posibilidad de escribir el saludo del segundo número de la revista *eipea* y también de llevar a cabo la presentación de ésta en el Colegio Oficial de Psicología de Catalunya el pasado día 17 de marzo.

Creo que es un acierto la iniciativa de publicar una revista on-line dedicada al Autismo-TEA en estos momentos en los que la prevalencia de los TEA es tan alta y a la vez cuestionada, como se expresa en uno de los artículos de este número. Y con el añadido de que el formato es muy estimulante al transmitir un aire abierto, multidisciplinario e interdisciplinario. Favoreciendo una comprensión global, emocional y relacional que ayuda a conectar con el sufrimiento y la comprensión del funcionamiento mental de las personas con TEA y sus familias, en todos aquellos lugares donde cotidianamente están y viven. Seguramente, todo ello influyó en el hecho de que el acto de presentación de la revista fuera un éxito; con una afluencia numerosa de público, que dio lugar a un debate muy interesante de diálogo e intercambio de experiencias, manifestándose mucha esperanza con la publicación de la revista. Tal como ya he mencionado, me parece muy interesante que la revista

posibilite la expresión de diferentes voces, desde ángulos diversos, como se da en este número: psiquiatras, reflexionando sobre la prevalencia, el diagnóstico con sus pros y contras, así como de las dificultades, limitaciones y necesidad de complementariedad con otros abordajes de las indicaciones de medicación; de los aspectos creativos de los autistas, arte-terapia, y de los abordajes sensoriomotores, psicomotricidad, y artísticos que son tan beneficiosos para estos niños.

Es entrañable y valiosa la aportación del trabajo puesto en marcha por las asociaciones de madres y padres y expresado de diversas maneras en este número, así como de los profesionales que han intervenido en la realización de estas iniciativas emprendidas por estas asociaciones y que les ha permitido conocer lo que realmente es una persona con TEA.

Al leer los artículos de la revista he experimentado sentimientos de libertad, coraje, empatía, rigor científico, honestidad, sinceridad y mucho compromiso.

También, al hacerlo, he revivido la fuerza que he sentido y que muchas personas con autismo y sus familias me han transmitido para seguir investigando y acoger el incomprensible dolor que viven y vivimos en tanto que profesionales comprometidos junto a ellos. ●

<sup>1</sup> Traducción realizada por Equipo *eipea* del original en catalán.

# DIAGNOSTICANDO EL (LOS) AUTISMO(S): DE LO EXPERTO A LA ÉTICA

– José Luis Pedreira Massa –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes. Máster en Calidad de Servicios Sanitarios. Profesor Tutor de UNED

## INTRODUCCIÓN



Periódicamente hay un trastorno o un grupo de trastornos mentales que pasan del más absoluto anonimato, cuando no marginación, a primera página de los periódicos y de las conversaciones. Al final todo el mundo sabe acerca de los trastornos en cuestión, dan lecciones, no importa cuán difícil sea la comprensión o el abordaje del trastorno: desde el “Dr. Internet” al “Dr. dicen que...” todo el mundo habla y se convierte en un “bla, bla, bla...” sin fin.

Pero esta situación se transmite a los profesionales. Ahora todos, sea cual sea su titulación, realizan los diagnósticos, por complejos que éstos sean. Todo el mundo, profesional o no, maneja el DSM de turno, lo hacen con el “Breviario” y se interpretan los criterios y las categorías según convenga. Esta situación no es una democratización del saber, sino una “populización”, me permiten el neologismo, de cosas, pero no del saber ni del conocimiento. Para que fuera una democratización deberían saber los límites y los significados de cada término y de cada concepto.

Diagnosticar por DSM podría estar bien, aprender por DSM es una opción, creer que se domina la ciencia por manejar el DSM es, cuanto menos, una osadía sino una aberración. El DSM es una tabla

diagnóstica de agrupamiento estadístico de los síntomas, pero no es un manual de psicopatología ni de clínica.

Últimamente están apareciendo trabajos en que los chicos pierden el diagnóstico de autismo, trabajos que nos dicen que 3-25% de los casos diagnosticados a los 2 años perdían el diagnóstico con posterioridad (Fein y cols (2012), Sutter y cols. (2007)).

Ante tanto desmán, a veces incommensurable, no queda más remedio que recurrir a los principios éticos del ejercicio profesional y de la deontología en la práctica clínica cotidiana. En muchas ocasiones, cuanto más claro creemos que tenemos una cuestión quizá sea porque no nos hemos hecho las preguntas suficientes.

## PRINCIPIOS GENERALES DE BIOÉTICA

Según autores como L. Beauchamp & James Childress (1994) y Diego Gracia (1994), se destacan cuatro principios básicos: 1) Principio de beneficencia: la acción terapéutica que se propone proporcionar beneficios suficientes que compensen los posibles riesgos que pudieran producirse o provocar. 2) Principio de autonomía: respetar la capacidad de tomar la decisión de las personas autónomas. 3) Principio de justicia: imparcialidad en la distribución de beneficios y riesgos. 4) Principio de no maleficencia: evitar que lo que se haga no cause más daño que el dejar la libre evolución o emplear un remedio ya conocido.

Los contenidos de cada uno de estos principios los sistematizamos de la siguiente forma:

1. Principio de beneficencia: consiste en no perjudicar más con la investigación o la técnica terapéutica que se propone al paciente que dejando la libre evolu-

ción de los procesos. La posibilidad de riesgo debe minimizarse, en proporción a los supuestos beneficios que se podían obtener. Hay que saber en la obtención de datos clínico-epidemiológicos que no se deben hacer estudios epidemiológicos si no existen recursos asistenciales para dar cobertura a los posibles casos detectados en ese estudio epidemiológico.

2. Principio de autonomía: consiste en la protección de los sujetos más vulnerables. Como instrumento se ha desarrollado el consentimiento informado, que no sólo es la firma de un documento, sino que se obtenga la adecuada comprensión adaptada al nivel cognitivo de aquél a quien se le solicita.

3. Principio de justicia: consiste en el equilibrio entre los beneficios que se pretenden obtener para el paciente y los efectos desagradables (colaterales y/o secundarios) que se pueden desencadenar. El gran caballo de batalla de este principio ético consiste en cuidar los posibles efectos iatrogénicos.

4. Principio de no maleficencia: consiste en mejorar lo ya existente como técnicas terapéuticas. Balancear lo ya existente, los beneficios de lo nuevo y que éstos sean mayores que los presumibles perjuicios en relación a lo ya existente. Este principio representa un compromiso del investigador para que los avances beneficien a los pacientes.

## ÉTICA EN LA PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA

En la atención psiquiátrica de la infancia y la adolescencia existe un conflicto de principios: Tender al bienestar superior del niño implica buscar el beneficio más amplio posible e intentar incluir al

adulto/cuidador de ese niño. El grado de cronicidad de las situaciones clínicas, nos obliga a señalar que quizá la responsabilidad sea no haber intervenido con anterioridad, pero no siempre acontece así. Es preciso especificar los beneficios posibles que van a derivarse de la intervención psiquiátrica y considerar la actitud de la pareja parental.

Un segundo punto a considerar en la ética de la asistencia psiquiátrica de la infancia está en la participación del sujeto infantil en la toma de decisiones, ya que se mantiene la autonomía del niño en la medida que se respeta su competencia para emitir juicio. Tener este punto en cuenta mejora la comunicación profesionales-familia, hace que los niños y adolescentes cooperen mejor en el tratamiento, mejora la sensación de autocontrol y el respeto del profesional hacia las aptitudes de la infancia y posibilitan oportunidades para su efectivo desarrollo social.

En cuanto a los problemas éticos del diagnóstico: La gran dificultad que entraña la necesidad de evaluar con multi-informantes (figuras parentales, profesores, médicos pediatras, compañeros), para inferir si señalan condiciones de la infancia o bien son señales del propio funcionamiento de esas instituciones; el impacto de las informaciones aportadas por figuras parentales, ya que suelen ser informaciones muy dominantes. Luego aparece la relación, siempre complicada, entre diagnóstico y “etiqueta” social y, por fin, el gran valor de la confidencialidad.

La importancia del diagnóstico radica en que, según sea éste, así se toman las decisiones clínicas en orden al abordaje. Por ejemplo, según el diagnóstico se permiten ingresos involuntarios en las unidades de agudos. Así mismo el diagnóstico determina la población que es subsidiaria de ser tratada y según ese diagnóstico se prescriben unas u otras medidas terapéuticas de forma precisa.

En ocasiones pueden acontecer diagnósticos erróneos, que desde la perspectiva ética pueden ser de dos tipos: intencionados, donde se producen daños a personas o para la integridad de la profesión y los errores no intencionados que

suelen ser sutiles e insidiosos y no son meras “equivocaciones”. En este último caso, se reconocen las limitaciones propias del proceso diagnóstico:

- Facilidad para equivocarse en el proceso diagnóstico: escasa o dudosa fiabilidad de las técnicas diagnósticas, sobre todo porque no existen muchos síntomas y signos patognomónicos, sino que la gran mayoría son inespecíficos.

- Inconsistencia y tendencia al cambio: la propia inespecificidad de los síntomas y signos clínicos les hace escasamente consistentes, pues además dependen de la gran mutabilidad que acontece en esos síntomas y signos según sea la etapa del desarrollo y la edad del pequeño paciente, pero también esta mutabilidad afecta a la evolución del propio cuadro clínico.

- Sesgos en la evaluación sintomática: uno de ellos se debe a la recogida de la clínica por parte del profesional, pero también hay que señalar el hecho de confundir forma de expresión sintomática de acuerdo a la edad del paciente con la reactividad propia de esa etapa del desarrollo. En otras ocasiones el sesgo proviene de la utilización de escalas o tests que, siendo solamente una prueba complementaria, sus resultados son considerados como un diagnóstico clínico, sin contemplar los falsos positivos (elevada sensibilidad en la detección) o los falsos negativos (especificidad de alto rango) a que da lugar su aplicación.

- Utilización de criterios subjetivos: dado que el profesional otorga un valor determinado a cada síntoma que detecta o le narran y le otorga un peso diagnóstico determinado, por ejemplo en la actualidad las rabietas infantiles pasarán a ser trastornos por rabietas, según el DSM-V, ¿cuál va a ser el dintel que lo señalen en una forma de expresión en la reacción ante los límites o a que sea este trastorno?

- Los sistemas diagnósticos categoriales pretenden minimizar el concepto de proceso patológico, confundiendo en

muchas situaciones síntoma con proceso, cual es el caso señalado en el punto precedente. Pero no lo consiguen totalmente y se debe conocer también las limitaciones de los instrumentos diagnósticos y estar dispuestos al cambio, ya que los criterios categoriales se hacen en base a la “S” de “statistical”, muy lejos del verdadero sentido del valor “clinical”.

La teoría nosológica, tan de moda en la actualidad, sobre todo con el nuevo DSM-V, hace que tengamos que señalar la necesidad de incluir la base social y cultural para la evaluación de un comportamiento, por lo que la aplicación de los sistemas de clasificación NO debe ni puede ser éticamente aplicado de una forma directa, amplia o estricta. No olvidar que estos sistemas categoriales son descriptivos y no teóricos, al menos así se presentan; la etiología de los procesos clínicos no es comunicable en términos científicos; los criterios categoriales están dirigidos a la fiabilidad, pero en el caso infantil esa fiabilidad queda versionada por las informaciones de las figuras parentales.

Tampoco se debe olvidar la tentación de utilizar el diagnóstico como solución para los problemas humanos, porque se utiliza como explicación, mitigación y exculpación de los resultados concretos, porque un diagnóstico tiene un efecto tranquilizador al realizar una transformación humanitaria de la inadaptación social en un proceso médico (delincuentes juveniles procesados por drogas y con diagnóstico de sociopatas, TLP, esquizofrenia...), pero también puede producir, de hecho produce, exclusión y deshumanización por el estigma del diagnóstico de un trastorno mental. El diagnóstico en ocasiones actúa como una hipótesis autoconfirmada que origina descrédito y castigo (“Ese tipo es...autista, deficiente, hiperactivo...”), originando verdadero reflejo de las tendencias sociales.

Para Water Reich (2001), en el campo del diagnóstico optar por una posición ética implica darse cuenta de las limitaciones que posee el proceso diagnóstico, ya que las teorías, perspectivas y escuelas psicopatológicas influyen y modelan la percepción psiquiátrica o psicológica del comportamiento. Existen “tentacio-

nes” que encierra el hecho de realizar el diagnóstico y que, por lo tanto, invitan a la utilización de estos mismos límites y empujan a realizar un diagnóstico. Se precisa una máxima atención por parte de los maestros y se debe realizar un esfuerzo por parte de los profesionales para no dejarse dominar por la tentación del diagnóstico, e incluso para darse cuenta que tal tentación existe.

La gran difusión en la utilización de los criterios categoriales de la serie DSM no nos deben hacer olvidar que no solo tienen criterios de inclusión diagnóstica, sino que también hay que conocer los criterios de exclusión: cuando un trastorno mental es debido a causa médica como responsable de alguno o todos los síntomas; cuando un trastorno mental generalizado incluye en síntomas definitorios o asociados los de un trastorno parcial y que, atendiendo a la disparidad, complejidad, dificultad o sutileza en los límites diagnósticos, debe primar la experiencia y juicio clínico sobre el criterio descriptivo de categoría (Manual DSM-IV, 1994, páginas introductorias 6; Manual DSM-IV-TR, 2002, intr.7). De igual forma no nos cansaremos en señalar, desde la perspectiva ética, las advertencias a la utilización de este tipo de sistemas de clasificación y de criterios categoriales porque los criterios son directrices y su utilización requiere un entrenamiento especial para la recopilación y la interpretación clínica; este tipo de sistemas suponen un consenso y no incluyen la totalidad de las situaciones clínicas posibles (no olvidar que el consenso de profesionales, según la psiquiatría basada en la evidencia, obtiene una calificación D ó E, que son los de menor peso científico) y, además, los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, **sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina** (Manual DSM-IV, 1994, páginas introductorias XXII; Manual DSM-IV-TR, 2002, uso XXXI).

**DIAGNOSTICANDO EL AUTISMO: TGD, TEA**

El Prof. Allen Frances, exdirector del Sistema DSM-IV y DSM-IV-TR, dimitió de dicho puesto y afirmó que “Creo que la psiquiatría americana ha perdido mucha

credibilidad porque el DSM se ha hecho muy mal”. Puntualiza diciendo que “Las pequeñas diferencias en las definiciones y cómo se aplican estas definiciones pueden dar como resultado tasas variables de los trastornos. Cada vez que hay un aumento muy rápido en un diagnóstico concreto significa que detrás hay una moda pasajera. Esto no significa que la gente esté más enferma. Las personas son iguales pero los hábitos diagnósticos son muy cambiantes...**No hay más autistas que los que había hace veinte años, pero está siendo diagnosticado cincuenta veces más frecuentemente porque los criterios cambiaron y se consiguen más servicios escolares con un diagnóstico de autismo**”.

Este papel de predominio de un sistema de clasificación ha resultado una trampa, pues pretendiendo clarificar y unificar el proceso diagnóstico de los trastornos mentales, lo que consigue es crear confusión con los límites de los procesos mentales, dando como resultado un listado, más o menos ordenado, de síntomas, pero con escasa relación entre sí para matizar diferencias sutiles. La consecuencia es la creación de un nuevo constructo: la “co-morbilidad”, que no aclara nada conceptualmente e incrementa la imprecisión diagnóstica.

En el caso de TGD/TEA debemos plantearnos si resulta correcta en castellano la terminología empleada. TGD en inglés es PDD: *Pervasive Developmental Disorder*. *Pervasive* en castellano se refiere a talar, profundizar, dirigirse al fondo, por lo que en castellano resulta más adecuada la traducción de DSM-III y DSM-III-R: Trastornos Profundos del Desarrollo, ya que en castellano TGD se puede confundir con el significado literal: trastorno que afecta al conjunto general del desarrollo, es decir, confundirse con la discapacidad intelectual. De hecho, el 80% de los diagnósticos de TGD se refieren a la categoría de “TGD no especificado”, pero la norma dice que esta categoría se debe utilizar solo en casos excepcionales y cuando no se cumpla otro criterio u otra categoría, por lo que nos queda preguntarnos: ¿es el 80% una excepcionalidad? Más bien es la gran generalidad, luego o falla el sistema de clasificación o fallan los cla-

sificadores (¿desconocimiento? ¿falta de formación? ¿iatrogenia?).

Algo parecido acontece con el concepto de “espectro” que en los sucesivos diccionarios en castellano (Diccionario de la RAE y María Moliner) nos remiten a *Aparición, Fantasma, Visión*: figura irreal generalmente horrible, que alguien ve en su imaginación, a veces como si fuera real. *Aparecido*: difunto que se aparece a los vivos; persona que ha llegado a un grado extremo de delgadez o decadencia física. *Física*: serie de las frecuencias de una radiación dispersada, que resultan en orden creciente. A la hora de consultar el Collins Cobuild (English Language Dictionary, 1987) nos aclara que espectro es banda matizada de los colores del iris, que resulta de la descomposición de la luz blanca a través de un prisma o de otro cuerpo refractor; distribución de la intensidad de una radiación en función de una magnitud característica (longitud de onda, energía, frecuencia, masa); opiniones, emociones, objetivos de rangos diferentes, especialmente cuando uno de los extremos del rango es considerado como opuesto a otro de los extremos. “Espectro”, por lo tanto, resulta ser un anglicismo que utilizamos con el significado de esta tercera acepción de la voz *spectrum* en el diccionario inglés. Es evidente que con esta variedad espectral no se puede ni se debe hablar de constructo científico, porque no responde a los principios generales para ser denominado así.

Con lo expresado con anterioridad, se hace referencia a la importancia de la terminología utilizada y al sumo cuidado que se debe tener en la traducción, que no debe ser una traducción literal que origina este tipo de confusiones, sino que debe realizarse una traducción más conceptual con la terminología utilizada en castellano que, en no pocas ocasiones, resulta ser más precisa.

Estos trastornos son una encrucijada diagnóstica y pronóstica. No es fácil hacer un diagnóstico de confirmación, pero sí que es más sencillo realizar un diagnóstico de exclusión. Es decir, resulta más sencillo diagnosticar lo que no es TGD y es más difícil afirmar lo que sí que es TGD, en el parámetro de los criterios diagnósticos y las categorías clínicas que

lo integran. Diagnosticar TGD no especificado, tal como se hace en la actualidad, no es científicamente aceptable porque es una categoría muy imprecisa y un cajón de sastre que ha pasado a ser un cajón desastre.

Un dato importante consiste en acercarnos a saber cuántos niños afectados existen, si en realidad ha aumentado la tasa y en cuánto lo ha hecho, o bien si es, tal y como afirma Allen Frances, un incremento ficticio basado en una modificación de los criterios diagnósticos y en la conducta diagnóstica de los profesionales. Para acercarnos a este dilema nos tenemos que basar en las publicaciones y en las revistas científicas, aceptando sus datos para, con posterioridad, realizar una lectura crítica de forma constructiva.

En cuanto a la prevalencia del diagnóstico, la figura 1 muestra el resultado en diversos países a lo largo del tiempo y se pueden extraer algunas consecuencias: 1) en primer lugar, que las tasas son muy variables, por lo que los criterios no resultan homogéneos y la fiabilidad de los datos disminuye; 2) donde más variabilidad ha existido es en los países europeos y en Norteamérica y, sobre todo, desde la década de los noventa que se ha incrementado de forma tan evidente que, cuanto menos, es sospechosa; 3) en los Países Escandinavos la evolución es interesante: aparece un incremento parejo a lo anteriormente citado, pero a partir del año 2000 hay una disminución muy importante, debido a una buena política epidemiológica y de reconceptualización; y algo parecido acontece en Australia, cuya tasa resulta sensiblemente inferior a las citadas con anterioridad, mientras en los países asiáticos permanece constante. Es decir, en Europa y Norteamérica la influencia del cambio de criterios diagnósticos resulta ser una razón de peso para comprender el supuesto incremento de la tasa, sobre todo por emplear de forma ambigua y amplia dichos criterios.

Figura 1



Fuente: F. Allen (2013)

**PROPUESTA DIAGNÓSTICA PARA TGD/TEA BASADA EN PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE CALIDAD**

Desde la perspectiva clínica es preciso ser muy rigurosos. En la Fig. 2 transmitimos

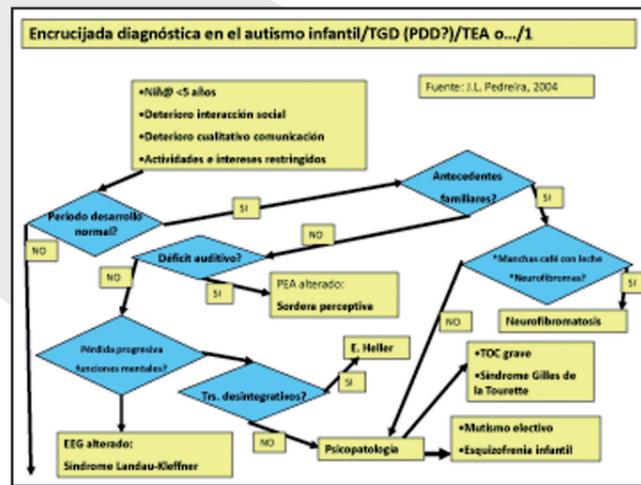
una visión de la complejidad de cuadros clínicos involucrados en este diagnóstico.

Para ser pragmáticos y ofertar, además de la crítica, una vía de salida basada en criterios científicos (Figs. 3 y 4).

Figura 2

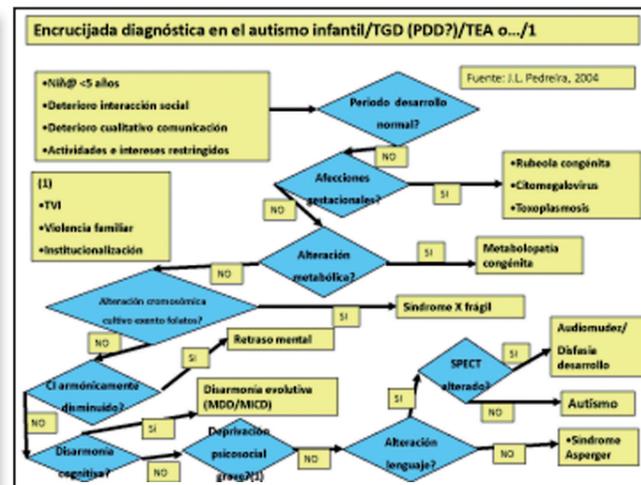


Figura 3



PEA=Potenciales Evocados Auditivos, E.= Enfermedad, TOC= Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trs.= Trastorno, EEG= Electroencefalograma

Figura 4



TVI= Trastorno del Vínculo en la Infancia, MDD=Multisystemic Developmental Disorder, MID=Multidimensional Impairment Disorder, CI= Cociente Intelectual

En la Fig.3 se sistematiza el recorrido para cuando ha existido un periodo, variable en su duración, de desarrollo normal en el sujeto, es decir, cuando el autismo es sintomático, un síntoma propio de los cuadros generales que se describen, es decir es un autismo-síntoma o expresión sintomática en el sentido que lo describió Bleuler. Mientras que en la Fig. 4 aparece el recorrido diagnóstico para cuando el trastorno adaptativo y de desarrollo ha acontecido desde las primeras etapas y no ha existido un periodo de desarrollo normal, sería el diagnóstico de autismo primario y dentro de él se encuadra el autismo como proceso autónomo más holístico para el desarrollo que describiera Kanner.

En este sentido Paul Offit afirma algo clarificador: "Síndrome de Rett, esclerosis tuberosa, síndrome X frágil y síndrome de Down en los niños pueden también tener clínica autística. Además, las reminiscencias clínicas del autismo son evidentes con retrasos profundos cognitivos; pero estas similitudes son superficiales, y sus mecanismos causales e influencias genéticas son diferentes a las del autismo clásico". Rotunda y precisa matización.

Éticamente, el diagnóstico diferencial debe realizarse:

**Cuadros genéticos:**

- Causa metabólica (fenilcetonuria, glucogenosis)
- Síndrome X frágil
- Cuadros congénitos:**
- Víricas (rubeola congénita, citomegalovirus)
- Afecciones infecciosas (toxoplasmosis)
- Causas neurológicas:**
- Neurofibromatosis
- Afecciones neurodegenerativas (Síndrome de Landau-Kleffner)
- Retraso mental o discapacidad intelectual**
- Déficits sensoriales:**
- Sordera perceptiva
- Trastornos del desarrollo del lenguaje:**
- Audismudez o disfasias del desarrollo
- Mutismo electivo precoz y severo
- Trastornos psiquiátricos:**
- Síndrome de Asperger
- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo (Heller, demencia infantil, enfermedad de Leonhard)
- Esquizofrenia infantil
- TOC
- Síndrome de Gilles de la Tourette
- Deprivación psicopsocial grave**
- TVI: trastorno del vínculo en la infancia, sea inhibido o desinhibido.

Cada uno de ellos tiene sus características clínicas específicas, aunque haya

una base de síntomas similares, tal como ha expresado Offit.

No debemos olvidar que TGD/TEA son cuadros inespecíficos y, en muchas ocasiones, ligados al propio proceso del desarrollo y con una base clínica común: la afectación grave del desarrollo general del sujeto tanto en el aprendizaje social como en el aspecto comunicativo y afectivo. Bien es cierto que existe un grupo de niños en quienes estas características son persistentes y se exacerbaban, llegando a dificultarles la vida sobremanera, pero no es menos cierto que en mucha menor cantidad de la que se pretende hacer creer.

Hacer un buen diagnóstico, de forma consistente y fiable, es muy necesario para realizar un correcto tratamiento y para evitar yatrogenia y, por lo tanto, la forma de realizar una correcta prevención cuaternaria.

La toma de decisiones en medicina se sustenta en un cálculo de probabilidades, en el que debemos considerar la probabilidad de enfermar, el grado de verosimilitud del diagnóstico y la incierta utilidad del tratamiento. El buen juicio clínico logra un equilibrio entre el riesgo que comporta toda intervención diagnóstica, preventiva y/o terapéutica y el beneficio esperable de dicha intervención en el paciente concreto, lo que

obliga a combinar ciencia y arte, pues no es fácil trabajar con la incertidumbre, coexistir con la yatrogenia ni admitir las limitaciones del conocimiento médico.

La medicina basada en la evidencia intenta resolver, de la mejor forma posible, la ecuación entre "lo deseable, lo posible y lo apropiado" en un entorno sembrado de incertidumbre, variabilidad en la práctica clínica, sobrecarga de información, aumento de demanda y limitación de recursos. Y porque "la infancia no es un problema psiquiátrico" es donde la contención debe adquirir un valor esencial en la ética médica. Porque más allá de la prevención primaria, secundaria y terciaria debemos tener en cuenta la prevención cuaternaria, que consiste en evitar el exceso de celo en intervenciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas que podrían realizar un efecto opuesto al buscado.

Nuestros niños, niñas y adolescentes esperan lo mejor de nuestra toma de decisiones clínicas como sanitarios, y lo mejor es, a veces, "nada" (explicar, tranquilizar, esperar y ver). Tan errores son los tipo 2 (aceptar una hipótesis falsa) como los tipo 1 (rechazar la hipótesis que es cierta), los de comisión (hacer de más) como los de omisión (hacer de menos). Ambos tipos de errores deberían evitarse a través de la toma de decisiones clínicas juiciosas, que hoy se encuentran muy sesgadas a favor del intervencionismo tecnológico y del etiquetado diagnóstico. El clínico puede sentirse tentado por la comodidad de los algoritmos o protocolos, por la corriente casi unánime del intervencionismo a ultranza y por los fantasmas de las reclamaciones judiciales para justificar de este modo una conducta agresiva respecto al proceso diagnóstico-terapéutico. El médico no puede ser espectador pasivo del sufrimiento del paciente, pero tampoco actor que empeore la evolución natural con su intervención.

Una cosa es presentar síntomas y otra cómo se realiza el agrupamiento de esos síntomas para establecer un diagnóstico, a este método se le denomina semiología y eso, precisamente, es lo que no se debe realizar en estos procesos de TGD/TEA en una gran mayoría de los casos.

Según lo realicemos así se obtendrán mejores resultados y nos acercaremos al mayor nivel de evidencias en los tratamientos.

Berrios nos plantea con gran acierto que "prácticamente nada se conoce sobre las causas de los trastornos mentales, la idea de que es posible crear sistemas de evaluación basados en etiologías especulativas es ridícula, peligrosa y poco ética. Dado que a lo largo de la historia todos los tratamientos propuestos en psiquiatría parecieron funcionar de acuerdo a la Ley de los Tercios de Black (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y un tercio no se recupera, dando un porcentaje no desdiable de recuperación del 66%, lo cual es lo que hoy en día se obtienen con los tratamientos psiquiátricos), y puesto que sabemos muy poco sobre la naturaleza y el rol del efecto placebo, es, por lo tanto, irresponsable ocultar todo esto por medio de meta-análisis y técnicas afines, las cuales tienen poca sensibilidad matemática para detectar diferencias en los niveles más bajos (ej.: al nivel de las personas que toman la medicación)".

Y continúa Berrios, "es también una perversión epistemológica para los psiquiatras porque se les pide que acepten la MBE sin otra evidencia que el chantaje moral sustentado por la proclama de que la matemática representa la forma más elevada de la ciencia y, por lo tanto, todo lo que sea "matemáticamente demostrable" triunfa sobre todo lo demás. Ningún defensor de la MBE ha explicado jamás porqué los ensayos clínicos a gran escala, diseñados para demostrar que la prescripción y la toma de decisiones basada en la MBE, es significativamente superior que la toma de decisiones basada en la sabiduría y la experiencia de los médicos. Es una perversión moral que, a los efectos de cuantificar, determinar los costos y manejar la "prescripción" – que debería ser considerada un componente menor de la relación médico-paciente-, la MBE necesita implementar una masiva cosificación de los contenidos de dicha relación, incluyendo las profundas negociaciones emocionales y la esquiva respuesta placebo intersubjetiva".

**A MODO DE CONCLUSIONES**

Puesto que "el ejercicio de la medicina permanecerá para siempre como un arte imperfecto, una industria defensiva ha nacido para "proteger" a los médicos de la venta de bienes defectuosos y esto ha incrementado el ya alto presupuesto sanitario. La MBE crece con fuerzas en este contexto ya que vende "evidencia" a los abogados, tanto de los vendedores como de los compradores de salud. En el medio de este hambriento frenesí, donde todos quieren hacer una "diferencia monetaria honesta", la vieja relación médico-paciente y el viejo paciente sufriendo desaparecieron para siempre. Esto es lo verdaderamente equivocado con la MBE" (Berrios, 2010).

Para evitar la yatrogenia precisamos tener claro los criterios de nuestra intervención y A. Frances nos recomienda realizar una buena comprensión diagnóstica de nuestros pacientes, más aún en los casos de autismos:

- 1) Cuanto menos grave es la presentación del caso, más difícil es de diagnosticar. No hay una línea que separe claramente la frontera entre lo normal y lo patológico de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Los problemas más moderados a menudo se resuelven espontáneamente, sin necesidad de diagnóstico ni tratamiento.
- 2) Cuando tengamos dudas, es más ético, más seguro y más acertado infra-diagnosticar. Ya que resulta más fácil incrementar la gravedad del diagnóstico que rebajar la gravedad de un diagnóstico ya realizado.
- 3) Los niños y adolescentes son especialmente difíciles de diagnosticar. Su historial vital es breve, tienen diferentes niveles de maduración, pueden consumir sustancias de abuso de forma clandestina, y son muy reactivos a estresores familiares y ambientales. El diagnóstico inicial, probablemente, será inestable e inapropiado.
- 4) Cuando los síntomas psiquiátricos están causados por enfermedades médicas y neurológicas y hay propensión a

los efectos secundarios, interacciones y sobredosis de los medicamentos, caso de niños y adolescentes, la evaluación clínica se dificulta sobremanera.

5) Hay que tomarse el tiempo que sea necesario para la evaluación y para el tratamiento. Lleva tiempo efectuar el diagnóstico correcto, por lo tanto hay que dedicar el tiempo adecuado para cada entrevista y repetir las entrevistas a lo largo del tiempo para ver cómo las cosas van evolucionando. Excepto en presentaciones “clásicas”, un diagnóstico rápido es, frecuentemente, un diagnóstico incorrecto.

6) Se debe obtener toda la información que se pueda. Nunca una sola fuente de información es completa. La triangulación de los datos de múltiples fuentes de información o multi-informantes lleva a un diagnóstico más confiable.

7) Considerar los diagnósticos previos, pero no hay que creerlos ciegamente. Los diagnósticos incorrectos tienen una vida media extensa y una desafortunada capacidad de permanencia, simplemente por repetición. Siempre se debe realizar la evaluación propia detenida y cuidadosa del curso longitudinal completo del sujeto.

8) Revisar constantemente el diagnóstico. Es especialmente necesario cuando alguien no se está beneficiando del tratamiento basado en ese diagnóstico que se ha realizado. Los clínicos pueden tener “visión de túnel” una vez que han fijado un diagnóstico, creyéndolo ciegamente y permaneciendo inmunes a toda información contradictoria al mismo.

9) Hipócrates nos dijo que conocer al paciente es tan importante como conocer la enfermedad. No nos debemos enredar tanto en los detalles de los síntomas como para perdernos el contexto en el que acontecen esos síntomas.

10) “Cuando se oye ruido de cascos, se piensa en el galope de caballos, no en el de cebras”. Quiere decir: cuando tengas duda, elige lo más probable. Los

diagnósticos exóticos o los diagnósticos a la moda, pueden ser atractivos, pero casi nunca se ven en la clínica. Debemos quedarnos con los más comunes. El Prof. F. Querol de la Universidad de Salamanca nos decía: “Lo más corriente es lo más frecuente”.

11) Un diagnóstico acertado puede acarrear grandes beneficios, pero un diagnóstico inapropiado puede ser desastroso para el niño y para la familia.

12) No debemos olvidar lo que nos recomienda Hipócrates: “*Primum non nocere*” o, lo que es lo mismo, ante todo no dañar. ●

## BIBLIOGRAFÍA

**Allen, F.** (2013). *Saving normal*. New York: William Morrow-Harper Collins Publishers.

**APA** (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.

**APA** (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2000.

**Arboleda-Florez, J. y Weiss Tub, D.N.** (1997). *Ethical Research with the Mentally Disordered*. *Can. J. Psychiatry*, 42, 485-91.

**Atienza, M.** (1996). *Justificar la bioética: bioética, derecho y razón práctica*. *Claves*, 61, 2-15.

**Backlar, P.** (1997). Ethics in Community Mental Health Care: Anticipatory planning Psychiatric Treatment is not quite the same as Planning for end-of-life Care. *Community Mental Health Journal*, 33, 261-68.

**Bachelard, G.** (1981). *El nuevo espíritu científico*. México: Nueva Imagen.

**Bachelard, G.** (1985). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.

**Berrios, G.** (2010). Acerca de la (inquieta) medicina basada en la evidencia. En <http://www.psicoevidencias.es>

**Bloomberg, J. y cols.** (1992). Ethical dilemmas in Child and Adolescent Consul-

tation Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 557-561.

**Blue, I. y Harpham, T.** (1998). Investing in Mental Health Research and development. *Br. J. Psychiatr.*, 172, 294-5.

**Bohórquez Ballesteros, D. M., Alonso Peña, J.R., Canal Bedia, R., Martín Cilleros, M<sup>a</sup> V., García Primo, P., Guisuraga Fernández, Z., Martínez Conejo, A., Herráez García, M<sup>a</sup> M. y Herráez García, L.** (2008). *Un niño con autismo en la familia. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija*. Salamanca: Publicaciones del INICO.

**Cawley, R.H.** (1993). Psychiatry is more than a Science. *British J. Psychiatry*, 162, 154-160.

**Cenzano, A.** (1996). La bioética y su estética. *Previsión* 117, 28-30.

**Cohen, R.L.** (1992) Child and Adolescent Psychiatry: Mid-course corrections. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 1-5.

**Collins Cobuild** (1987): *English Language Dictionary* Oxford: Oxford University Press.

**Eaton Hoagwood, K. y Cavaleri, M.A.** (2010) Ethical issues in child and adolescent psychosocial treatment research. A Weisz, J.R. y Kazdin, A. (Editores). *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.

**Fein, D. et al.** (2012). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. En <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12037>.

**Gaughwin, P.C.** (1998). Ethics, duty of care and Forensic Psychiatric assessment: A legal perspective. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 32, 722-7.

**Gonzalez de Rivera, J.L.** (1996). *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. *Psiquis*, 17, 15-32.

**Gracia, D.** (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.

**Gracia, D.** (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema Universidad.

**Gracia, D.** (1994). Ciencia y ética. En VV.AA.: *Humanismo y ciencia*. La Coruña: Paideia.

**Graham, Ph.** (1984). Ethics and Child Psychiatry. A Bloch, S. y Chodoff, P. (Editores). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 235-253.

**Jamoulle, M.** (1986). *Information et informatisation en médecine générale, Les informa-g-iciens* 193-209, Brusel-les: Presses Universitaires de Namur.

**Martínez González C., Riaño Galán I., Sánchez Jacob M. y González de Dios J.** (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *A An Pediatr*, 81, 396.e1-396.e8.

**Messerschmitt, P. y Chadeville-Prigent, M.** (1992). *Ethique en Psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF.

**Moliner, M.** (2010). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.

**Munir, K. y Earls, F.** (1992). Ethical Principles governing research in child and Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 408-414.

**Ortiz Lobo A. y Ibañez Rojo V.** (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 513-523.

**Pedreira, J.L.** (1998). Bioética en las investigaciones en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. *Anales de Psiquiatría*.

**Pedreira, J.L.** (2003). Diagnóstico diferencial del autismo infantil. En J. Tomás i Vilaltella (Editores). *El spectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Barcelona: Laertes, 135-48.

**Pedreira, J.L.** (2009). Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y psicosis. En Palomo, T., Jiménez Arriero, M.A., Fernández Liria, A., Gómez Beneyto, V. y Vallejo, J. (Editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE, 567-592.

**Pedreira, J.L.** (2010). *Habilidades de comunicación en la consulta pediátrica. Los temas de todos los días*. Madrid: Enfoque Editorial, 47-51.

**Pedreira, J.L.** (2012). Prevención cuaternaria e iatrogenia. A Hidalgo, A. i Martín, L.P. (Editores). *Salud Pública, dependencia y Trabajo social*. Madrid: Académica-UNED, 63-64.

**Pedreira Massa, J.L. y González de Dios, J.** (2017). Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Evaluación diagnóstica e intervención para Pediatras de Atención Primaria con criterios de evidencia científica. *Revista de Pediatría de Atención Primaria* (en prensa).

**Posada de la Paz, M.** (2009). La evaluación de las intervenciones en los Trastornos del Espectro del Autismo. *Evidencias en Pediatría*, vol. 5 Número 2.

**RAE** (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: RAE.

**Rusell, B.** (1961). *Science and Ethics, Religion and Science*. New York: Oxford University Press, 223-243.

**Stagno, S.J. y Agich, G.** (1997). Consent in patients with mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 423-26.

**Sutera, S., Pandey, J., Esser, E., Rosenthal, M., Wilson, L., Barton, M. y Fein, D.** (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 98-107.

**Pedreira, J.L.** (1983). Office of the Secretary: Children involved as Subjects in Research: Additional Protections. Federal Register, 46, 9814-9820.

**Weiss-Roberts, L.** (1998). The Ethical Basis of Psychiatric Research: Conceptual Issues and Empirical Finding. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 99-110.

**Weiss Tub, D.N. y Arboleda-Florez, J.** (1997). Ethical Research with the Developmentally Disabled. *Can. J. Psychiatry*, 42, 492-96.

**White, R.** (1992). Confidentiality and privilege: Child abuse and Child abduction. *Child Abuse Review*, 1, 60-64.

**Wing, J.** (1984). Ethics and Psychiatric Research. En Bloch, S. i Chodoff, P. (Editors). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 277-294.

**Wirshing, D.A., Wirshing, W.C. Marder, S.R., Liberman, R.P. y Mindtz, J.** (1998). Informed Consent: Assessment and Comprehension. *Am. J. Psychiatry*, 155, 1508-11.

# PSICOFÁRMACOS Y AUTISMO: UN ENCAJE DIFÍCIL<sup>1</sup>

– M<sup>a</sup> Teresa Miró i Coll –

Psiquiatra. Psicoanalista (SEP-IPA).  
Profesora titular de la Universitat  
de Barcelona. CSMIJ Gràcia,  
Barcelona (FETB)

## INTRODUCCIÓN



El uso de los psicofármacos en la infancia está sometido a una cierta polémica, no sólo basada en la discusión sobre su utilización, sino también sobre los efectos

esperados y los efectos no deseables, la preocupación respecto a una posible afectación del desarrollo del niño y de qué forma, entre otros.

En el año 1986 escribí, conjuntamente con Mercè Mitjavila, un artículo sobre la medicalización del desarrollo infantil en el que ya mostrábamos nuestra preocupación por la creciente aplicación del modelo médico, no siempre adecuado al objeto que pretendemos estudiar en la psicología y la clínica psicopatológica infantil.

Algunas familias, al consultar, habituadas a los códigos de conducta en el mundo médico, ya aplican unas expectativas que siguen el esquema: síntoma = enfermedad = aplicación de un tratamiento, con frecuencia farmacológico, encaminado a la supresión del síntoma. Éste, que es un método propio de la medicina, no es aplicable a la psicología. Decíamos en el artículo mencionado que, en el momento en que aparece un obstáculo que dificulta o trastorna la relación del individuo con el entorno, la medicalización de la evolución con frecuencia acaba siendo una intrusión. Entendemos, entonces, que en nuestro campo de tra-

bajo el síntoma debiera ser evaluado en un contexto global que incluya la consideración del desarrollo propio del niño y la influencia del entorno. Y, en cualquier caso, considerar si el objeto de estudio es el síntoma o creemos que lo es la organización mental que promueve y está en la base del síntoma.

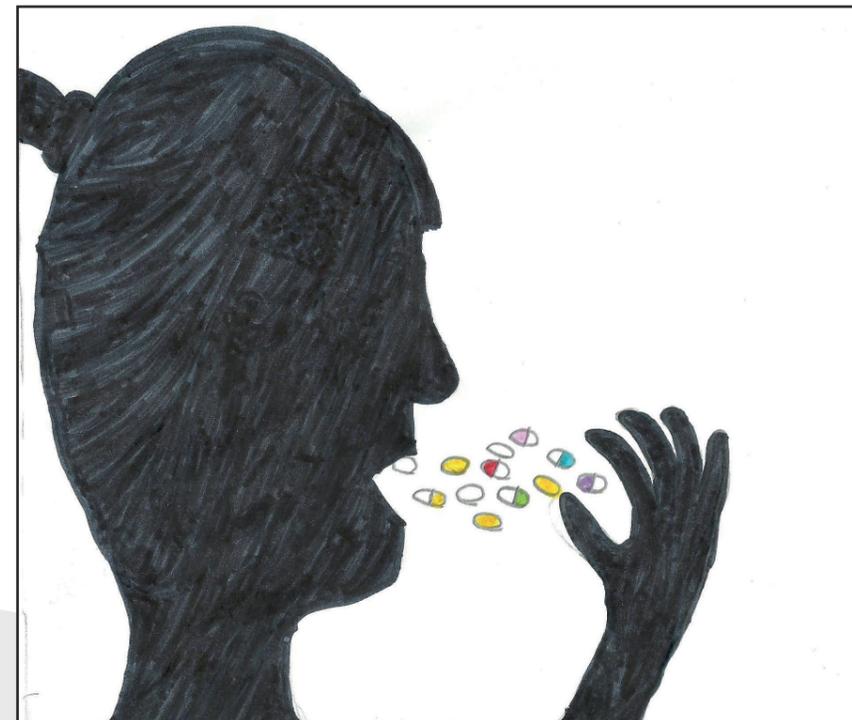
Cuando podemos abandonar la posición encarada a focalizar en la fenomenología y adoptamos una actitud reflexiva, podemos dirigir nuestra atención a la totalidad de las diferentes formas en que un objeto o una experiencia son percibidos por el sujeto y podemos darnos cuenta de que en toda experiencia real recibimos más inputs de los que aparentemente nos parece. Ello fue formulado por Goethe cuando dijo: “La experiencia es sólo la mitad de la experiencia” (citado por Otto Dörr, 1996), significando que experimentamos no sólo lo que nuestra consciencia registra -sería simplemente la mitad de la experiencia- sino, a la vez, otras impresiones y emociones que tienen mucho valor como experiencias vitales y también como datos para evaluar el estado mental de nuestros pacientes. Con ello quiero decir, que el síntoma con frecuencia es la parte visible de un conflicto, la primera que nos llega. Pero, por debajo de éste, podemos encontrar muchos elementos experienciales sin registrar de manera consciente que, sin embargo, se mantienen activos, que acompañan a la vida y dan sentido a la conducta y al síntoma. Atender sólo al síntoma como única señal, intervenir sobre él para suprimirlo, nos hace perder la gran riqueza del psiquismo humano al mismo tiempo que entendemos que eliminar un síntoma o una conducta no representa la resolución de la causa que lo provoca, que es el conflicto psíquico subyacente. Este razonamiento está relacionado con lo que diré después sobre el

diagnóstico estructural.

Moncrieff (2013) hace una revisión personal y crítica de la utilización de los psicofármacos y explica que el modelo centrado en el fármaco, que pone el énfasis en la prescripción de psicofármacos, nos plantea siempre un delicado equilibrio en el que participan beneficios y prejuicios. Comenta que los efectos útiles de estos fármacos forman parte de un “estado inducido” por el medicamento, como un estado de intoxicación. La cuestión es plantearnos en cada caso si los utilizamos porque es preferible este estado al sufrimiento debido al trastorno que sufre nuestro paciente. Pienso que ésta es nuestra finalidad cuando afrontamos una posible prescripción farmacológica, poder conseguir una mejor calidad de vida y que el balance sea a favor de la reducción del sufrimiento y de la mejora de las dinámicas. La postura que defiendo aquí no consistiría en renunciar al uso de los psicofármacos -que han evitado mucho sufrimiento a los pacientes y a sus familias y que han hecho tolerable la vida a mucha gente-, sino en que su uso se enmarque en una estrategia terapéutica global en la que participen diferentes elementos en un tratamiento combinado, en el que el fármaco y la psicoterapia del niño y de la familia, etc., se vayan trenzando, entretejiendo y potenciando mutuamente. Que el psicofármaco, disminuyendo las ansiedades, permita que el niño progrese en su proceso de separación / individuación y que el trabajo psicoterapéutico, en estas condiciones, pueda llevarse a cabo y sea más efectivo.

## LOS PSICOFÁRMACOS EN LOS CASOS DE TEA

Como señalan Vaimberg y Viloca (en González et al., 2014) citando a Kaplan y McCracken (2012), no tenemos evidencia científica respecto a los tratamientos



“Entendemos que eliminar un síntoma o una conducta no representa la resolución de la causa que lo provoca, que es el conflicto psíquico subyacente.”

farmacológicos específicos para tratar los déficits principales de los TEA. No obstante, sí que la tenemos sobre el uso de fármacos en el tratamiento de sintomatología comórbida en los TEA. Estaríamos hablando, pues, de conductas agresivas, irritabilidad, hiperactividad, conductas repetitivas y autolesivas y/o clínica de carácter obsesivo. Su valor y utilidad radican en que el psicofármaco, actuando sobre estos síntomas, disminuyéndolos, facilita la adaptación de estos niños y adolescentes y, a la vez, puede modificar la respuesta del entorno, disminuyendo círculos viciosos. Por último, también puede posibilitar abordajes psicoterapéuticos (Gabbard, 2016) y psicoeducativos. Estas reflexiones no son sólo aplicables a niños con TEA, sino también a otras situaciones psicopatológicas en las cuales el psicofármaco esté indicado.

En cualquiera de estos casos, la prescripción de un psicofármaco por parte del/de la psiquiatra ha de estar ligada no sólo al necesario conocimiento de los fármacos disponibles, sino que, en mi opinión, es imprescindible el establecimiento de un diagnóstico ya no digamos

fenomenológico, sino también y, sobre todo, un diagnóstico de la organización estructural del paciente. No es necesario que recordemos la importancia de considerar el entorno familiar (comprensión del diagnóstico, acuerdo y aceptación de la prescripción, sin los cuales ésta no sería posible) y del entorno escolar. Cuando hablo de diagnóstico estructural o de estructura psíquica, me estoy refiriendo a un concepto basado en la comprensión psicoanalítica de la organización de la personalidad del paciente. Trata de definir una organización que se va formando desde el inicio de la vida en total interacción entre las características del niño y la influencia de las relaciones significativas en su vida. A medida que se va formando, constituye un conjunto de ansiedades, defensas y relaciones de objeto organizadas entre sí de manera singular para cada individuo y que tiene la característica de establecer pautas de continuidad y permanencia que hace que no se tenga que crear de novo una respuesta cuando el individuo se enfrenta a situaciones vitales parecidas, sino que responda de manera similar cada vez que se presenta una

experiencia también similar (Schwartz, 1981; Miró, 1995). A lo largo de la infancia, de lo que podemos hablar es de estructuras mentales en formación. A su conocimiento podemos acceder mediante herramientas indirectas y proyectivas de diagnóstico, como la observación del juego, el dibujo y otras pruebas establecidas como proyectivas. Nos proporcionan un valioso conocimiento sobre el funcionamiento psíquico, de forma que lo podríamos comparar con la información que nos puede dar el desplegar un mapa sobre la mesa, metáfora del mapa de la estructura y la organización mental.

Según Díaz-Atienza y cols. (2004) y Kaplan y McCracken (2012), los psicofármacos más usados en el tratamiento de niños con TEA son, por orden de frecuencia: neurolépticos, psicoestimulantes, ansiolíticos, anticonvulsivantes y, en menor medida, antidepresivos. En estos estudios, las indicaciones de psicofármacos más frecuentes fueron en casos de trastornos de conducta y trastornos cursando con falta de atención e hiperactividad. Como ya hemos dicho, los psicofármacos se utilizan preferentemente para tratar sintomatología comórbida con la intención de facilitar las relaciones del niño, disminuyendo conductas disruptivas que pueden complicarle las relaciones con los demás y con el objetivo de beneficiar al paciente en su crecimiento.

Tengamos en cuenta que estamos hablando de una población vulnerable, con un diagnóstico que engloba características psicopatológicas comunes, pero también con otras muy heterogéneas. En función de ello, evaluar la indicación y la eficacia de un psicofármaco se convierte en una tarea que se debe realizar de forma personalizada en cada caso y en función de su estructura, de las características diferenciales, de la estructura y de la respuesta al tratamiento.

## A continuación, revisaremos brevemente los psicofármacos más utilizados:

### NEUROLÉPTICOS:

Son fármacos asociados al tratamiento de la psicosis. También conocidos como “antipsicóticos”, aunque Moncrieff (2013) evita utilizar este término por con-

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo eipea del original en catalán.

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

**PSICOESTIMULANTES:**

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

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

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

La *atomoxetina* es otro fármaco aprobado por la FDA<sup>2</sup> que se indica en el tratamiento de los síntomas del TDAH. No hemos encontrado estudios consistentes en estos casos.

**ANTIDEPRESIVOS:**

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

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

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

**ANTICONVULSIVANTES:**

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

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

**Para finalizar, destacaría unos puntos principales como resumen:**

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

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

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

**BIBLIOGRAFÍA**

Díaz Atienza, F., García Pablos, C., Martín Romera, A., y Mercado Sabalote, E. (2004). Patrón de uso de psicofármacos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 4-1 i 1-9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

# LOS BENEFICIOS DEL PROCESO CREATIVO EN LA TERAPIA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA<sup>1</sup>

– Mònica Recio Crespo –

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

## PROCESO CREATIVO Y TEA



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

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

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

## ¿QUÉ ES LA CREATIVIDAD?

El interés por el arte y por la creación está

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

Héctor Fiorini<sup>2</sup>, psiquiatra y psicoanalista, ha tenido mucho interés en el estudio de los procesos psíquicos implicados en la creatividad artística. En su libro *El psiquismo creador*, nos dice que crear es transformar lo posible en actual, es decir, permitir bucear en aquello que todavía no está constituido, lo desconocido e inexistente, para encontrar una forma que lo pueda convertir en real y actual. Explica que quien crea plantea un conflicto entre la realidad externa y la interna, lo que implica una diferenciación y una consciencia del yo; nadie crea de la nada sino a partir de un mundo. Se parte de esta realidad para aventurarse en un estado de despersonalización y desidentificación que muchos artistas describen como un vacío, un abismo, para resurgir con una nueva creación, con un nuevo sentido, que ha tenido que transgredir el orden dado.

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

Bien, si entendemos la creatividad como un proceso no exclusivamente vinculado al arte, nos podemos acercar a definiciones como la de Alonso Monreal<sup>3</sup>

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

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

## PSICOTERAPIA: UNA EXPERIENCIA ARTÍSTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## EL ACCESO A LA SIMBOLIZACIÓN A TRAVÉS DE LA CREACIÓN

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

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

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

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

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

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

## NIVELES DE UTILIDAD DEL ARTETERAPIA EN LOS NIÑOS CON TEA

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

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

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

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo eipea del original en catalán..

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

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

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

rapias es lo que Shaverien<sup>5</sup> denomina el “triángulo terapéutico”, donde en cada vértice encontramos paciente, obra y terapeuta y donde los lados del triángulo son flechas bidireccionales que indican o representan que los tres elementos del triángulo están interconectados y donde se dan transferencias y contrartransferencias.

**Ejemplificaré este hecho:**

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

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

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

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

**1. Nivel sensorial**

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

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

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

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

Biederman y Vessel<sup>6</sup> (2007) proponen unos circuitos cerebrales implicados en el placer perceptivo. Aseguran que los seres humanos son infodevoradores, nos encanta conocer cosas, la adquisición de información no es una costumbre sino una necesidad y un placer. La absorción de información se relaciona con la actividad de los sistemas cerebrales de recompensa y circuitos de placer perceptivo. Lewis y col. descubrieron que la densidad de receptores “mu” (implicados en la anestesia y efectos psicoactivos de los opioides) era especialmente alta en las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la información. Su densidad aumenta en el área visual ventral que interviene en el reconocimiento de formas y escenas. La habituación sensorial desactiva los receptores, por tanto, la búsqueda de nuevos estímulos visuales se da para mantener el placer.

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

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

Siguiendo el esquema psicopedagógico de la Dra. Júlia Coromines<sup>8</sup>, podemos ir integrando las sensaciones con las

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

Según Streri<sup>9</sup> (1990), un objeto no puede ser percibido como exterior a uno mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales. En el arteterapia, podemos estimular la percepción de los objetos de forma multimodal, favoreciendo el reconocimiento global de éstos y ayudando a la integración de las percepciones que entran por vías diferentes.

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

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

**2. Nivel motriz**

Con frecuencia, los niños con TEA tienen dificultades motrices asociadas; de hecho, las dificultades motrices son uno de los signos de alarma en los primeros meses de vida (Mestres y Busquets, 2016<sup>10</sup>).

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

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

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

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

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

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

entra en relación con el objeto y obedece a la intencionalidad del sujeto, según Coromines<sup>11</sup>, el uso de la mano es una renuncia a la omnipotencia<sup>12</sup>, es decir, es aceptar que he de moverme hacia el exterior para conseguir lo que necesito. Las manos de los niños con TEA acostumbran a tener un tono poco adecuado, pueden ser manos blandas, poco útiles, que tocan poco o manos demasiado tensas que no permiten trabajar bien (Morral, 2016)<sup>13</sup>. Ayudar a tomar consciencia de las manos y que puedan ser más flexibles, será un trabajo capital.

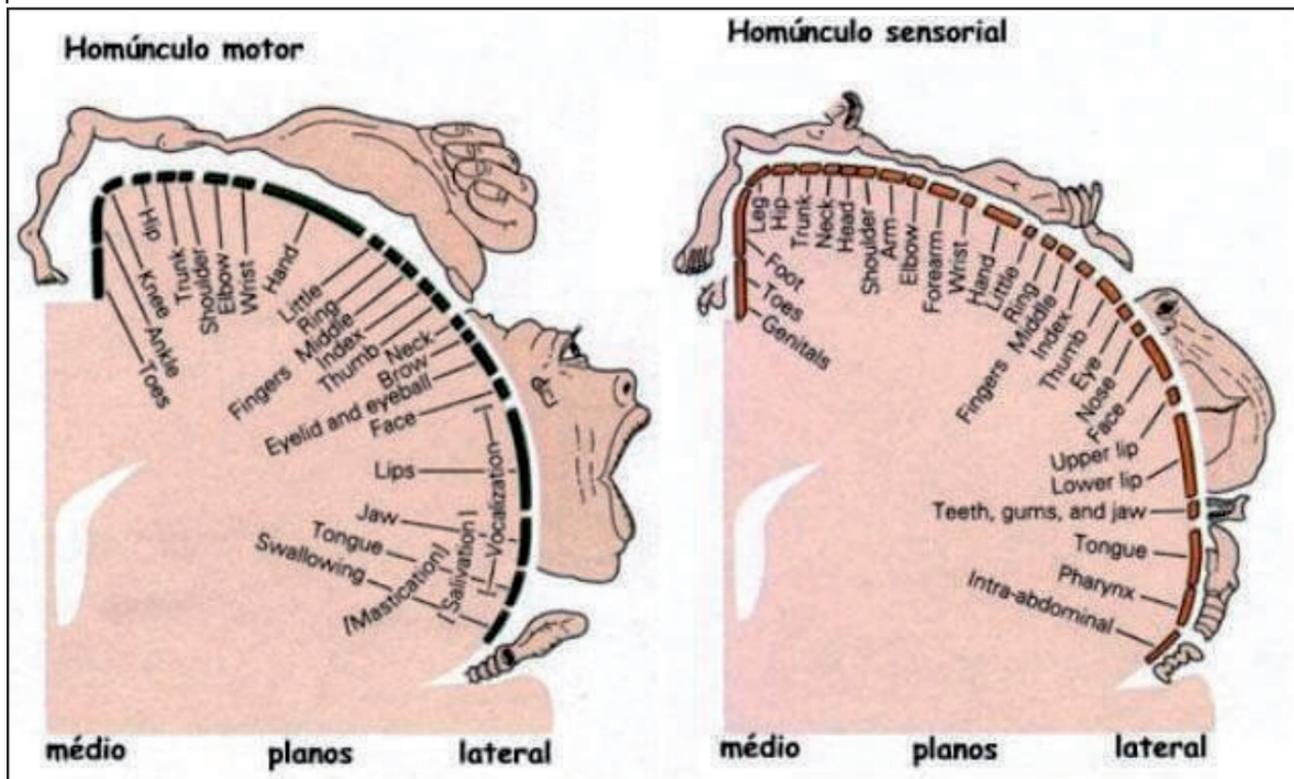
Con el arteterapia podemos hacer juegos de apretar y soltar, de fuerte-suave, utilizaremos materiales blandos y duros, necesitaremos manos activas y fuertes o, todo lo contrario, manos delicadas. De la misma manera, trabajaremos de forma lúdica la presión del lápiz, del pincel, de los rotuladores...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

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

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

<sup>5</sup> Shaverien, J. (1991) *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.  
<sup>6</sup> Citados a Gándara, J. de la (2008). “Psico-neuro-biología de la creatividad artística”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>  
<sup>7</sup> Ídem.  
<sup>8</sup> Coromines, J. (1991). *Picopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espax..

<sup>9</sup> Streri, A. (1990). *Relations between vision and touch. Perception and motor activity*. A Bloch, H. Bertenthal, B. I. (Eds.) *Sensory-Motor Organizations and Development in Infancy and Early Childhood*, pp. 337-344. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Arlette\\_Streri/publications/3](https://www.researchgate.net/profile/Arlette_Streri/publications/3)  
<sup>10</sup> 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.  
<sup>11</sup> Coromines, J. (1984). Oraltzació i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 1, nº1, pp. 49-74.  
<sup>12</sup> Coromines, J. (1984). ídem.  
<sup>13</sup> Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre líneas*. Vol. 38, pp. 23-30.



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

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

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

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

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

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

### 3. Nivel cognitivo y emocional

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

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

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

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

Si pensamos en las características del funcionamiento cerebral de los niños con TEA podemos ver cómo, justamente, fallan en muchos de los aspectos necesarios para la creatividad. Algunas de las características cerebrales en los niños afectados de TEA, según estudios realizados<sup>16</sup>, demuestran que hay un mayor volumen cerebral y de sustancia blanca, que está formada principalmente por axones neuronales, que están cubiertos de mielina, y que esta masa blanca protege las fibras nerviosas, mejora la velo-

cidad y transmisión de las señales eléctricas nerviosas.

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

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

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

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

Considerando lo anteriormente citado sobre los objetos transicionales de Winnicott, encontramos una aportación cercana en Víctor Guerra<sup>17</sup>, que nos habla de objetos tutores, que no son objetos transicionales propiamente, pero que describe como objetos que se han inves-

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

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

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

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

### Un caso clínico:

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

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

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

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

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

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

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

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



Foto 1

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

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

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

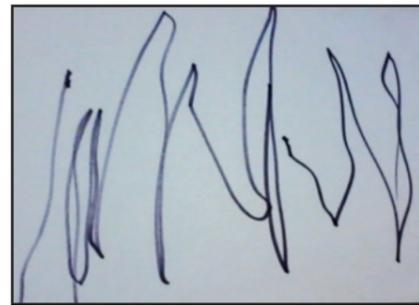


Foto 2

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

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

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



Foto 3

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

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

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

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

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

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



Foto 4

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

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



Foto 5

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

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

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



Foto 6

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

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

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



Foto 7

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

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

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

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

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

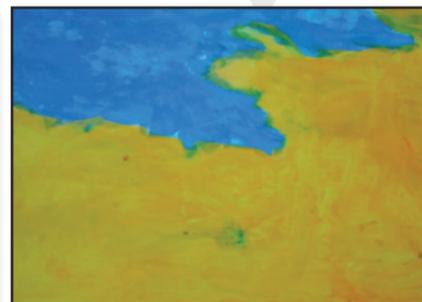


Foto 8

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



Foto 9

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

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

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

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

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

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

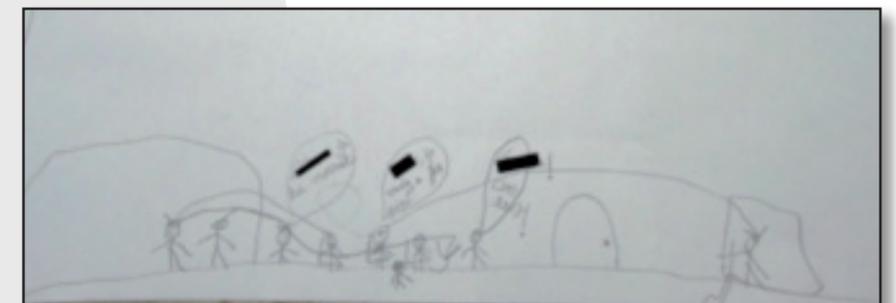


Foto 10

**BIBLIOGRAFÍA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## EL ABORDAJE PSICOMOTRIZ EN NIÑOS CON AUTISMO

– Marta Rabadán Martínez –

Psicóloga clínica y psicomotricista.

– Joaquim Serrabona Mas –

Doctor en Psicología. Profesor en la Universidad Ramón Llull de Barcelona. Psicólogo clínico, psicomotricista y terapeuta familiar del *Espai de Psicologia i Psicomotricitat Luden*.

### INTRODUCCIÓN



Este artículo es un intento de exponer las posibilidades que un abordaje psicomotriz ofrece en los ámbitos de la salud, educación y socio-comunitario, especialmente en la ayuda de niños/as con dificultades en su desarrollo, concretamente en niños con TEA. Aunque la psicomotricidad

como disciplina ya es mayor de edad, muchos profesionales de los ámbitos citados desconocen o tienen un conocimiento limitado de lo que es y puede aportar la psicomotricidad, desde un enfoque integrador y holístico, en el proceso de desarrollo humano, especialmente en etapas infantiles ya que utiliza vías motivadoras, comprensibles y ajustadas al universo infantil, como son las sensaciones, movimientos y juegos así como las estrategias de ayuda para favorecer el acceso al mundo simbólico y representativo.

El artículo se ha dividido en tres apartados principales, ya que nuestra intención no es sólo dar a conocer o actualizar la información relativa a la psicomotricidad, sino también exponer las posibilidades que este tipo de abordaje de ayuda ofrece a los niños/as con TEA.

En el primer bloque, se realiza un breve enmarque teórico de la psicomotricidad, en un intento por recoger, ordenar y clarificar la noción de la psicomotricidad como disciplina, siendo el concepto que más la identifica la *totalidad corporal*. Dicha noción, de unidad psicosomática, reconocida por todos los autores dedicados a la psicomotricidad, abrió nuevos enfoques metodológicos para tratar los contenidos y objetivos educativos y terapéuticos que se persiguen desde la actuación psicomotriz.

Posteriormente, se entrará en el esqueleto del abordaje psicomotriz en niños con dificultades en su desarrollo, lo que configurará el segundo apartado, donde se expondrá un marco metodológico que se apoya en unos principios básicos y en una descripción de cómo se organiza la sesión psicomotriz a nivel espacio-temporal, del material y de los juegos y actividades que configuran la intervención para después desarrollar unas líneas de actuación psicomotriz que nos servirán de base para elaborar un tratamiento personalizado.

Por último, nos centraremos en la psicomotricidad y el autismo para describir las alteraciones en la expresividad motriz de los niños con TEA y exponer un sistema de actitudes y unas capacidades de comprensión y actuación psicomotriz.

En definitiva, con este trabajo se busca proporcionar una respuesta a aquellos profesionales que buscan una vía de intervención de ayuda terapéutica que dé una respuesta ajustada a las dificultades en el desarrollo, tanto a nivel motriz, cognitivo, emocional, de relación y comunicación, que presentan los niños/as con TEA y poder construir conjuntamente un futuro de esperanza.

### BREVE ENMARQUE DE LA PSICOMOTRICIDAD: ¿QUÉ ES LA PSICOMOTRICIDAD?

La noción de psicomotricidad ha ido variando a lo largo de los siglos XX y XXI.

Pero, según Pilar Arnaiz, a finales del siglo XIX, es cuando se produce un momento crítico que permite un cambio de mirada sobre el ser humano: el paso de un modelo de cuerpo anatómico-clínico a un modelo de cuerpo integrador, donde confluyen los elementos cognitivos, motrices y emocionales. A partir de aquí, diversos autores han aportado ideas, experiencias e investigaciones que nos han permitido ir construyendo una forma de entender la psicomotricidad y de ahí una praxis que pueda dar respuesta a esa realidad de cuerpo total, donde están integradas todas las dimensiones de la persona. Pasamos de una concepción dualista y fragmentada del ser humano a una visión unicista e integradora del sujeto.

En el terreno conceptual, resulta fundamental definir la psicomotricidad para establecer su estatuto epistemológico: un marco de referencia clarificador para la práctica psicomotriz. Así pues, la definición de psicomotricidad expone conceptos como: unidad psicosomática, cuerpo, globalidad, totalidad, movimiento, espacio y tiempo, comunicación, relación, empatía, metodología de mediación somática... Aunque estos aspectos no pueden ser por sí solos diferenciadores de la psicomotricidad, en la combinación de sus componentes vislumbramos una forma de concebir y actuar sobre el ser humano.

La psicomotricidad, pues, sería una disciplina preventiva, educativa y terapéutica, concebida como un diálogo, que actúa sobre la totalidad del ser humano a través de las sensaciones, movimientos y juegos y su posterior representación, con la finalidad de que el individuo establezca una relación positiva consigo mismo, con los objetos, con el espacio-tiempo y con los demás, mediante métodos activos de mediación, principalmente, corporal (Serrabona, 2016).

A partir de la definición, la psicomotricidad debe realizar el esfuerzo de dife-

renciarse de otras disciplinas afines que, de algún modo, tienen el mismo objeto de estudio: el cuerpo y el movimiento. En este sentido, los elementos más diferenciadores son la insistencia en la totalidad de la persona y el trabajo sobre el movimiento intencionado (consciente) que permite al sujeto deseante tener un proyecto de acción que le hace superar el presente inmediato. Nosotros intentamos favorecer la toma de consciencia del cuerpo y del movimiento (de lo concreto) para encaminarlo hacia el terreno de lo abstracto, simbólico y representativo. Y es este itinerario de lo concreto a lo abstracto, uno de los elementos principales que aporta la psicomotricidad en relación con otras disciplinas.

En estos años, la psicomotricidad ha ido tomando el estatus de disciplina, lo que supone tener asumido un cierto número de normas a las que los profesionales deben someterse. Una disciplina que debe reflejar:

- El concepto básico del niño, de educación y terapia.
- La unidad del ser humano y su totalidad: el ser humano en todas sus dimensiones.
- Su contenido/objeto/campo esencial: el cuerpo en movimiento.
- El carácter instrumental y relacional del cuerpo y el movimiento.
- Las vías de intervención (sensaciones, movimientos, juegos).
- La metodología y la mediación corporal.

La mayoría de autores apuntan al cuerpo y al movimiento como los contenidos esenciales y específicos de la psicomotricidad. Inicialmente, en el tratamiento psicomotriz prima el movimiento, motivo por el cual se asume el término de psicomotricidad. La evolución del concepto instrumental del movimiento y del tratamiento sintomático hacia una concepción global y hacia el tratamiento causal y global y el incremento de las aportaciones psicodinámicas que esto comportaba trasladan el acento de lo motriz a lo corporal, instrumentalizando el movimiento en función de la relación, la afectividad, el mundo imaginario. Un

cuerpo considerado como imagen corporal refleja, ante todo, sus elementos cognitivos/práxicos, es decir, su esquema corporal. Pero un cuerpo también se considera un receptáculo de vivencias afectivo-imaginarias, donde la necesidad, el placer y el displacer, la pulsión, el deseo, la comunicación o la expresión imaginaria, consciente o inconsciente tienen su lugar.

Así pues, la imagen corporal sería la suma de tres realidades corporales:

1) esquema corporal; 2) cuerpo social; 3) cuerpo imaginario, dando lugar al concepto que quizás más identifica el hacer psicomotor: la totalidad corporal del ser humano. Parece que todos los autores coinciden en poner el acento en la unidad corporal. Las diversas corrientes de psicomotricidad, dentro de su diversidad e incluso antagonismo, podrían coincidir en el núcleo central de su contenido: el cuerpo como totalidad.

Resumiendo esta relación entre los dos contenidos esenciales, nosotros estaríamos de acuerdo con Boscaini (1992) cuando nos dice: «La esencia de la psicomotricidad es el movimiento, el cuerpo en movimiento». El movimiento y el cuerpo han sido considerados como un medio para incidir en la globalidad de la persona, para adquirir conocimientos y habilidades motrices y también para adquirir y mejorar las relaciones y vivencias afectivas e imaginarias.

Debemos dejar claro que la motricidad no es un instrumento ni un medio para conseguir conocimientos, control o relación adecuada. El movimiento es continente, expresión de las demás dimensiones. Todo sucede en el movimiento. El sujeto construye su personalidad en la motricidad. Un movimiento donde el componente de disfrute, de placer es esencial. En el movimiento se contienen las otras dimensiones, es continente del conjunto de la persona. En la totalidad de la persona se pueden considerar diversas dimensiones. Actualmente, la psicomotricidad contempla en la dimensión motriz, de modo sistemático, siete dimensiones: motriz, conativa, cognitiva, relacional, social, afectiva y “fantasmática”. El sujeto funciona como un todo, como una estructura unitaria, ninguna

de sus dimensiones se supedita a otra. La psicomotricidad busca el equilibrio entre las dimensiones de la persona.

La ayuda psicomotriz parte de las etapas de desarrollo más arcaicas, donde aún no hay lenguaje. El terapeuta psicomotriz se coloca en el origen de la perturbación, con todo lo que supone, es decir, insertándose en el universo correspondiente del niño, aceptándolo y comprendiéndolo, a partir del cual le ayudará a reorganizar y reconstruir todo el sistema de relaciones adaptadas. Entre la aparente multiplicidad de etiologías, podemos destacar el trastorno relacional primario en el que entran en juego, a un nivel y en una época en la que aún no se diferencian, tres factores fundamentales: la orientación espacio-temporal, el esquema corporal y la posición de los valores afectivos. La ayuda sólo puede llevarse a cabo eficazmente en función de la comprensión total de cada caso y de la adaptación particular del método. Esto nos obliga, a veces, a volver a las fuentes de comunicación más arcaicas, lo que constituye un principio fundamental de la terapia psicomotriz. Para ello, ponemos nuestra disponibilidad corporal al alcance y a la altura del niño, buscando que el niño llegue a dejar su cuerpo en actitudes naturales y distendidas. Esto supone manejar la relación tónica, que la podríamos definir como la capacidad de poder establecer a través del ajuste tónico una comunicación, en la que la calidad del contacto corporal se apoya en cómo lo sostenemos, cómo nos acercamos... y establecemos las zonas de contacto que siempre será mediado y no intrusivo.

El cuerpo como lugar simbólico. Hacer un análisis sistemático de los actos permite descubrir en la diversidad de los comportamientos unas constantes, unas fijaciones... y poner de relieve los fantasmas inconscientes subyacentes. Lo que supone la implicación del cuerpo del terapeuta. El cuerpo del terapeuta debe ser el revelador de lo que el niño no puede comprender, de los fantasmas que expresa en su acción. Para ello, debe manejar unos principios de interacción básicos que suponen ofrecer una actitud de acogida, de escucha y de compren-

sión, así como una actitud de ajuste en el plano tónico-emocional. Siguiendo a Aucouturier, sería poder ofrecerse, también, al niño como un ser transformable tanto a nivel postural y motor como tónico-emocional (empatía), aportando una estructura de tiempo y de espacio estable y modificable.

La intención es dar al niño los medios necesarios para reconstruir sus percepciones sobre el universo que le rodea. Debemos acompañarle en el proceso de transformación de ese universo, en el caso que resulte nocivo para él o su entorno. La ayuda psicomotriz tiene un carácter progresivo que sigue un proceso que puede visualizarse como un ir detrás del paciente (simbólicamente hablando) en un primer momento, lo que nos permitirá conocerlo, comprenderlo en toda su expresividad; será un tiempo donde acentuamos la capacidad de escucha (siempre presente), para poder ajustarnos en la respuesta terapéutica. En una segunda fase de este recorrido terapéutico, nos colocaremos “al lado”, para proponer nosotros y recibir propuestas tuyas y, por último, nos colocaremos, simbólicamente, delante de él, con posibilidad de poder “exigir” cambios y preparar la separación y la autonomía del sujeto en relación con la terapia.

Trabajamos sobre la totalidad del sujeto favoreciendo el conjunto de las dimensiones de la persona; una totalidad sistemática, estructurada. No es sólo un presupuesto básico de la psicomotricidad, sino el principal. El ser humano es unidad sustantiva, corporeidad anímica: «Es pues imposible imaginar la actividad de un sistema sin que intervengan los otros y, todavía más difícil, dividir un sistema en partes independientes» (Wallon, 1984). La psicomotricidad parte de la observación del modo de expresarse los niños en las sesiones. Favorecemos el placer psicomotriz primitivo y el placer por el control motriz posterior. El niño siente placer por hacer las cosas y por hacerlas bien, por ser visto y reconocido por el adulto y por los otros niños; normalmente, siente placer a partir de la interacción con el otro y en el sentimiento de competencia y es nuestra obligación que ese placer se instaure en

él. En definitiva, proponemos una intervención psicomotriz que incida sobre la totalidad del niño desde el cuerpo y el movimiento, actuando de manera explícita y sistemática sobre cada una de sus dimensiones básicas y buscando el equilibrio en la actuación de cada una de ellas. Intentamos dar respuesta a las necesidades del niño en su itinerario evolutivo, desde la totalidad indiferenciada a la totalidad diferenciada.

#### LA INTERVENCIÓN DE AYUDA PSICOMOTRIZ

La intervención de ayuda psicomotriz está orientada a ofrecer un espacio acogedor a aquellas problemáticas que presentan los niños vinculadas a demandas de reconocimiento, de comunicación y de afectividad. Bernard Aucouturier (2004) define esta intervención de ayuda como una respuesta ajustada a aquellos niños con comportamientos excesivos o repetitivos a los que el psicomotricista no puede dar una respuesta adecuada dentro de los grupos numerosos. Observar y valorar los indicadores y síntomas de alteración o bloqueo en determinados aspectos del desarrollo, desde una perspectiva de continuo, requiere una formación sólida en todos los fenómenos y transformaciones que se dan en el proceso de desarrollo *normal* del niño hacia la construcción de la identidad, la construcción de sí mismo. Un conocimiento que ha de proporcionar al adulto estrategias para construir, proponer y acompañar situaciones que favorezcan la experimentación, el aprendizaje explícito de aquellos aspectos sutiles de la interacción que en un niño con desarrollo “normal” se estructuran de forma implícita. La intervención de ayuda psicomotriz ofrece un marco, un dispositivo metodológico contenedor, para que se pueda dar esta experiencia afectiva, motriz, relacional y cognitiva.

El cuerpo es el medio de relación privilegiado con el entorno cuando todavía no existe el lenguaje o éste no tiene una intencionalidad comunicativa. La mirada del psicomotricista sobre las producciones del niño, sobre su expresividad, aporta información significativa para observar y evaluar las capacidades de integración



“Para compensar esta falta de límites corporales el niño busca continentes, espacios cerrados, límites para su cuerpo”

sensorial, los intereses, las habilidades y las dificultades del niño en relación con el propio cuerpo, con el otro y con el entorno. Se trata de un acompañamiento a la maduración psicológica del niño a través del movimiento, de la acción y del juego, a través de aquello que manifiesta en su expresividad motriz.

*“El estilo receptivo y el estilo expresivo del niño reposan directamente en el estado de las funciones psíquicas, de las más elementales a las más complejas. Por el lado receptivo, estarían las sensaciones y su anclaje, las percepciones, la atención, las vinculaciones, etc. Por la vertiente expresiva, tenemos la cualidad de la externalización, la dramatización, el uso del cuerpo en la gradación de sus posibilidades significadoras. Se debe crear un espacio terapéutico generosamente contenedor donde la múltiple experiencia del niño y su conflicto consciente e inconsciente puedan encontrar expresión, puedan significarse y elaborarse.” (Folch, 1990).*

La intervención de ayuda psicomotriz favorece el aumento de las modalidades

interactivas vivas, así como la conexión de los afectos con las acciones motrices del niño que se transformarán en intencionales y dotadas de sentido a partir de la vivencia, de la experiencia y de la significación compartida. Para llevar a cabo una intervención ajustada se tendrán que identificar las diferencias individuales en las modalidades de procesamiento de las informaciones sensoriales y motoras, así como el estilo de interacción que el niño establece con el otro. Aspectos que desde la psicomotricidad están incluidos en la observación y el análisis de los parámetros psicomotores.

*“Los objetivos funcionales en terapia son importantes, pero estarán siempre sometidos a otros más importantes, aquellos que nos llevan a subjetivar cada vez más a la persona con autismo y a subjetivarnos como origen de su experiencia. El tratamiento del autismo es en realidad un intento de que las personas que lo padecen puedan acceder a la mente de las otras personas” (Rivière, 2002).*

Subjetivarnos como origen de la experiencia del niño implica compartir afectos, experiencias y significados; des-

de una vivencia compartida de placer, de bienestar, de seguridad, el niño irá integrando la experiencia, reconociéndola para posteriormente evocarla y llegar a representarla. Este proceso de construcción conjunta permite al adulto y al niño constituirse como sujetos, siempre desde los intereses, necesidades y capacidades intersubjetivas del niño.

**La construcción de un espacio intersubjetivo** es el área de intervención del psicomotricista con los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a TGD/TEA. En este espacio de interacción y a partir del establecimiento de relaciones de bienestar, de confianza, surgirá el deseo y la demanda del niño hacia el adulto. El deseo de reproducir las situaciones de placer vividas que unifican su experiencia y la demanda dirigida al otro como origen de la experiencia compartida.

Para que pueda aparecer el juego, la experiencia lúdica, es imprescindible que el niño sienta que está en un entorno contenedor de sus ansiedades. Si este entorno no es segurizante, el niño realizará maniobras de autoestimulación o actuaciones que protejan su experiencia de supervivencia psíquica.

#### MARCO METODOLÓGICO DE LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ. ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y DEL ESPACIO EN LA SESIÓN

**Estructuración del tiempo y del espacio de las sesiones de psicomotricidad.** Las sesiones de psicomotricidad pueden tener una duración aproximada de 50 minutos, cuando se trata de sesiones individuales, y de 60 minutos aproximadamente, cuando son sesiones de grupo. La periodicidad de las sesiones de psicomotricidad es semanal; en algunas ocasiones, se valora adecuado hacer dos sesiones semanales, una individual y otra con un grupo de compañeros de su edad. El tiempo de cada sesión estará dividido en:

**a) Ritual de entrada o espacio de acogida.** El espacio para realizar la acogida y el lugar para hacer la despedida será el mismo. Este espacio estará separado, delimitado con algún material y servirá para que el niño entienda que cuando se

encuentra en este espacio, la sesión todavía no ha empezado.

El adulto recibe a los niños y posteriormente se realizan las tareas de desvestido. Según la autonomía de cada niño se le ofrecerá un apoyo ajustado.

En este momento de acogida, el adulto puede recordar al niño algunas de las situaciones vividas en la sesión anterior, especialmente si se observa que dirige la mirada hacia espacios significativos. Es importante reservar un tiempo de expresión, de palabra para el niño donde se le preguntan cosas personales que el niño pueda responder según su nivel expresivo. El objetivo es instaurar un formato de conversación, un tiempo para el adulto y un tiempo para el niño. Después se puede hacer algún tipo de juego de imitación de modelos prácticos: un masaje en los pies, movimientos de las piernas, los brazos... la finalidad de esta tarea es que el niño se organice a nivel corporal para realizar la imitación y para que pueda establecer una relación con el propio cuerpo. Posteriormente, el adulto presentará la ordenación de los materiales de la sala en función de las necesidades e intereses del niño y lo invitará a iniciar la actividad.

**b) Tiempo de actividad sensoriomotriz y de juego simbólico.** En este momento el alumno accede al espacio sensoriomotor, el adulto acoge y acompaña su expresividad motriz. El espejo que el adulto devuelve al niño de su expresividad le ofrece un referente de sí mismo. El ajuste del adulto a través de la voz, del tono corporal, del ritmo de acción lo acompaña y lo reasegura en sus actuaciones. En el caso de los niños que se refugian en la autosensorialidad o en la utilización de algunos objetos con esta finalidad, el adulto utilizará estrategias de acercamiento a partir del interés que los objetos despiertan en el niño, intentando hacer evolucionar la utilización sensorial de los mismos hacia una búsqueda con motivaciones de carácter más perceptivo. De esta manera, desde un registro más evolucionado se podrán favorecer situaciones de intercambio y de interacción. Cuando ya se ha establecido una buena relación, será el momento de iniciar propuestas de movimiento y de ac-

ción compartida. El acompañamiento del niño a través de su itinerario de maduración por la vía motriz sigue una serie de fases (Aucouturier, 2004) que se ajustan al nivel de desarrollo del niño:

• **Los juegos de seguridad profunda.**

Suponen un trabajo sobre las sensaciones internas, sobre el tono muscular que sustenta el cuerpo y relaciona las emociones, el movimiento, las sensaciones y el mundo exterior. Situaciones que están en la base de la estructuración del yo corporal. Las técnicas que se utilizan frecuentemente en esta fase son: los equilibrios y desequilibrios, los balanceos, las caídas, los deslizamientos, el volteo, etc.

• **Los juegos de maternaje.** A través de estos juegos se trabaja la función de contención, de aseguramiento y de reconocimiento. El establecimiento de unos vínculos significativos que faciliten el camino hacia la instauración del sujeto como ser autónomo. Las técnicas que más se utilizan son la acogida, el masaje, la contención por la mirada, sostener, agarrar, contener a través del lenguaje, de la resonancia tónico-emocional, los juegos circulares.

• **Los juegos pre-simbólicos.** Los juegos que se dan en esta fase tienen que ver con el proceso de construcción de la identidad corporal. Las técnicas que utiliza el psicomotricista son las que favorecen los juegos de reversibilidad: como los juegos de aparecer y desaparecer, de huir y ser atrapado, las actividades de llenar y vaciar, jugar a destruir y volver a construir, esconderse para ser encontrado, etc.

• **Los juegos sensoriomotores.** A partir de todas las vivencias anteriores, el juego sensoriomotor favorece el proceso hacia la consciencia de un cuerpo real, a partir de unas competencias funcionales y también instrumentales, experimentar con el conocimiento de las posibilidades y límites del cuerpo. Se trata de favorecer la actividad motriz a partir de la intencionalidad y del deseo del niño, estas actividades se realizan en un espacio organizado para vivir experiencias en las tres dimensiones: el salto en profundidad, trepar, los giros, los equilibrios, los volteos y los deslizamientos.

• **Los juegos simbólicos.** Son la ma-

nifestación resultante de la interrelación entre las fantasías corporales y la realidad corporal. Los niveles de esta capacidad simbólica manifestada a través del juego constituyen un abanico muy amplio, condicionado por el grado de integración de los dos polos de la totalidad corporal, el cuerpo real y el cuerpo imaginario. El juego simbólico va evolucionando progresivamente hacia el juego de roles.

• **Los juegos de precisión.** Tienen que ver con el deseo de experimentar la coordinación y las habilidades motrices, las actividades de esta fase presuponen un buen nivel de integración corporal. Los juegos de puntería, de habilidad y de control del salto, las actividades de coordinación óculo-manual, etc.

c) **Tiempo de la actividad de distanciamiento.** Un tiempo antes de finalizar la sesión se realizará una actividad más tranquila. Se pretende un distanciamiento de la actividad motriz y una situación de descentramiento. En función del nivel simbólico de cada niño se seleccionarán los materiales o propuestas más adecuadas.

d) **Ritual de salida. Despedida.** Dentro del espacio del ritual de salida y observando la sala de psicomotricidad, se evocarán, junto con el niño, las experiencias más significativas vividas durante la sesión, los detalles, las anécdotas acompañadas de la emoción compartida y, si es preciso, se utilizarán fotos o imágenes de los materiales. Posteriormente, se realizará la actividad de vestido y se recuperará la tarjeta identificativa de la sesión recordando al niño que la semana siguiente volverá a venir a la sala y podremos continuar el juego.

**El modelo de observación y de análisis.** En la intervención de ayuda psicomotriz, la observación sobre aquello que acontece en las sesiones es el *tercero* que nos ayudará a distanciarnos de la implicación afectiva que supone la interacción a niveles arcaicos con el niño. Según García Olalla (1999), uno de los retos de la observación en psicomotricidad es cómo captar, recoger la bidireccionalidad adulto/niño que caracteriza a los procesos interactivos.

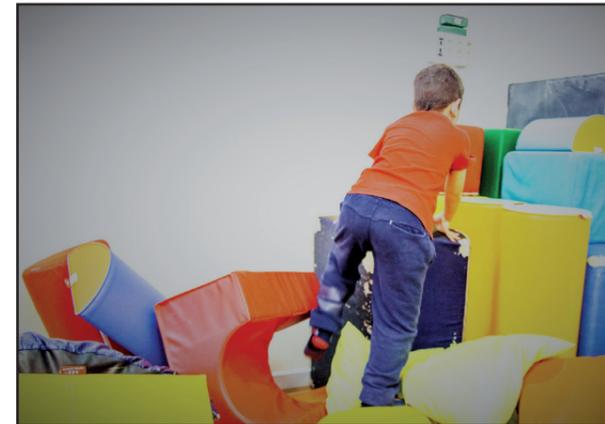
**PSICOMOTRICIDAD Y AUTISMO**

Las investigaciones más actualizadas en psicología del desarrollo coinciden en que la base de las funciones del conocimiento y del afecto está fundamentada en las capacidades de interacción. En los niños con autismo las capacidades de interacción están alteradas desde las etapas más tempranas. La detección y la intervención ajustada en estas alteraciones del desarrollo puede mejorar las capacidades comunicativas y relacionales del niño. La teoría que sustenta esta aproximación se fundamenta en que el autismo deriva de la dificultad específica del niño para **conectar los afectos con las acciones motoras intencionales dotadas de sentido** (Greenspan con Wieder, 2006; citados por Muratori, 2008, 2009).

Desde esta perspectiva se considera que lo que en un principio parece ser un déficit primario biológico del autismo, en realidad es el resultado de un proceso dinámico psicobiológico en el que la falla en las interacciones emocionales intensifica los problemas tempranos en la información sensorial. Aumentar estas interacciones a través de una intervención específica podría ser de gran ayuda para el desarrollo de las conexiones cerebrales en estos niños. También favorecería que los niños lleguen a ser más proactivos y de esta manera potenciar la emergencia de una mayor conscienciación de sí mismos y del otro en el espacio dialógico inicial. Greenspan (1998, citado por Muratori, 2008) ha definido esta hipótesis del déficit a nivel de conexiones entre emociones, procesamiento de informaciones y planificación de secuencias motoras como hipótesis de la diátesis afectiva.

• **Alteraciones en la expresividad motriz de los niños con TGD/TEA**

Cuando se inicia una intervención de ayuda psicomotriz, es muy importante mostrarse respetuoso, acogedor y dedicar las primeras sesiones a observar la relación que establece con su propio cuerpo, con los otros, con los objetos, con el espacio y con el tiempo. Pondremos especial atención en los aspectos relacionados con la sensorialidad, con el estilo y capacidades relacionales. Según el nivel de afectación en las diferentes dimensiones del desarrollo y las defensas que ha



“El cuerpo es el medio de relación privilegiado con el entorno cuando todavía no existe el lenguaje o éste no tiene una intencionalidad comunicativa.”

estructurado el niño para compensar la fragilidad en la representación de sí mismo, podemos observar diferentes maneras de relacionarse con el otro y con el entorno. La estrategia de intervención del psicomotricista siempre estará orientada a crear espacios intersubjetivos con el niño, en algunos casos la estrategia más adecuada para iniciar la relación será el acercamiento corporal, el diálogo tónico, la imitación y, en otros casos, el acercamiento al niño girará en torno a la ordenación del espacio, la presentación de determinados materiales y de su utilización como mediadores para establecer una relación.

La inmadurez psíquica y neurológica no permite que el niño con TEA pueda integrar aquellas sensaciones y emociones que lo invaden. La falta de una representación diferenciada de sí mismo y del otro hace que viva con sufrimiento la separación.

El juego es búsqueda y creación permanente de la realidad, del sentimiento de existir por sí mismo y del sentido que toman estos fenómenos para el niño. A partir de este momento, se hará posible la creación de objetos diferentes de sí mismo y después la entrada en relación con estos objetos (Anzieu, Haag, Tisseron, Lavallée, Boubli, Lassegue, 1998).

Los niños que no llegan a crear las acciones simbólicas necesarias para su proceso de aseguramiento profunda manifiestan trastornos de la acción (Aucouturier, 2004). En la sala de psicomotricidad podemos observar, a través de su

expresividad motriz, alteraciones de la acción vinculadas a externalizaciones de la angustia de pérdida del cuerpo (Corominas, 1991). Citaremos algunas de ellas a modo de ejemplo:

• **La angustia de falta de límites.** Producida por la falta de integración y de diferenciación de los límites corporales. Para compensar esta

falta de límites corporales

el niño busca continentes, espacios cerrados, límites para su cuerpo, se coloca bajo los colchones para sentir presión sobre todo el cuerpo, contención, el movimiento es continuo, sin una estructura de tiempo y de espacio. En algunas ocasiones, este malestar hace que los niños eviten el contacto con los demás, se nieguen a quitarse la ropa por el malestar que les produce la fragilidad en la consciencia de sus límites corporales.

• **La angustia de caída.** Producida por el miedo a perder los referentes corporales cuando aparece una ruptura tónica, un cambio de postura que el niño no ha podido anticipar. Se trata de niños que suelen presentar una hipertonicidad de base, dificultades de equilibrio, rigidez, manifiestan miedo al salto en profundidad, a la caída sobre materiales blandos, suelen caminar de puntillas y corren desequilibrados hacia adelante. Podemos observar fluctuaciones tónicas que oscilan entre la hipertonía y el abandono tónico.

• **La angustia de fragmentación.** Producida por la falta de continuidad en la integración de las sensaciones corporales y por la vivencia desbordante e indiferenciada de las emociones. Podemos observar niños que se desorganizan cuando se golpean o se caen, se quedan paralizados o pueden llorar desesperados. En ocasiones, los niños proyectan la angustia de fragmentación sobre los objetos manifestando temor porque estos puedan explotar. La comprensión de estas vivencias tan arcaicas, relacionadas con un nivel de

madurez evolutiva anterior a la permanencia del objeto, remite a una intervención de ayuda psicomotriz basada en el reaseguramiento de las experiencias de interacción más tempranas; por lo tanto, acogemos la expresividad motriz del niño para, posteriormente y a través de estrategias ajustadas, inducir el placer del movimiento compartido, contenido y significado. Se trata de volver a vivir las experiencias registradas como dolorosas o desestructurantes de manera satisfactoria a partir del establecimiento de una buena relación adulto/niño. La ayuda psicomotriz supone poner en marcha con y para el niño una intervención que se refiere a la etapa anterior a la permanencia del objeto. La movilización tónico-emocional, la movilización del imaginario, se sitúan en este nivel de intervención (Aucouturier, 2004).

**Sistema de actitudes y conceptos que fundamentan el acompañamiento del proceso de estructuración del psiquismo infantil en la intervención de ayuda psicomotriz.** La especificidad de la intervención de ayuda psicomotriz se halla en el encuentro con el otro en un estado arcaico que pone en juego todos los procesos de transformación anteriores a la aparición del lenguaje. Los principios de interacción, los objetivos que fundamentan la intervención de ayuda psicomotriz con niños con trastornos graves del desarrollo son los mismos que los dirigidos a los niños con un desarrollo *normal*. La diferencia está en que nos encontramos con unas dinámicas evolutivas alteradas e inarmónicas. La intervención y la implicación del adulto deben estar dirigidas al restablecimiento de estos procesos arcaicos que fundamentan la construcción del psiquismo, procesos que se construyen en una interacción diádica.

La intervención psicomotriz de ayuda individual estaría dirigida a los niños con necesidades educativas especiales que se encuentran en esta situación de dificultad en la interacción y que precisa, para su evolución, de la construcción de una relación de confianza y comprensión que les permita integrar las emociones y dejar progresivamente las estructuras defensivas para una mejor interacción con el otro y con el entorno. En el proce-

so de construcción y de estructuración del psiquismo infantil, la intervención de ayuda psicomotriz requiere del adulto un **sistema de actitudes y unas capacidades de comprensión** y de actuación vinculadas a los siguientes conceptos:

- **La acogida.** El adulto debe acoger la expresividad del niño en su exceso o inhibición, sin sancionarla o culpabilizarla, debe poder contenerla y acompañarla hacia procesos de evolución y de significación.

- **La relación tónica.** Los niños que no han accedido al lenguaje ni al pensamiento verbal están instalados en una vivencia hecha de connotaciones tónico-afectivas y emocionales no conceptualizadas. Para comunicarnos con niños muy pequeños o con alteraciones del desarrollo, es necesario utilizar un lenguaje corporal, psicomotor y psicotónico, volver a crear situaciones afectivas y emocionales seguras en el diálogo con el cuerpo del otro (Lapierre y Aucouturier, 1980). Conseguir un diálogo tónico y gestual es un proceso que precisa la retirada progresiva de las defensas del niño que tienen por objetivo la protección contra la vivencia de fragilidad en la representación de sí mismo.

- **La consonancia afectiva.** El afecto tiene profundas raíces corporales, la consonancia afectiva es un fenómeno esencialmente interactivo (Stern, 2005). En las primeras relaciones, la madre manifiesta al niño sus afectos a partir de la expresividad corporal y del diálogo tónico; el bebé responde dando un espejo de la emoción. Se puede considerar que estas respuestas tienen un valor de representación de la madre en un contexto de clima interactivo. La capacidad de representación afectiva prefigura la representación del objeto, ésta constituye un aspecto esencial de los procesos tempranos de simbolización (Golse y Bursztejn, 1992). Llegar a compartir los afectos a través de las actividades compartidas puede ser el inicio de un escenario previsible de interacciones comunicativas a partir de las que se pueden iniciar los juegos circulares. Las actividades conjuntas constituyen un marco que facilita la emergencia de la actividad representativa al proporcionar al niño

un contexto sistematizado en que la regularidad de las actividades es la base de los primeros indicios de referencia (Bruner, 1987; citado por Golse y Bursztejn, 1992).

- **La resonancia tónico-emocional.** Moviliza a la vez las estructuras tónicas y afectivas del niño. Esta movilización vivida desde la seguridad facilita la emergencia de la historia relacional del niño, lo abre hacia el deseo, los placeres pulsionales y a las transformaciones. Esta evolución supone una disponibilidad y un ajuste tónico-emocional necesarios para el acompañamiento del niño en su itinerario madurativo (Aucouturier, 2004).

- **El espejo simbólico.** El psicomotricista, dada la seguridad y la estabilidad de las referencias que representa, ofrece al niño un espejo en el que se juega la ida y la vuelta entre la realidad y lo imaginario. Es un espejo estructurante de la acción del niño, que lo acompaña para dotar de sentido y de continuidad el curso de su acción. Este espejo se puede dar a través del cuerpo, de la relación tónica o de la palabra (Aucouturier, 2004).

- **La empatía.** Es una cualidad indispensable en el adulto que trabaja a nivel de ayuda psicomotriz. A través de la empatía se pueden sentir las emociones del niño tal como él las vive, pero sin perder la propia identidad, en definitiva, la empatía sería la capacidad de ponerse en la piel del otro manteniéndose en la propia piel (Aucouturier, 2004). La capacidad de empatía y el conocimiento del funcionamiento mental del niño nos ayudan a elaborar hipótesis para proponer estrategias de intervención ajustadas.

- **El ajuste.** La capacidad del adulto de ajustarse en las intervenciones a través del propio cuerpo, de las posturas, de la voz, de la proxémica, del lenguaje gestual, de las propuestas de acción, de los objetos que se proponen como intermediarios de la relación, de la contención a través de la palabra... todo ello es indispensable para crear un entorno de seguridad que permita la creación de vínculos y la interacción con el niño.

- **La capacidad de transformación.** El adulto debe dejarse transformar por la emoción del niño, por sus acciones. Los

movimientos del niño se volverán acciones significativas a partir de la significación y de la emoción compartida con el adulto, la repetición de las experiencias de placer sensoriomotriz son una expresión de la vivencia de unidad corporal, dado que el niño puede conectar las sensaciones corporales con los estados tónico-emocionales. Esta sensación de unidad, vivida en primer término con el adulto, puede ser vivida después en ausencia del otro, a través de una reactualización de los recuerdos. Cuando el niño quiere repetir la acción que le ha producido placer compartido se debe programar a nivel prático, organizarse en el espacio; este proceso favorecerá un nuevo nivel de consciencia que dará origen al surgimiento de un yo corporal (Benincasa, 1999).

- **La capacidad de interacción.** El adulto debe partir del principio de que el niño interactúa con el medio con unos recursos y con un estilo expresivo determinado. Esta acción del niño debe modificar el comportamiento del adulto, el niño debe sentir que, a través de su voz, de su mirada, de su acción, tiene la capacidad de transformar al otro, al exterior. Cuando el niño vive con seguridad estas transformaciones puede aceptar que el mundo es alterable y modificable y empezar a vivir con placer la relación y las experiencias sensorio-motrices.

- **El placer sensoriomotriz.** El psicomotricista debe vivir el placer sensoriomotriz como unificador de la experiencia del niño, debe tener recursos para facilitar situaciones donde el niño pueda experimentar, de manera ajustada a sus posibilidades y necesidades, experiencias integradoras. En la vivencia del placer sensoriomotriz se crea una unión entre las sensaciones corporales y los estados tónico-emocionales que permiten el establecimiento de una vivencia de globalidad. El psicomotricista debe ser sensible a los cambios tónicos del niño para captar las situaciones que le pueden producir displacer o inseguridad, su formación personal le permitirá ajustar y modificar las propuestas en función de los indicadores corporales que vaya captando en la expresividad motriz del niño.

- **El cuerpo del adulto como lugar simbólico.** El niño puede recrear, actualizar, situaciones arcaicas de maternaje, de demanda de cuidados del adulto, o bien, manifestar conductas cargadas de tensión y de agresividad. El adulto debe saber acoger y hacer evolucionar estas situaciones hacia un registro simbólico a partir de la contención y de la elaboración de la vivencia.

- **Los fenómenos transicionales.** Según Winnicott (2006), los fenómenos transicionales permiten al niño diferenciar los límites entre la realidad interior y la exterior, representan el viaje del niño desde la subjetividad a la objetividad, desde la indiferenciación con el otro a la aceptación de éste como objeto exterior con el que se puede establecer una relación. El objeto transicional puede concebirse, en este sentido, como un precursor evolutivo de lo que después se conseguirá a través de las representaciones mentales. La creación de este espacio procesal, en el que se puedan dar estas experiencias de relación objetal, implica una adaptación activa del adulto a las necesidades del niño de estructuración de su psiquismo. Establecer una relación intersubjetiva con el niño es una experiencia afectiva y cognitiva. Se trata de conocer las relaciones que establece el niño con el *objeto*, su proceso de reconocimiento, de exploración y de investimento. ●

## BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, D., Haag, G., Tiseron, S., Lavallée, G., Boubli, M. y Lassègue, J. (1998). *Los continentes del pensamiento*. Argentina: Ediciones de la flor.

Arnaiz, P. (1987). *Evolución y contexto de la practica psicomotriz*. Salamanca: Amarú Ediciones.

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

Benincasa, G. (1999). El juego repetitivo de intercambio en el niño con psicosis autística y simbiótica: ¿Estereotipia o principio de relación? En *Revista Entre Líneas*, 5 y 6.

Bleichmar, E. (2001). *Psicoanálisis. Desarrollo. Autismo. El tratamiento del autismo*. Martos y Rivière. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.

Boscaini, F. (1992): *Hacia una especificidad de la psicomotricidad*. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 40, 5-49, Madrid:CITAP.

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

Bruner, J. (1988). *Realidad Mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

Camps, C. (2009). La especificidad de la psicomotricidad: un arte para la estructuración de la persona. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 33, 5-20. A <http://www.iberopsicomot.net/>

Coromines Vigneaux, J. (1991). *Psicopatología y desarrollo arcaico*. Barcelona: Spax.

Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: La conquista del Bienestar*. Barcelona: Gedisa.

García Olalla, L (1999). *Modelo para el análisis de la interactividad en un contexto de juego familiar*. Tesis de licenciatura. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología. Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Golse, B. y Bursztejn, C. (1992). *Pensar, Hablar, Representar. El emerger del Lenguaje*. Barcelona: Masson.

Greenspan, S. y Wieder, S. (2008). *Comprender el autismo. Un recorrido por los trastornos del espectro autista y el síndrome de Asperger a lo largo de todas las etapas escolares hasta la edad adulta*. Madrid: Integral.

Hales Robert, E. y Yudofsky, Stuart, C. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Masson.

Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.

Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1980), *El cuerpo y el inconsciente en educación y en Terapia*. Madrid: Editorial Científico-médica.

Larbán Vera, J. (2008). *Revistas Punto de Encuentro* Nº 19, de FEALES, Confederación Española de Agrupación de Familiares y personas con Enfermedad Mental. Madrid.

Muratori, F. (2008, 2009). *Revista de Psicopatología del niño y del adolescente*. Fundación Orienta, 12, 39-49 y 13, 21-30. Barcelona.

Rabadán, M. (2009). *La psicomotricidad, un recurso educativo para la inclusión de alumnos con NEE asociadas a TEA*. Memòria de treball de la llicència d'estudis concedida pel Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2008-2009). A <http://xtec.gencat.cat/ca/innovacio/bdlicencies/>

Rivière, A. (2002). *IDEA: Inventario del Espectro Autista*. Buenos Aires: Fundec.

Rivière, A. y Martos, J. (Compiladores). (2001). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.

Sánchez Rodríguez, J. y Llorca Llinares, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Aljibe.

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

Stern Daniel, N. (2005). *El mundo Interpersonal del infante*. Argentina: Paidós.

Wallon, H. (1984). *La evolución psicológica del niño*. Barcelona: Grijalbo.

Winnicott, D.W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (2006). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

# LA PSICOMOTRICIDAD DE AYUDA EN EL TRABAJO CON NIÑOS CON TEA

*“Es un alivio descubrir que, incluso en estos niños tan retraídos, hay una parte de ellos que espera ser ayudada a “crecer adecuadamente” y a vincularse a una figura parental”.*

(TUSTIN. 1987, p.192)

– Mónica de León –

Psicóloga clínica. Servicio Médico Integral (SMI), Montevideo, Uruguay



La propuesta de escribir desde mi experiencia de trabajo como psicomotricista con niños con TEA resulta tan paradójica como simbólica. Una y otra vez el encuentro con niños que sufren síntomas de un TEA hace que vuelva a empezar y así la “Experiencia” podría resumirse en aprender cada día a comenzar, a animarse a enfrentar el desánimo de lo que parece repetirse eternamente, de lo impenetrable e inamovible. Animarse a jugar con el cuerpo, con el alma para sumergirse en la angustia sin nombre que no puede más que quedar puesta en el cuerpo y así, desde las herramientas que la práctica psicomotriz privilegia (juegos de seguridad profunda, los juegos de maternaje y la contención a través de la resonancia tónica emocional, el juego sensoriomotor y la posibilidad la vivencia consciente del cuerpo real, los juegos pre-simbólicos como herramienta constructora de la identidad corporal, así como la representación como vía favorecedora de la descentración) desarrollar un abordaje de ayuda.

De tal manera que, como afirma F. Perls, a partir de la escucha del cuerpo, sabremos quienes somos. Partir del acto motor para favorecer la estructuración simbólica, esa es una de las herramientas con las que contamos en el encuentro.

Cuando comencé a trabajar como psicomotricista, preparaba mis sesiones con antelación. Tenía objetivos claros a trabajar y disponía el material de la sala en sintonía con ellos. Los mismos surgían de una entrevista previa mantenida con los padres del niño, lectura de informes con los que arribaban a la consulta y dos o tres encuentros de valoración con el niño. Incluso éstos estaban muy pausados para poder valorar las diferentes dimensiones y así definir objetivos a ser trabajados a partir de las tres vías básicas de actuación: el placer de acción, la toma de consciencia y el plano del pensamiento. “Comunicar, crear, acceder a la descentración, pensar, son los objetivos de la ayuda y también los de nuestra propuesta educativa” (Aucouturier. 2004, p. 272). Al hablar de educar se hace referencia a la función simbólica nacida en los fantasmas de acción.

Aquello me funcionó muy bien hasta que conocí a Pedro. Un niño de 9 años con TEA, sin lenguaje y con un funcionamiento muy primario. Llevaba años en terapia y buscaban en la intervención psicomotriz acompañar su proceso terapéutico.

## RITUAL DE ENTRADA

Pedro ingresa a una sala dispuesta con un espacio para el tiempo de acogida, una torre en medio de la sala y un rincón con material para la representación gráfica.

“La sala de psicomotricidad puesta a disposición de los niños y las niñas con sus espacios y su material específico, es un espacio simbólico asegurador y de sostén que representa el cuerpo de la

madre y en el que cada niño puede vivir su expresividad motriz” (Aucouturier, 2004. p. 133).

Cada consulta se iniciaba con un tiempo de acogida en donde el encuentro y la palabra como vía privilegiada tienen lugar. Se explicitan las normas de la sala y se presenta el material dispuesto como propuesta de juego. Con Pedro este tiempo y estas pautas no tenían sentido.

La destrucción de la torre representa un espacio transicional en que el niño reafirma su yo, se diferencia del otro. Elijo esta forma de comenzar marcando simbólicamente el valor de ser, como individualidad que comienza a construir su tiempo y espacio de trabajo. La destrucción vivida sin culpa, la agresividad simbólicamente jugada, como juego reasegurador.

“Así se puede entender mejor el siguiente esquema de relaciones: destrucción – placer, destrucción – construcción, construcción – comunicación, comunicación – creación, descentración – pensamiento operatorio” (Aucouturier, 2004, p. 181).

No había transcurrido ni un minuto que por allí parecía haber pasado un tornado. Las sillas del espacio de acogida estaban tiradas por la sala, entre lápices, hojas que habían volado y cajas de material que quedaron desparramadas por allí. ¿La torre? Intacta. ¿Pedro? Debajo de una gran colchoneta, no jugando a esconderse y ser encontrado, sino envuelto en una segunda piel que lo mantuviese a salvo de aquel caos y quizás también de mí y mi propuesta. ¿Yo? Ni siquiera había llegado al espacio de acogida, es-

taba parada contra la puerta de entrada. Asustada, desconcertada, sin ideas. Me preguntaba si así se sentía Pedro. ¿Cómo seguía esto?

Me acerqué a Pedro, estirada junto a él, sin levantar la colchoneta y le dije: “Hola, soy Mónica. Te estaba esperando”. Pedro salió y comenzó a correr de lado a lado de la sala. Su cuerpo se detenía solo cuando la pared se interponía. De lado a lado, una y otra vez gritando y moviendo sus manos a los lados de su cabeza. El movimiento era la vía por la que podía expresar su sufrimiento, no lo atenuaba, no lo ponía a salvo, solo lo denunciaba. Y en el caso de niños con TEA esas angustias arcaicas invaden sin continente y buscan un límite que solo parecen encontrar en lo concreto, en los límites físicos del espacio, movilizados a partir de la agitación motriz.

No era el primer niño con TEA que veía, ni el primero con el que trabajaba, pero sí la primera vez que me sentía tan perdida.

Quería hallar la manera de encontrarlos y así poder ayudarlo. Cuando en mi supervisión dije esta frase, mi supervisor me respondió: “Eso es lo que Pedro necesita, alguien que tenga ilusión”. La ilusión, decía Aucouturier (2004), es un trampolín para el progreso. La perdía cada vez que entraba a la sala. Sobre todo, porque se supone que los espacios y tiempos son herramientas desde las que el psicomotricista se para para abordar el trabajo de ayuda. Pedro hacía añicos mi estructura y me mostraba así en carne viva cómo se sentía, cómo era su mundo interno: caótico, sin conexión, sin posibilidad de ser mentalizado.

Poco a poco fui aprendiendo con él, a acompañarlo respetuosamente, a ajustarme tónica y emocionalmente, sin mayor expectativa, sin mayores metas de trabajo. Desde la escucha, esa de la que tanto se habla y que tanto había leído pero nunca se había hecho tan presente y evidente su ausencia para el otro. Así que comencé por entender que al entrar a la sala necesitaba un espacio prácticamente “vacío”. Tal vez para escenificar su propia vivencia de vacío y poder ir colocando allí experiencias de placer y seguridad que favorecieran la estructuración

de ese yo corporal que le asegure tener un cuerpo y así una consciencia de sí que lo saque del estado de no integración al que hace referencia Tustin (1987). Poco material había disponible, poco en cantidad que se fue ajustando en calidad.

Entonces al ingresar en la sala apagaba sistemáticamente la luz y así transcurría la consulta. No se veía absolutamente nada y pude sentir la imposibilidad de moverme, el desconcierto, el miedo por un espacio que lejos de ser el que conocía, se había vuelto tan ajeno, tan inaprensible y tan invasivo que por momentos no sabía si estaba viendo, sintiendo o pensando, cuando intentaba encenderla, la apagaba y me tomaba de la mano. Corríamos juntos de lado a lado de la sala y así yo estaba acompañando y ajustándome tónicamente a su posibilidad de expresión motriz. Estábamos en resonancia tónica–afectiva y eso parecía ayudarlo, no sé bien a qué, pero poco a poco comenzaba a permitirme intervenir en el ritmo y la agitación se convertía en paseo hasta dirigirse al espacio de acogida. Se sentaba frente a mí y comenzaba a explorar mi rostro.

Así, el tiempo de acogida pasó a ser un tiempo posterior pero importante, de encuentro. La repetición de este esquema, lo reaseguraba sensorialmente y la aparente desconexión daba paso a un tiempo de escucha. Si intentaba tan siquiera acortar el recorrido, las formas autistas afloraban y así me decía que necesitaba ponerse a salvo y como consecuencia me evitaba.

## NÚCLEO DE SESIÓN: ASEGURACIÓN PROFUNDA

Alex, un niño de 5 años con un lenguaje muy rico en vocabulario, pero muy pobre en función comunicativa, no podía esperar para entrar. Cuando lo hacía, se dirigía directamente al espacio de acogida y sentado perfectamente de perfil al espejo, expresaba su angustia por la pérdida de un hemicuerpo. La angustia de estar partido al medio. A través del tiempo de relajación, previo al cierre de la sesión, pudo vivenciar la unión de los hemicuerpos y así atenuar su angustia. Aquella vivencia lo relajaba y automáticamente el

movimiento continuo dejaba lugar a la inmovilidad y el descanso.

“Hola, en la escuela sí, bien, mira, despierta, cabeza sí, mira, mira la torre, tírala, ven, uno, dos, tres, bieeen. ¿Jugamos? ¡Sí!”

Toda aquella catarata de palabras resumía el tiempo de encuentro.

Alex lo hacía todo solo. Me anulaba por completo desde su lenguaje verbal y corporal. No paraba de moverse, mostraba grandes dificultades para contactar conmigo. Escuchar o ajustarse a las consignas que la escuela le daba parecía muy lejano a sus intereses.

Una vez iniciado el tiempo de juego, el placer de moverse y vivir positivamente su cuerpo primaba como juego.

En la sala, seguía el orden del circuito sensoriomotor guiado por el placer que sentía en las caídas, saltos o arrastres, hasta llegar al tiempo de masaje en que el niño quedaba profundamente dormido cada día. El circuito sensoriomotor debía ser siempre igual. Primero, llevaba mi mano para que colocara cada pieza, poco a poco aceptó armarlo con ayuda de una foto y luego pudiendo recordarlo, lo armaba mostrando disfrute por aquello que controlaba, que podía anticipar. Así el placer de hacer pasaba a verse sustituido por el placer de controlar lo que sucedía. Con el tiempo, las telas con diferentes texturas permitieron jugar con los cambios en aquello que permanecía igual. Otras veces, la música ayudaba a introducir ritmos y, con ello, cortes y rupturas en el tiempo que, junto a las caídas, los arrastres y balanceos, fueron dando lugar a los juegos de seguridad profunda (base para la estructuración yoica).

No quería participar del espacio de representación, para él el papel y el lápiz eran propiedad de la escuela y su vivencia era muy negativa. Al principio, simplemente dibujaba yo y él decía alguna palabra que anotábamos como significativa del juego. Así fuimos armando un libro de trabajo que le permitía recordar lo que habíamos hecho y muchas veces dejar plasmado un “pendiente”, habilitando un tiempo de espera, un continuo en el tiempo que dejaba allí una imagen que favorecía representarnos un próximo encuentro.

Alex estaba pudiendo ordenar su pensamiento conforme ordenaba el movimiento. Trabajamos la permanencia de las experiencias a través del libro. Al mismo tiempo, Alex fue armando su caja de juguetes, los que encontraba una y otra vez en el mismo lugar y orden en que los había dejado, pudo ir vivenciando la permanencia de objeto a través de representaciones mentales que se hacían poco a poco menos efímeras. Era posible ver cómo podía comenzar a esperar para hablar, las palabras ya no buscaban ser depositadas en el otro permanentemente para evitar perderlas, al igual que los pensamientos. Ya no se perdía en el movimiento. Ya podía vivir la noción de un continente psíquico que fue teniendo como punto de partida la representación de sí mismo, trabajado a partir del placer sensoriomotor, el masaje y los juegos de oposición: construcción-destrucción.

Tiago no podía esperar a llegar a la sala, no diferenciaba el espacio y el tiempo de trabajo. Se movía en un continuo en el que sólo buscaba dar salida a sus angustias más intensas y yo me sentía atrapada en ellas al punto de anular mi capacidad de pensar y hacer. Llegaba hablando de su angustia y marchaba igual.

En un momento, le propongo que dejemos de hablar y juguemos. No se muestra muy convencido, pero acepta. Los juegos de aseguración profunda fueron la vía para desbloquear las fijaciones que obsesionaban a Tiago. A partir de los juegos de maternaje, trabajamos la contención y reaseguración; favorecimos su autonomía. Tiago fue vivenciando en el encuentro conmigo una vía de salida a sus angustias. El monólogo pasó a ser un diálogo, centrado en sus vivencias y con evidente imposibilidad de ponerse en el lugar del otro, pero que abría espacios al encuentro.

Juan tiene 5 años y llegó a mi consulta hace casi un año. En el primer encuentro con su mamá explica que hace un mes ha comenzado a decir alguna palabra.

Llega con sus objetos acompañantes, los que apoya junto a él en el espacio de acogida luego de acompañar a su mamá a la sala de espera, indicarle dónde sentarse y dejar la puerta cuasi abierta, cuasi encerrada.

Al tiempo de encuentro inicial le seguía una rutina casi exacta cada día. Juan se dirigía a la ventana y quedaba absorto en el movimiento de los árboles. Al describir aquella escena, se gira y me da la espalda. La identificación sensorial y motriz lo atrapaba en la vivencia de movimiento continuo, escenificando su angustia por falta de límites. Al igual que lo expresaba estirándose en la colchoneta y girando sobre ella en una estimulación sensorial que lo atrapaba. Comenzó a aceptar que lo apretara con un rulo de espuma, que al recorrerlo aumentaba su consciencia corporal, un niño de ocho meses que al cogerse los pies expresa su felicidad por estar completo. Así se mostraba Juan, feliz al sentir su cuerpo de cabeza a pies.

Fuera de este breve momento de placer, nada parecía interesarle. Por supuesto mi torre permanecía allí, como lo que era concretamente: dos cubos, uno encima del otro, al que esquivaba al pasar. Quizás me estaba diciendo que no estaba preparado para jugar su diferencia frente a su madre o para reafirmar su yo. Por tanto, ni destruirla, ni construirla y así, evitando activamente el juego, me decía que no podía decir todavía: aquí estoy yo.

Le presentaba diferentes opciones y mostró interés por la caja de masas.

Con ellas separaba trocitos y comenzaba a introducirlos en pequeños recipientes hasta llenarlos. Aquel juego se



"La torre fue dando paso a una casa y con ella la vivencia de una envoltura protectora."

repitió durante varios encuentros en que poco a poco me permitió poner palabras a lo que estaba haciendo. Inicialmente, tan pronto como daba significado a aquello, lo abandonaba. Los recipientes contenían, comenzaban a ser continentes (el juego lo aseguraba frente a su angustia de pérdida) como él podía comenzar a contener y guardar pensamientos, imágenes y así comenzar a buscar repetir las situaciones que le habían generado placer. Así recordaba los juegos de una semana a la otra y buscaba intencionalmente generar el espacio de encuentro que permitiera repetir la experiencia placentera. El circuito se convirtió en un espacio de placer que habilitó mi participación dando un valor creativo al encuentro. Fue aceptando la torre y construyendo a partir de ella. El juego de cucú-tras surgió naturalmente y Juan comenzó a nombrarme - llamarme: "Mónica" cuando no me veía y a reír al volver a encontrarme. El espacio sensoriomotor es facilitador de la apropiación simbólica del "objeto madre" (Aucouturier, 2004). La torre fue dando paso a una casa y con ella la vivencia de una envoltura protectora. Juan buscaba cerrar lo que yo había construido como vías de entrada y salida: puertas, ventanas. Cuidadosamente cerradas para evitar que nada se escape. Escondarse y ser encontrado, proporciona la seguridad de la permanencia de emociones y pensamientos fuentes de placer (Aucouturier, 2004).

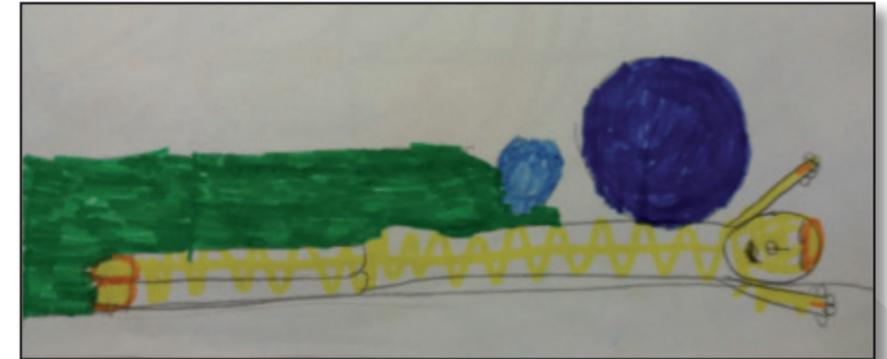
Los cilindros de espuma se convirtieron en autos de carrera y así corría por la sala junto a mí, luego detrás de mí, permitiendo que al girarme los autos chocaran para favorecer el encuentro y, con el choque, las caídas y el placer que ello generaba: la risa y la búsqueda activa del encuentro. Las primeras caídas las podía vivenciar tomado muy fuerte de mi cintura. La angustia de caída representa el miedo al vacío por lo que Juan necesitaba sentirse bien sostenido para no caer en ella, para sentir la contención a su angustia y favoreciendo desde el juego la consciencia de un cuerpo real.

El tiempo de encuentro se estructuró al final de la sesión, luego de tener el núcleo, entonces al llegar aceptaba encontrarnos, recordar y anticipar. Dar un tiempo a la palabra y la mirada como vías de contacto.

Los muñecos comenzaron a quedar en la sala de espera luego de una consulta en la que su mamá debió esperar fuera de la sala por motivos ajenos a la consulta. Juan se dirigió a la ventana desde donde podía verla. Esta vez lejos del movimiento del viento y el pasar de las hojas, era su mamá quien estaba allí. Se angustió, lloró y comenzó a mostrarse muy ansioso. Mamá estaba allí, algo había cambiado, pero seguía allí y pudieron tolerar la angustia, él y su mamá. A partir de ese día Juan llega a la sala y se dirige a la ventana donde compartimos lo que vemos y comienza él a nombrar lo que observa. El lenguaje ha florecido. Si bien usa ecolalias tienen un sentido comunicativo." La intensidad de la emoción se atenúa cuando se puede asociar a una imagen y se puede hablar de ella" (Aucouturier, 2004, p 70).

El espacio de aseguración por medio del dibujo evidenciaba la presencia de angustias no asumidas que con el placer vivido en el espacio de aseguración profunda fue evolucionando lentamente.

Aquel tiempo de placer compartido ocupaba prácticamente el tiempo completo de sesión, sin embargo brevemente nos dábamos el espacio para dibujar aquellos coches en su cuaderno. Juan no participaba dibujando, pero sí observaba, reía al recordar el juego. Al salir le contaba a su mamá en la sala de espera



"Comenzó a aceptar que lo apretara con un rulo de espuma, que al recorrerlo aumentaba su consciencia corporal"

lo que habíamos jugado y Juan comenzó a poner palabras a la vivencia corporal.

Quien dibuja soy yo, es cierto, pero Juan expresa disfrute al ver allí representados momentos del encuentro.

Hoy la consulta tiene la estructura que típicamente se plantea, el ritual de entrada, el núcleo y el cierre de sesión (un tiempo breve que marca, a través de la entrega del cuaderno donde hemos dibujado y un fuerte abrazo, el fin del encuentro y el acuerdo de volver a vernos en siete días). Pero para llegar a ello Pedro, Alex, Tiago, Juan y cada uno de los niños hizo un recorrido diferente, en tiempo y en forma, hasta llegar a investir aquellos espacios y apropiarse de los mismos como espacios desde donde decirse y ser escuchados. El camino es más complejo, desconcertante y muchas veces muy frustrante. Colocarse detrás para luego acompañar hasta ser agente activo y proponer, se dice fácil pero no lo es. A veces sólo a través de los espacios de supervisión es posible darse cuenta que este proceso se ha dado. Por ello el valor de no quedar fijado en un rol o atrapado en la estructura; el psicomotricista debe acompañar desde la escucha y el sostén, para no dejar de ser un espejo estructurante para el niño, a través de la significación de su expresividad motriz. ●

## BIBLIOGRAFÍA

**Aucouturier, B.** (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Biblioteca infantil 7. Editorial Graó.

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

Valencia: Editorial Promolibro.

**Cecchi, V.** (2005). *Los otros creen que no estoy*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

**Llorca Linares, M.; Sánchez Rodríguez, J.** (2003). *Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 10.

**Oaklander V.** (2004). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

**Peceli, R.; Bensusán, E.** (2004). *En los albores del pensamiento. El ser como movimiento o su capacidad de transformación*. "El espacio sensoriomotor". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 15.

**Rebollo, M.A.** (2003). *La motricidad y sus alteraciones en el niño*. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.

**Spitz, R.** (1960). *No y sí. Sobre la génesis de la comunicación humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Sugrañes, E.; Ángel, M.** (2007). *La educación psicomotriz (3 – 8 años)*. Barcelona: Editorial Graó.

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

**Wallon, H.** (1987). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Editorial Psique.

## HACER DEL TRAUMA UN OBJETO BELLO

– Iván Ruiz –

Psicoanalista, miembro de la  
Escuela Lacaniana de Psicoanálisis

### UN DOCUMENTAL SOBRE EL AUTISMO



El origen de *Unes altres veus*<sup>1</sup> se remonta al año 2010. Ese año, concretamente el 19 de junio, la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis organizó un Foro en Barcelona sobre el autismo, que reunió a más de seiscientas personas. La convocatoria se hacía desde la urgencia: era necesario responder a dos propuestas temerarias, una del Partido Popular dirigida al Senado de España y, otra, formulada por una asociación de padres al Parlament de Catalunya. Para los psicoanalistas de orientación lacaniana, pero también para maestros, profesores, psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, pediatras, musicoterapeutas, artistas, científicos, familias afectadas por el autismo y otras tantas personas se trataba de poner de manifiesto: *Que es necesario explicar los riesgos de la evaluación limitada a la cifra, que silencia lo particular de cada ser humano... que el tratamiento del autismo no puede reducirse a modelos de adiestramiento de la conducta ni a simplificar la complejidad del habla y del lenguaje humano a ejercicios de comunicación... y que limitar la oferta de tratamiento a un único modelo teórico vulnera el derecho de los ciudadanos a elegir qué tratamientos prefieren para ellos y/o sus hijos.*

La coyuntura de esta alianza peligrosa entre una asociación de padres y algunos representantes políticos, que pretendían decir a los profesionales cómo deben trabajar, me hizo ver con claridad que con-

venía hacer un documento audiovisual que acercase al público más amplio la orientación que el psicoanálisis lacaniano aporta al abordaje del autismo. No nos hemos ocupado suficiente de hacerlo y este documental pretendía servir para ello. Era imprescindible, así, crear un objeto bello que hiciera transmisible el real insoportable que es a menudo el autismo de un sujeto que rechaza, al menos de entrada, toda identificación con su semejante y, por tanto, el vínculo con él. Corríamos el riesgo de caer en el optimismo fácil, aunque lo que yo buscaba era más bien, un tono vitalista, ciertamente más complejo.

Quería hacer una película que hablase del autismo, también del psicoanálisis, pero, sobre todo, que hablase de lo singular que determina la vida de cada sujeto, de cada uno de nosotros -de ti, lector. Para ello, era imprescindible que el documental estuviera atravesado por el discurso psicoanalítico. Un psicoanalista al encuentro de una cineasta podría producir un relato filmico que invitase al espectador a escuchar de otro modo. Así, fue gracias a Miquel Bassols que conocí a Sílvia Cortés, una realizadora catalana que, junto a Marta Alonso, me brindaron su laboratorio de ideas, que se llama Teidees Audiovisuales, SL. Podría destacar muchas cualidades de Sílvia Cortés pero las dos que más beneficiaron a *Unes altres veus* fueron su tozudería por rescatar la diferencia y su amor por el psicoanálisis. Si esta película es fundamentalmente una película sobre el amor, sobre el amor de transferencia al que Freud se refería, es también por esa razón.

¿Qué se escucha del psicoanálisis lacaniano más allá de lo que en ella se dice? El diván estaría presente, era sin duda con él que íbamos a hacer presente el discurso del psicoanálisis. Y sentaríamos a los psicoanalistas sobre ese diván,

que llevamos con nosotros a todos los lugares donde rodamos. Sabíamos muy bien la importancia de situar a los psicoanalistas sobre el diván -ellos no pueden ser ajenos a lo que dicen-, a la vez que escuchar a los padres en un lugar donde su palabra estuviera protegida -ellos no saben a veces que saben. También éramos conscientes del interés de invitar a Albert a tomar la palabra -él encuentra las palabras que, a menudo, otros perseguimos- o de hacer posible que Héctor se desplazase a contraluz -él persigue con su cuerpo construir el espacio que, a menudo, otros hemos ya interiorizado.

Pero, para los que hayan visto ya la película, habrán notado que el discurso lacaniano se hace presente también cuando los cortes en el relato permiten al espectador encontrarse con la evocación de lo último dicho. El guion, escrito después de lo que obtuvimos de los participantes en el rodaje, plantea cuestiones que sólo el espectador puede reconocer eventualmente como propias. Las diversas voces que hacen de esta película un caleidoscopio sonoro contienen la participación de algunos padres y madres vinculados a la Asociación TEAdir y de algunos colegas que aceptaron, hace ya siete años, mi propuesta de participar en esta singular película.

Fue imprescindible, también, encontrar la financiación para llevar a cabo un objeto cinematográfico de calidad. De nuevo, la transferencia, como decía Jacques Lacan, está al inicio. Y respondieron a ella cientos de personas conocidas, pero también otras de las que nunca supe, que prestaron su apoyo y que se sumaron a las instituciones que esponsorizaron el documental. La Asociación TEAdir de padres, madres y familiares de personas con autismo, que hizo suyo desde el inicio este proyecto, se ocupó de canalizar todas estas ayudas.

### LA IMAGEN DEL AUTISMO

No existe la imagen del autismo. Eso fue finalmente lo que el propio proyecto nos mostró. La no-imagen del autismo debía permitir, entonces, hablar de cada niño o adolescente llamado autista, considerado sujeto de pleno derecho por el mero hecho de que, hablando de él, ya existe en el lugar común del discurso. No filmar directamente a ningún niño con autismo fue una de las decisiones más relevantes que tuve que tomar. Esto hace de *Unes altres veus* una película en la que no hay nada para ver, sólo un relato para escuchar.

Desde su estreno, el 3 de abril de 2013, he viajado mucho acompañando la película. Un gran número de colegas de todo el mundo han hecho posible que *Otras voces* llegase a lugares en los que el discurso del psicoanálisis se encuentra seriamente amenazado por la ideología del *cognitivismo democrático*, es decir el *cognitivismo para todos*. Eso ocurre del mismo modo que las libertades ven hoy su espacio reducido por el imperio de la cifra y el control de los ciudadanos, que pretende restringir los efectos de la palabra. El mundo sería diferente si no existiera el psicoanálisis y los psicoanalistas presentes en muchos lugares del planeta que demuestran la validez y la eficacia de este discurso. De esta transferencia de trabajo también se benefició *Unes altres veus*, que se proyectó, y todavía sigue haciéndose, en multitud de ciudades: Barcelona, Nice (Francia), Sant Boi de Llobregat, Angers (Francia), Rennes (Francia), Tarragona, París (Francia), Madrid, Montpellier (Francia), Bretigny (Francia), Orly, Orléans (Francia), Iguazú, Buenos Aires (Argentina), Lleida, Bruselas (Francia), Zaragoza, Torino (Italia), Grenoble (Francia), Bilbao, Strasbourg (Francia), Pessac (Francia), Caracas (Venezuela), L'Hospitalet de Llobregat, Santiago de Chile (Chile), Aguasdulces (México), México DF (México), Dublín (Irlanda), Berga, Rouen (Francia), Lyon (Francia), Urduliz, Étampes (Francia), Clermont-Ferrand (Francia), Palencia, Évreux (Francia), Santa Fe (Argentina), Cádiz, Chiclana de la Frontera, Alicante, Granada, San Sebastián, Guatemala, Metz (Francia), A Coruña, Londres (Inglaterra), Santander,

Venecia (Italia), Ginebra (Suiza), Hauteville (Francia), Berlín (Alemania), Sevilla, Saint-Germain Laxis (Francia), Huesca, Toledo, New York (EUA), Gavà, Ciutadella, Miami (EUA), Manresa, Salvador de Bahía (Brasil), Bogotá (Colombia), Murcia, Andorra, Reus, Tirana (Albania), Valencia, Nottingham (Inglaterra), Belo Horizonte (Brasil), Rio de Janeiro (Brasil).

Los debates posteriores a la película, las preguntas, los cuestionamientos, el encuentro con las familias y los sujetos afectados por el término *autismo*, y la hospitalidad de los colegas de cada lugar; todo ello hace de la difusión del documental una experiencia sin igual.

### UNA PALABRA TESTIMONIAL

Hay, además, otro impulso en el deseo de realizar esta película. Éste es el encuentro con el autismo de mi hijo Héctor. No hay duda, se trató de un encuentro traumático. Cualquiera explicación sobre la causa se convertía en una verdad mentirosa y sólo me quedaban la pregunta: *¿Qué y cómo hacer con ello?* Debido, seguramente, a mi recurso a la sublimación, me vi empujado a introducir un poco de luz en la oscuridad que ocupaba el trauma. Mi propio psicoanálisis me permitió introducir por medio del objeto voz un cierto velo a la angustia y hacer del trauma un objeto bello. Quizás sea por esta razón que la película, una vez terminada, sobrepasó el proyecto inicial de sus autores y adquirió la misma autonomía que la de aquellos objetos artísticos que pueden ser usados por otros. Sin saberlo, al inicio, busqué a otros padres que pudieran hablar de sus hijos, no tanto desde la gravedad que se impone para muchos cuando es recibido el diagnóstico, sino desde la vitalidad que supone construir con tu hijo una relación basada en lo más singular de su posición en el mundo. El autismo de un hijo plantea muchas dificultades para el devenir de su vida y también para la contribución de los padres en ese proceso, pero no me parecía incompatible con el hecho de encontrar una certidumbre, la de no poder querer más que a ese hijo que se tiene y no a otro. Fue una apuesta encontrar a padres y madres que sostuvieran esta posición; y así fue.

Y, finalmente, Albert: *¡Acustufant!* Ésta es la palabra que, recordando la función que Freud atribuye al chiste y a su relación con el inconsciente, introdujo un término nuevo allí donde no se lo esperaba. *Acustufant* es el momento de la película que, más allá del entendido de las lenguas y de los países por los que *Unes altres veus* ha viajado, provoca cada vez la risa en el espectador. Aunque *acustufant* es una palabra que existe en el ámbito radiofónico, por ejemplo, *acustufant* es el nombre de lo radicalmente diferente. No tanto por la palabra en sí sino por el modo como Albert, en la última parte de la película, la usa. *Acustufant* es la salida a la serie de adjetivos con los que describe el documental, pero que a la vez lo introducen en una metonimia, de la que es difícil para él salir. Ésta fue para mí, una de las razones principales para invitar a Albert a participar en este proyecto, cuyos efectos pudieron verse inmediatamente en su interés por escribir sobre lo que le ocurre.

La experiencia de *Unes altres veus* continua todavía hoy, una vez estrenada y distribuida la película. Los testimonios de los padres y madres -ricos en enseñanzas- que he conocido después o las interesantes colaboraciones con psicoanalistas de otras partes del mundo o de personas interesadas en proyectar la película allí donde se encuentran, hacen que este documental haya adquirido vida propia. Todo ello hace pensar que al lado de todos aquellos -padres, profesionales, intereses financieros y políticos- que pretenden uniformizar las salidas a los retos tan complejos que plantea el autismo durante la vida de un sujeto, al lado de todo esto otros padres, madres, familiares, profesionales, personas diversas preocupadas por el autismo buscan expresiones sólidas, a la vez que respetuosas, de lo que es un ser humano en el límite de su subjetividad. ●

<sup>1</sup> *Otras voces* (nota de los editores).

# HALLAZGO INESPERADO<sup>1</sup>

– Sílvía Cortés Xarrié –

Directora del documental  
“Unes altres veus” y Directora  
de Proyectos de Teidees



Hablábamos con Iván. Hablábamos de grabar a Héctor, de cómo hacerlo, desde dónde mirarlo... Yo tenía una idea: usar el desenfoco (el fuera de foco), generar una imagen borrosa; mostrar, pero no del todo. Era una forma de ilustrar el autismo, que no sabemos bien qué es, que no tenemos de él ninguna nitidez, sólo pistas, desenfocos que nos obligan a trabajar con la intuición para explicarnos la imagen, lo que hay. Si desenfocábamos a Héctor podíamos trasladar la idea de que no podemos explicar del todo el autismo, que sólo podemos observarlo e intuirlo. Además, el desenfoco nos permitía no exponer a Héctor del todo, podíamos protegerlo de juicios preconcebidos (a pesar de que uno de los objetivos del documental era, evidentemente, desmontarlos).

Pero había algo en el desenfoco (no sabía qué) que no me acababa de convencer. Hacía falta algo más, aunque no sabía qué era ni dónde buscarlo. Entonces se me ocurrió tomar la dirección contraria: enfocar a Héctor dentro del foco. La idea cambiaba a Héctor de lugar, del “fuera de foco” al interior del foco. Era fácil, sólo había que colocar a Héctor delante de un foco en un espacio oscuro. La imagen resultante sería un contraluz que nos mostraría la silueta de Héctor. Con este recurso visual, además de situar a nuestro protagonista dentro del foco (que es, de hecho, el lugar que le corresponde en el documental), también conseguiríamos no exponer del todo, protegerlo. Y sobre todo esto hablábamos con Iván, tomando un té en una terraza

de Gracia... Y mientras hablamos, una palabra inesperada viene a visitarnos: quería referirme al movimiento repetitivo de las manitas de Héctor al contraluz, pero me equivoco de palabra, en lugar de decir *estereotipias digo serendipias*.

## LA SERENDIPIDAD

No tenía ni idea de qué significaba, pero había dicho serendipias. Primero me río, pero luego me parece una palabra tan extraña que siento curiosidad por ella. En la web del Institut d’Estudis Catalans no aparece. ¿Me la he inventado? No del todo. En un segundo intento, encuentro *serendipidad*:

*Descubrimiento casual o imprevisto hecho por un investigador en el transcurso de una investigación orientada hacia otros objetivos y con presupuestos teóricos diferentes.*

¡Resulta que aquella palabra tan extraña es una palabra preciosa! Su significado me provoca una emoción enorme, sobre todo porque he llegado a la palabra serendipidad por una serendipidad. Esto me parece, como diría Albert, “*acostuflante*”. “*Serendipidad*” es una palabra enorme, llena de sorpresas. Aún me queda un recorrido para comprenderla en toda su dimensión. Para empezar, sospecho que no me he equivocado de palabra sino que he dicho exactamente la palabra que quería decir. Y vuelvo a leer el significado...

*Descubrimiento casual o imprevisto hecho por un investigador en el transcurso de una investigación orientada hacia otros objetivos y con presupuestos teóricos diferentes.*

¿Puede que ese “*investigador en el transcurso de una investigación*” sea yo? ¿Y puede ser que el transcurso de la investigación sean las estereotipias de Héctor (sus manitas que se mueven de manera

incomprensible)? Si yo soy el investigador y el trascurso de la investigación son las manitas de Héctor, ¿cuál es el descubrimiento casual, el hecho imprevisto? Y en esta pregunta la serendipidad me reserva la emoción más grande: el descubrimiento casual, el gran hallazgo, es que la imagen de las manitas de Héctor, moviéndose incomprensiblemente al contraluz, ofrecen una danza preciosa, de una belleza radical.

Podía haber dicho cualquier otra palabra, pero dije *serendipias*. Quizás fue una elección azarosa, pero es demasiado precisa, demasiado bien encajada. Quizás este “*término preciso*” (que Josep Pla hubiese perseguido durante una semana entera), había sido escogido por mí a pesar de que yo no sabía que lo sabía. Pero también podría ser que la palabra me escogiera a mí.

Y esta no es una cuestión menor. Porque una vez dicha esta palabra preciosa que había olvidado (o una vez esta palabra preciosa vino a encontrarme), me doy cuenta que siempre ha estado en ese cajón de las peonzas que cantaba Serrat en “*El meu carrer*”. No recuerdo cómo entró en el cajón esta palabra, pero ahora, una vez reencontrada en voz alta, sale de allí de otra manera. Donde yo quería mostrar la extrañeza (unas manos que se mueven de manera incomprensible), encuentro la belleza. Es así como la serendipidad ha saltado del cajón de las peonzas a la vitrina de las opciones. Y seguirá apareciendo en todo el proceso de investigación de *Unes altres veus*. La serendipidad ha aparecido por primera vez sobre la imagen de las estereotipias. A partir de este momento, seguirá saltando de las palabras a las imágenes, a la luz, a los objetos y a los espacios.

## EL LABERINTO

Queríamos situar a los protagonistas del documental en escenarios significantes. Para Albert queríamos un laberinto. Encontramos el de Argeleguer. Era un la-

berinto peculiar construido por un solo hombre. Estaba construido en el terreno abrupto de un bosque, con túneles larguísimo hechos con cañas. También había torres altísimas, construcciones oníricas, figuras y objetos. La idea del laberinto estaba muy clara, encontrar Argeleguer nos la reafirmó y la serendipidad se coló por túneles de cañas. Una de las primeras cosas que dijo Albert cuando empezamos a rodar fue: “Este laberinto es como mi mundo interior. Es un mundo interior para mí, todavía más adentro”. Argeleguer nos había elegido.

## EL DIVÁN

El espacio que pensamos para las entrevistas a los psicoanalistas fue el Teatro Grec de Barcelona. Para los padres, pensamos un plató atrezado con elementos. Aquello que unía a los psicoanalistas y a los padres era el diván; un mismo diván donde hablaban todos los protagonistas del documental excepto Albert. Un punto de encuentro necesario. Más allá de las significaciones que cada uno pueda encontrar, la más clara era que con el diván quedaba representada la tesis psicoanalítica del documental.

En una jornada larga y soleada de julio, grabamos en el Teatre Grec a veinticinco psicoanalistas sentados en el diván. Venían de distintos puntos de España. Sin embargo, nos faltaban tres de distintos países europeos. Los grabaríamos en Bruselas, aprovechando el Congreso PIPOL 5 de la Eurofederación de Psicoanálisis. Esto quería decir que debíamos llevarnos el diván hasta allí. Alquilamos una furgoneta y la productora Marta Alonso y yo hicimos un largo viaje hasta la capital belga, donde llegamos después de veinte horas. Tuvimos que buscar hotel porque en el que teníamos contratado habían anulado la reserva para todo el equipo de rodaje. El que encontramos era bastante curioso, pero nos dejaban guardar la furgoneta (con el diván dentro) en el patio interior de unos talleres de restauradores. Una mañana, Marta trasteaba la furgoneta y uno de los restauradores se interesó por el diván: “¡Qué gracioso, tengo uno idéntico aquí arriba!”, nos dijo.

En Barcelona habíamos estado tres días haciendo casting de divanes. Definitivamente, habíamos escogido bien. Tenía que ser aquél.

## EL CARRITO DEL SUPERMERCADO

La casualidad saltaba de un lugar a otro. Y a cada salto, ofrecía un hallazgo inesperado, nos reafirmaba los significados o los extendía aún más allá, cosa que también sucedió con los carritos de supermercado.

Para las entrevistas con los padres, partía de la idea de construir escenografías significantes con un objeto distinto en cada una. Lo que tendrían en común sería que los objetos se dispondrían flotando, fuera del lugar o disposición habitual. Hice cuatro garabatos (el dibujo no es exactamente una de mis habilidades) y se los enseñé a Iván. Su cara de total extrañeza reafirmó la idea. Se trataba de eso, de representar la extrañeza que envuelve a los padres, la angustia de un mundo del revés que intentan entender. Pensamos en marcos de cuadros vacíos, en palabras sencillas (las primeras palabras que dijo Héctor), en paraguas cerrados, abiertos, al revés, como un cobijo necesario... Pero todavía nos hacía falta otro objeto. ¿Cuál?

Me topé con un carrito de supermercado en el trastero del Teatre de Vic. No sé por qué me llamó la atención. No sé por qué me imaginé una escenografía con carritos de supermercado vacíos, del derecho y del revés, suspendidos en el aire. Y no sé por qué la imagen me pareció tan extraña que me convenció.

Distribuimos a los padres en las diferentes escenografías al azar. Haríamos tres entrevistas en una escenografía con cuadros; tres, en una con paraguas; tres, en una con letras; y tres, en una escenografía con carritos de supermercado. La de los carritos fue la última que rodamos. Debo decir que la intensidad de todas las entrevistas me resultó extrema. Suerte de la oscuridad, porque se me caían las lágrimas.

Los últimos padres entrevistados fueron José Antonio y María Jesús, los padres de Miguel. Se sentaron en el diván, rodeados de carritos de supermercado

suspendidos en el aire, del derecho y del revés. Y entonces la serendipidad hizo una triple pirueta y cayó de pie dentro de un carrito. El padre de Miguel lo señaló con la mano y habló de la culpa, de aquel día que subió a su hijo en el carrito del supermercado para hacer la compra (cosa que estaba prohibida pero que todo el mundo hacía), y en un traspiés el niño cayó al suelo. Durante muchos años, José Antonio se había torturado pensando si la caída de aquel carrito había sido la causa del autismo de su hijo. También nos impactó saber que era la primera vez que María Jesús oía aquella historia.

Si en el caso de las estereotipias de Héctor, donde quería mostrar extrañeza encontré belleza radical, en el caso de los carritos encontré un relato sobrecogedor. Quizás pasó lo mismo que con la palabra serendipidad; el carrito me eligió a mí.

## LOS ESPEJOS

En la búsqueda de objetos escenográficos pensé en espejos. Me resultaba una imagen sugerente. Pero las dificultades técnicas que suponía rodar espejos en un espacio lleno de focos nos forzaron a descartarlos. Aun así, y a pesar de que no están rodados, el documental está lleno de espejos. Y tienen mucho que ver con la serendipidad.

En un debate post-proyección en los Cines Girona de Barcelona, un hombre del público se identificó como padre de un niño autista y expresó su disconformidad con el optimismo del documental y también con el hecho de que se presentasen imágenes tan bonitas, cuando en realidad el autismo, decía, era terrible.

Hace unos días leí una noticia en la prensa y me hizo pensar en esta cuestión. El artículo hablaba de los galardonados con los Premios Ig Nobel. Estos premios parodian a los que otorga la academia sueca y premian investigaciones con cierta vis cómica por el hecho de ser absurdas o contradictorias, o porque en realidad esconden alguna cosa más relevante. Este es el caso de un estudio italiano que concluye de que contemplar un cuadro que se considera bonito aligera el dolor que provoca un rayo lá-

<sup>1</sup> Artículo publicado en: Ruiz, I. (2015). *Otras voces escritas*. Madrid: Editorial Gredos.

ser en la mano. Al contrario, si el cuadro es feo, el dolor aumenta. Visto así, la serendipidad nos había venido a encontrar para aligerar el dolor. Y fue una de las opciones. En aquel mismo debate, otros espectadores elogiaron la elección. Y quizás, todo ello, era una cuestión de espejos.

Aquella queja también me hizo pensar en algo que Iván me decía desde el primer día: la gente espera este documental. Y entendí que la gente esperaba este documental cuando entendí que *Unes altres veus* era "una buena noticia". Y entendí que era una buena noticia cuando entendí que no estábamos

haciendo un documental sobre el autismo sino un documental sobre la singularidad; y cuando entendí que no estábamos haciendo un documental sobre el psicoanálisis sino un documental sobre el respeto a la diferencia. Y así es como, poco a poco, fui entendiendo *Unes altres veus*. Y a base de escuchar a los espectadores en los debates posteriores a las proyecciones, a base de escuchar cómo cada uno se confesaba impactado por cuestiones muy distintas, entendí que el documental estaba lleno de espejos. En estos descubrimientos me vi reflejada yo misma, recorriendo aquel camino que supone el encuentro con el

autismo. Un camino de incertidumbre, de dolor, de extrañeza, pero también de sorpresas, serendipidades y espejos que cada uno encuentra en lugares bien distintos.

Quizás mi espejo más grande me vino a buscar aquel día hablando con Iván en una terraza de Gracia, cuando dije serendipias en vez de estereotipias. Y en aquel momento se desplegaron como opciones todos los grandes descubrimientos casuales y los hechos imprevistos que se sucedieron después... Y diría que así fue como las serendipidades se convirtieron en estereotipias... para mí, de una belleza radical. ●

## PERDIDO EN EL LABERINTO<sup>1</sup>

– Marc Barceló –

**Realizador free lance, ha trabajado en programas de televisión, spots publicitarios y videos corporativos. Operador de cámara en el documental "Otras voces"**



Son los niños que no hablan ni hacen nada. Se limitan a quedarse sentados y hacen movimientos reiterativos de vaivén con la espalda. Eso son los autistas.

Hasta no hace mucho, si me hubiesen preguntado qué era un autista, habría respondido alguna cosa parecida a esto. Pero últimamente he aprendido algunas cosas sobre el tema. Ahora sé que los autistas no son eso, o no son sólo eso. He aprendido que hay algo que se llama TEA. Y me han dicho que es un cajón muy grande, unas iniciales que engloban un abanico muy amplio de trastornos. Un día supe que hay niños que no se callan, que hablan por los codos, que también son autistas. ¿Cómo? Eso sí que no cuadraba. En ese momento empecé a dudar

seriamente de aquel estereotipo que tenía del niño que hacía aquello con la espalda. También entendí que aquel niño que "no hacía nada" en realidad sí que hacía algo. Estaba sentado y movía la espalda. Así que, como mínimo, ya hacía dos cosas. Por lo tanto, aquello de no hacer nada también quedaba descartado. En medio de aquella redefinición apareció una palabra nueva: Asperger. Son los que no callan. Caramba, resultó no ser tan fácil esto de los autistas. Ahora ya sí, aquella idea inicial queda descartada para siempre. Si alguna vez me preguntan, responderé de manera distinta. Nombraré el TEA y desmentiré el tópico del balanceo. Balanceo que tiene un nombre que no logro recordar. También he aprendido la división entre conductistas y psicoanalíticos. Los de los aparentes resultados vistosos e inmediatos y los de las sutilezas y la paciencia. Se ve que son irreconciliables.

Por motivos de trabajo y más o menos por aquella época en que comenzaba a descubrir cosas sobre el autismo, conocí a Albert. Albert tenía 21 años y se sabía de memoria monólogos de Pepe Rubianes y los textos de las viñetas de Tintín. Yo formaba parte del equipo de realiza-

ción del documental "Otras voces", del que Albert era protagonista. Yo no sabía nada de él, no sabía que le habían diagnosticado de Síndrome de Asperger. Lo fui descubriendo a medida que íbamos grabando. Sabía que aquel era un documental sobre autismo y poco más. Albert, de entrada, tan sólo me pareció un chico peculiar con cierta inclinación hacia los pensamientos rebuscados y mucha memoria. Él era el hilo conductor a través del cual se abordaba el autismo desde un punto de vista divulgativo. El documental contiene, aparte del de Albert, testimonios directos de padres de autistas y de especialistas que dan dimensión y forma a lo que para el gran público, como pasa con la mayoría de los trastornos mentales, es aún desconocido.

Fuimos a rodar varias secuencias a un pueblo de la comarca de La Garrotxa, Argelaguer, donde hay un laberinto kilométrico hecho con ramas que conecta con unas torres altísimas construidas también a base de ramitas. La producción era bastante modesta, de manera que para desplazarnos de un lugar a otro utilizábamos nuestros coches particulares. En uno de esos trayectos, desde el restaurante donde comimos hasta el laberinto



donde había que seguir grabando, Albert vino conmigo en mi coche. Fue un trayecto corto, no recuerdo quién llevaba a sus padres, pero el coche debía de ir lleno. Con él mantuve una conversación surrealista, divertida, en cierto modo. Albert interpretaba al pie de la letra cada cosa que yo decía. Él verbalizaba todo lo que iba pensando, sin filtros, o eso me pareció a mí. Cuando yo le hablaba, él no reaccionaba como yo esperaba. Yo esperaba la reacción "normal". Pero él no me la daba. Era un código de comunicación nuevo, de repente, el significado del lenguaje era estrictamente literal. Mis chistes no hacían ninguna gracia. En todo caso, le hacían pensar. Se lo tomaba en serio. Allí me di cuenta de por qué estábamos grabando con él dentro de un laberinto. Del mismo modo que las galerías conectan con la siguiente sin nada en medio, el flujo de su pensamiento también es continuo y en una especie de bucle. Y, como en todo laberinto, también hay túneles sin salida que no van a ninguna parte. Y cuando creemos haber encontrado la salida nos encontramos de nuevo cerca del punto de partida. Recuerdo vagamente que me habló de un sueño que había tenido. Era un sueño que le había llevado a hacerse preguntas existenciales. No soy capaz de recordar cuáles, ni de qué trataba el sueño. Solamente recuerdo que me sorprendieron cómo de trascendentales parecían aquellas cuestiones a las que no pude dar respuesta. Semanas más tarde fuimos a gra-

bar otra secuencia para el documental a Bruselas, al museo de Tintín, que es una de las pasiones de Albert. Nada más verme, casi sin mediar un hola -eso de los protocolos en las relaciones no va con Albert- me dijo: "ya tengo la respuesta al sueño". Y me la dio. No la recuerdo, una lástima. Pero para él no habían pasado semanas. No era necesario ponerme en contexto, me había hablado de un sueño de vuelta de comer a Argelaguer, yo debía recordarlo. De todo aquello me he



"Y, como en todo laberinto, también hay túneles sin salida que no van a ninguna parte." (Fotograma de *Otras Voces*).

quedado con la idea de que detrás del Síndrome de Asperger hay alguien con habilidades específicas excepcionales y torpe con las relaciones personales, con dificultades para la empatía. Pero eso no es exactamente así en todos los casos. De nuevo otra vez intentando encajar una definición en un estereotipo. Depende, cada autista es un mundo. Eso sí que me ha quedado claro, en los autismos las definiciones muy delimitadas no existen.

Aquel laberinto de Argelaguer donde rodamos, por otro lado, era la obra de un artista espontáneo. Un genio creativo. Un hombre, tornero mecánico de profesión, que consagró su vida a una obsesión. Dedicó cuarenta y ocho años a montar y desmontar laberintos, torres, estructuras, poblados enteros de ramas. En el trato personal era una persona simpática y entrañable. Y también reiterativa en los argumentos sobre sí mismo. A menudo le escuchábamos decir las mismas palabras una y otra vez. Y veíamos como después de destruir su obra la reconstruía de nuevo. Parece que entre Josep -el artista, que falleció no hace mucho- y Albert hay muchas cosas en común. Cómo mínimo el laberinto. ●

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

# TEAdir: LA ACÉRRIMA REIVINDICACIÓN DE LA SINGULARIDAD

Equipo *eipea*<sup>1</sup>

«No se desapasionen, porque la pasión es el único vínculo que tenemos con la verdad».

RICARDO PIGLIA

**TEAdir Catalunya** es una asociación de padres, madres y familiares de personas con autismo, creada y presidida por Iván Ruiz en Barcelona en el año 2010. Ni el nombre ni el momento elegidos respondieron al azar.

La comparación de nombres de asociaciones de padres en relación a cómo vivimos el autismo, la salud mental y la vida en general se traduce en un mensaje atornador: Aprenem (*aprendemos o aprendamos*) o TEAdir (*tiene algo que decir*). Enseñemos o escuchemos. Usted elige. ¿O no? Porque TEAdir nace como defensa del derecho amenazado de los padres a elegir entre “la pluralidad de abordajes clínicos y educativos que no atenten contra los derechos fundamentales de las personas, entre ellos la orientación psicoanalítica” (artículo 3, punto 2, de los estatutos de la Federación TEAdir España). TEAdir nace en un momento, como nos indica Iván, en el que se da una presencia política de una asociación de padres que quiere implementar un tipo único de abordaje del autismo. Nos preguntamos qué se escondió detrás de ese radical, reduccionista y autoritario interés. En todo caso, prosigue, “si desde la administración se proponen tratamientos, técnicas o abordajes que son unificadores y que no permiten diversos recorridos, nos encontraremos con que habrá padres a los que se les ofrece algo que entrará en contradicción con lo

que creen que ellos y sus hijos precisan”. Era necesaria una entidad que aglutinase familias que pensaban las cosas de otra manera y que pudieran estar representadas a nivel político y social, concluye.



**TEAdir**

Associació de pares, mares i familiars de persones amb Transtorn de l'Espectre Autista (Autismes i Síndrome d'Asperger)

TEAdir Catalunya.

Durante los meses de febrero y marzo de este año, visitamos las tres primeras asociaciones TEAdir: Catalunya, Aragón y Euskadi, que se constituyeron en la **Federación TEAdir España** en el año 2016. Conocimos, a partir de la generosa y amable disponibilidad de sus personas -madres, padres y profesionales-, sus semejanzas y, creímos adivinar, sus diferentes énfasis. Descubrimos en ellos entusiasmo y convicción en la antesala y pensamiento e investigación de fondo. Nos llevaron también a cuestionarnos y a preguntarnos equilibrios: entre la no instalación en la queja y la no negación del dolor, entre la reivindicación y la exaltación, entre la acusación a los niños o el ataque a la sociedad, los límites de la sublimación, la convivencia entre diferentes visiones y abordajes.

Iván Ruiz nos espera en su despacho de la calle Aribau de Barcelona. Transmite un conocimiento sereno, accesible y no dogmático a pesar de la firmeza de sus ideas. Él es psicoanalista lacaniano y el pa-

dre de Héctor. Nos define su concepto de autismo como “el punto límite de la singularidad de un ser humano, la posición del sujeto que se resiste al vínculo con el otro”. Autismo que aparece en las siglas de la asociación como emblema, pero también un término para ser desmontado tantas veces como haga falta y no olvidar que detrás del diagnóstico hay una persona, singular, diferente.

Iván se propuso crear un discurso asociativo, no sólo una asociación anclada en un reclamo de recursos porque, si así fuera, “al conseguir esos recursos, los padres no tienen más necesidad de continuar”. No es TEAdir una asociación instalada en la queja: “nuestra oferta es otra, es llevar el sufrimiento a otro lugar”. Nos explica que nunca utilizan la palabra “grave” para

referirse al autismo de un niño porque “cuando hablamos de un caso grave, lo que hacemos, sabiéndolo o no, es colocar toda la responsabilidad de lo que le pasa en el mismo autista. Y se dice, *ésto no lo podemos hacer porque es un caso grave*. Creemos que la gravedad de la situación está en el otro: el otro está en una situación grave para poderle ofrecer algo que le vaya bien”. Rescata la expresión de otro miembro de TEAdir Catalunya, la psicoanalista y socia fundadora de la asociación **Neus Carbonell**, para referirse a esta gravedad: autismos muy decididos. Entendemos que no se trata sólo de un eufemismo, que te obliga a la vez a una mirada diferente.

Zaragoza nos recibe -y nos despedirá- con lluvia. **Pedro Gras**, director de Torreón y fundador de las escuelas Patinete, nos dispara sin solución de continuidad sentencias y reflexiones mientras nos acompaña acelerado por las salas del espacio *diseñado para la atención integral de la infancia y sus familias*: “Es que a las diez vienen los chicos”. Le agradecemos su deferencia mientras se pierde escaleras arriba con los chicos, que ya han llegado, y unas codornices para cocinar. **M<sup>a</sup> Jesús Sanjuán** (presidenta de TEAdir-Aragón), **Cristina Laborda** (coordinadora del proyecto Artistas Autistas) y **Gracia Viscaillas** (psicoanalista) nos acompañan pacientes en el periplo. Luego departiremos con ellas y más tarde nos invitarán a asistir a una reunión de grupo con madres. Hoy no acude ningún padre. Son diez fa-



Asociación de padres, madres, familiares y amigos de personas con Trastorno del Espectro Autista

milias las que, con diferente frecuencia, participan.

**TEAdir-Aragón** se apoya y camina de la mano y con el mismo enfoque que los Centros de Educación Infantil Patinete (fundado en 1992) y Torreón (en 2011), nos explica Gracia, con una filosofía de centros de integración, donde están convencidos de que es la institución la que se tiene que adaptar al niño. Aquello que tan bien expresaba *el Perich*: “educar a un niño requiere mucha paciencia, en especial por parte del niño”. Buscan promover diversos proyectos para informar y trabajar tanto sobre las dificultades que presentan las personas con autismo, como sobre las invenciones que les permiten una solución singular. Y ahí radica el quid de la cuestión. Como explica M<sup>a</sup> Jesús: “poner el énfasis en lo que sí hace el chico, no en lo que no hace. Los niños autistas no se caracterizan, de entrada, por la dimensión del déficit, sino por un modo de ser diferente”.

Cristina nos explica el nacimiento de TEAdir-Aragón, en el año 2012: “Somos



Miembros de la Asociación TEAdir-Aragón compartiendo la experiencia de la exposición “Un mundo en singular”.

familias que hace años que trabajamos en esta línea. En Zaragoza no había cobertura asociativa que trabajara en esta orientación. Uno de los objetivos era defender esa línea de trabajo, en la que creemos porque nos ha ido bien”. Aunque, nos destacan, en Aragón hay respeto entre los centros que realizan diferentes abordajes, “aquí cada uno sabe dónde está colocado”. M<sup>a</sup> Jesús concluye que nada es excluyente, pero que los padres tienen derecho a escoger. Hay tantos autismos como niños, razona, por lo que, si cada niño es diferente, es normal que tenga que haber cobertura para diferentes necesidades y enfoques. En Aragón y en Euskadi, como nos contarían luego en Bilbao, hay una envidiable coexistencia pacífica entre asociaciones de familiares de diferentes orientaciones. Es deseable que *aprendamos* en Catalunya.

Bilbao lucía sol y carnaval el fin de semana que nos acercamos a conocer **TEAdir Euskadi**. **Ana Goiricelaya**, su presidenta, e **Ignacio Prado**, tesorero, nos han citado en una sala de la agencia Boluta (para el voluntariado y la participación social) que tienen cedida en la calle Ronda de la capital, en el casco viejo o Zazpi Kaleak. “No tenemos sede propia”, se lamentan. Al largo y fluido encuentro se van incorporando las personas que completan la junta, **Cristina Sarduy**, se-



Entrevista con Iván Ruiz.

<sup>1</sup> Texto redactado por Josep M<sup>a</sup> Brun.

cretaria y M<sup>a</sup> Jesús Compadre, vocal, madres, y las psicoanalistas Pía Nebreda, vocal y responsable del taller de juegos y Cristina Califano, responsable del grupo de madres y padres. Ana nos explica la creación de TEAdir Euskadi de manera directa y gráfica: *Fuimos a ver una peli y salimos formando una asociación*. Coincidiendo con la proyección del documental "Otras voces", se producen encuentros de las familias con Iván Ruiz y Pía Nebreda y dan nacimiento a TEAdir Euskadi en septiembre de 2013. Comparten, entre otras cosas, cómo afecta el autismo a sus hijos e hijas, a sus familias y a su entorno; sus angustias y sus alegrías; las cosas que necesitan y lo que les gustaría transmitir tanto a la sociedad, como a las administraciones. "Teníamos claro que la asociación tenía que llevar la orientación psicoanalítica, lo queríamos para nosotros y para nuestros hijos. Nadie nos está exigiendo, no nos vamos a exigir nosotros. Vamos poquito a poco, poniendo las piedras una a una para que no se nos caiga nada". Recordamos las palabras de M<sup>a</sup> Jesús Sanjuán en Zaragoza: "TEAdir se caracteriza y se enorgullece porque crecemos por encuentros con gente".



Conversando con TEAdir Euskadi.

entrar, salir, venir seguido, no venir... ellos hacen uso de ese lugar, cada uno lo usa como propio. La gran problemática es que los padres se encuentran muy solos en esta lucha".

Ana prosigue... "los padres, muchas veces, no sabemos a dónde nos encaminamos cuando nos dan un diagnóstico... no sabes, entiendes que el profesional te va a orientar... tú coges lo que te dan... si te va bien, no te planteas más...". Cristina Sarduy reflexiona sobre su experiencia

de tu vida". *Que se dé la información a los padres para conocer y elegir*, reivindican. *Ahora mismo no es así*.

Ignacio no se anda con remilgos, da una vuelta de tuerca más y nos confronta a los profesionales a nuestro (¿deliberado?) enclaustramiento: "los psicoanalistas tenéis un serio problema y es que os vendéis fatal". Ana ahonda en la visión: "la palabra psicoanálisis va asociada automáticamente a dos cosas, Freud y un diván. Y lo siguiente que te suelen preguntar es... ¿pero me van a echar la culpa de algo? Porque yo tengo muchos problemas para que nadie me venga a decir que la culpa de lo que le pasa a mi hijo es mía". Pensamos -y callamos- en el injusto cinismo que supone esa visión sesgada cuando abordajes beligerantes con el psicoanálisis excluyen del tratamiento a los padres, a su conocimiento del hijo o los reducen a simples ejecutores de sus pautas y directrices, manteniéndoles en la dependencia del saber de los profesionales. Pía nos rescata de nuestro ensimismamiento, manifestando que se trata de una utilización perversa y recordando unos de los lemas de TEAdir: *dar saber a los padres*. Uno iría más allá: *ayudar a desbrozar el camino para que pueda mostrarse el saber de los padres*. Es Ana, finalmente, quien rubrica: "La primera vez que oí a una profesional decir... ¡jo! qué fantástica idea tuviste, fue aquí. Habíamos vivido 14 años oyendo que *lo haces todo mal, cómo se te ocurre, eso no se puede hacer, que al niño hay que decirle así, así y asá...*". ¿Quién hace sentir culpables, incapaces y dependientes a

los padres? La conversación deriva hacia la confianza. Cristina Califano subraya que el buen encuentro genera confianza: "es la confluencia de estas cosas... la transferencia, en términos psicoanalíticos".

Iván, en Barcelona, profundiza también sobre los grupos de padres: "no son grupos para reivindicar ni para disfrutar de la queja. Son grupos para descubrir aquello que cada padre y cada madre ha encontrado en la relación con sus hijos, aquello que ha encontrado genuinamente en su relación". Y nos comenta este punto en relación al documental sobre autismo que realizó junto a Silvia Cortés ("*Otras voces*", 2012): "Cuando hice la película escogí padres que habían respondido de una manera muy personal y original a las dificultades que planteaban sus hijos. Porque sino, muchas veces, a los padres se les pide que tengan respuestas estandarizadas como padres".

En Zaragoza, en el grupo de madres y padres que conduce Gracia, los temas se suceden con naturalidad a pesar de nuestra presencia como observadores: problemas cotidianos, como ir por la calle, los producidos por la literalidad -tan graciosa a veces, tan entorpecedora a menudo-, los hermanos, las dificultades de espera, la necesidad de un respiro en forma de lugar donde los hijos puedan pasar un fin de semana sin los padres, las reacciones de las gentes, familiares y anónimas, el dolor de la no comprensión, la dura separación y autonomía, la culpa de lo que uno hizo cuando no entendía: *yo le decía a mi hijo que era tonto...* Todas las asociaciones de padres de TEAdir, nos explica Iván, están acompañadas de algún psicoanalista, cuestión importante para contravenir ese efecto identificatorio del colectivo de padres y esa tendencia a la disolución. Pero son asociaciones de padres. En Euskadi redundan sobre la cuestión: "aquí estamos todos juntos en la asamblea. Buscamos expresamente que hubiera profesionales y padres, para que estén las dos cuestiones en la junta. Siempre necesitamos del otro. Estamos construyendo ahora unas jornadas, necesitamos las miradas de los profesionales, yo me siento más fuerte como madre, pero necesito del discurso",

nos dice Cristina Sarduy. Cristina Laborda, en Zaragoza, apunta en la misma dirección: "en las reuniones de padres siempre hay algún profesional. Tenemos muy claro que los padres tenemos que ir de la mano de los psicoanalistas. Y los psicoanalistas también lo tienen que tener claro".

En Bilbao se medita sobre la dificultad de ser padres, de las complicaciones que van apareciendo con un niño que actúa de manera bizarra, que no se explica, que tiene hermanos muy diferentes, de las maneras de hacer distintas entre padres, de las dificultades y del no siempre consenso en las decisiones del día a día, con frecuencia cuestionadas, los reproches del uno al otro por el trato al hijo, familiares que no entienden... Ana concluye lacónica: "Se ven muchas rupturas a nivel de pareja que vienen de la mano del autismo". En voz baja, se escucha: "Es que el asunto se las trae". Pía aporta la reflexión: "El autismo, ese sujeto que no habla, que no anuncia, genera mucha discordancia, mucho vacío, incertidumbre y angustia. Y ese es fácil espacio para el desencuentro, entre escuela y familia, entre la pareja, entre la familia extensa...". Ana comenta, mitad jocosa, mitad apenada, que ha dejado de ser ella, que ahora sólo es *amatxu*<sup>2</sup>, en casa, en el trabajo... Ella e Ignacio nos explican el tiempo familiar y de pareja que les absorbe la asociación.

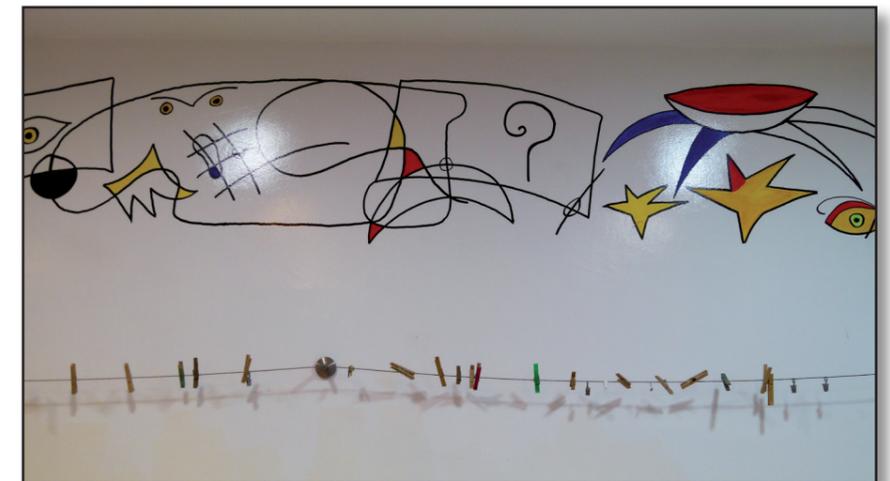
**Artistas/Autistas** es un proyecto desarrollado en TEAdir-Aragón y coordina-

do por Cristina Laborda: "surgió de tres personas con autismo a los que profesionales de la cultura vieron que tenían un valor que había que sacar a la luz. No es desde lo terapéutico u ocupacional, es dando valor a esas personas como creadores... Nosotros los llamamos artistas. Es una obra de un artista, no el dibujo de un chavalín". El proyecto pretender desmitificar, también, la idea que tiene la sociedad del autismo. Cristina desborda entusiasmo cuando nos describe el proyecto que empezó a partir de los dibujos y pinturas de su hijo Manuel: "Sobre todo, el objetivo es dar visibilidad a nuestra manera de ver... El arte es una buena herramienta para esas cosas. Con los artistas ellos encajan muy bien...". Del proyecto *Artistas/Autistas* se desprende, por un lado, la exposición ambulante *El mundo en singular (I Encuentro de Jóvenes Creadores con el Autismo)*, inaugurada en mayo de 2015 en Zaragoza y que ha recorrido diferentes lugares (como Venecia el año pasado), incorporando cada vez a más artistas. Leemos en el catálogo de la exposición: "Desde TEAdir estamos seguros de que iniciativas como ésta sacarán a la luz otros talentos y ayudarán a muchas familias a mirar a sus hijos más allá de las dificultades". Con *Un mundo en singular* "hicimos una exposición seria". Por el otro, conecta con *Andar de Nones*, un taller creativo no terapéutico que se desarrolla en el espacio HARINERA ZGZ, que se gestiona de



En Bilbao hablamos, escuchamos, básicamente sobre madres y padres: sus angustias, sus preocupaciones, sus luchas, sus enfados, sus exigencias, sus espacios, sus rupturas y sus anhelos. M<sup>a</sup> Jesús lo había expresado muy bien en la lluviosa Zaragoza: "igual que los niños pueden sentirse sin *agarres* al mundo, al padre le pasa lo mismo". Y Ana, en Bilbao, ese día de inverosímil sol, nos lo transmite con la misma fuerza e imagen: "los encuentros con padres son el *agarradero*, a veces hay momentos muy malos y necesitas venir". Cristina Califano, responsable de ese grupo de madres y padres, da forma a ese agarradero: "hay un día fijo, el último viernes de cada mes, eso está ahí como un *ancla*. Es un ancla donde ellos pueden

como madre: "yo no sé cómo vine a parar aquí. A veces, lo que nos pasa a los padres no es tanto saber lo que queríamos, sino intuir lo que no queríamos. Te llevan a unos sitios determinados y de repente te das cuenta que eso no es... Es importante poder confiar. Siempre queda la duda de si estás en el camino o no. Luego, miras a tu hijo y sabes si vas por el buen camino o no. Un día, hablando con otra madre de un niño con Asperger, me decía que era una faena trasladar a las familias tener que decidir cuál es la terapia cuando no tenemos información ni conocimiento. Eso se vive con tensión. Incluso, la sorpresa de que haya orientaciones diferentes, tener que tomar esa decisión... cuando sabes que es la decisión más importante



El arte impregna las paredes del Torreón en Zaragoza.

<sup>2</sup> Mamá, en euskera.

manera colaborativa entre Ayuntamiento, tejido vecinal y todos aquellos agentes culturales que han decidido sumarse a esta iniciativa (TEAAdir-Aragón forma parte de ellos). Todas las decisiones sobre el espacio (usos, mecánicas de funcionamiento, contenidos programáticos...) se toman de manera colectiva. "Ahora van saliendo encargos o proyectos. Hay una fábrica de cervezas artesanas y ecológicas que nos ha encargado las etiquetas. Y harán una edición especial que se llamará *Andar de Nones*. Hay otro espacio en Zaragoza que también nos ha encargado para verano una pintura mural... Van surgiendo cosas fuera del ámbito de la discapacidad... desde lo creativo, porque gusta lo que hacen". Gracia remarca dos significantes que han acompañado a TEAAdir-Aragón desde el inicio y que han inspirado el proyecto Artistas/Autistas: dignidad y respeto.

Las asociaciones TEAAdir ofrecen diferentes servicios a las personas con autis-



mo y a sus familiares: talleres de juego, talleres de conversación, talleres de adolescentes, colonias de verano, grupos de madres y padres. Iván nos explica la filosofía de los dos talleres de juego que semanalmente funcionan en Sant Boi y Barcelona, para niños entre dos y siete años: "es un taller de juego, pero nosotros no enseñamos a jugar. Lo llamamos así porque esa es la perspectiva, un taller donde se podría algún día llegar a jugar. Pero para jugar se necesitan muchas condiciones, muchos



Momento de actividad compartida en el taller de juegos de Barcelona.

elementos deben haberse producido. Lo que nosotros hacemos es ofrecer un espacio abierto, vacío de demanda, partiendo también de la hipótesis de que el autista, en tanto que ya sabe el trabajo antes de llegar al taller, vendrá al taller a hacer el trabajo de construcción que le es propio. Nosotros abrimos este espacio para que eso aparezca". Detrás de estos talleres y del resto de actividades hay constantes reuniones de reflexión, de supervisión, de investigación. El tratamiento de los niños y niñas se fundamenta en el modelo "práctica entre varios", deducido de la teoría psicoanalítica lacaniana y creado por el Dr. Antonio Di Ciaccia hace 30 años en Bruselas. Iván nos remarca que uno de los puntos fuertes de este trabajo es la rotación de los intervinientes (nombre que reciben los terapeutas). Nos interesa su opinión y la queremos contrastar con la máxima de Asperger sobre la importancia de la continuidad de las personas referentes. "No hay ningún sábado en el que estén los mismos intervinientes que el sábado anterior. Es un equipo de catorce intervinientes y personas de prácticas, pero van rotando cada sábado y si tenemos ocho niños en el taller, hay cinco intervinientes. Lo que queremos conseguir es evitar al máximo que un niño quede demasiado adherido a un interviniente o a una persona en concreto. Esta rotación favorece el lugar del otro, pero no a la persona que ocupa el lugar del otro. Me parece que es interesante

que un niño con autismo tenga la posibilidad de un espacio donde se le ofrezca algo más que no sea esta relación simbiótica con el otro. Y creo que no son incompatibles las dos maneras. Incluso diría que es interesante que estas dos maneras estén diferenciadas, porque como profesional me he encontrado con algunos niños que pueden acceder a la relación a partir de esta simbiosis con el otro, pero también en otros casos se dan muchas dificultades en el momento de separarse".

Eduard Fernández nos enseña el taller de juego que desarrollan en Barcelona en el Centre L'Alba, que cede a TEAAdir sus espacios, y nos explica que hacen tres talleres al mes porque el cuarto "lo dedicamos a reunión de equipo, para pensar qué puntos reinventar, cuáles han funcionado... y dar todo el valor al caso por caso. Las reuniones de equipo y la formación son fundamentales". Nos explica que todos los intervinientes son psicólogos y se forman en el ámbito del autismo. Destaca la importancia de la formación continua. Habla de la existencia de un grupo de investigación, de la vertiente clínica. "No se trata de un espacio de ocio". Redunda en la idea de que "hay tantos autismos como autistas", de que lo que sirve para uno puede no servir o incluso angustiar al de al lado: "desconfiamos de esas metodologías de para todos lo mismo". En el taller, apreciamos la profundidad, los matices y la sutileza con los que conocen

a cada niño y que es la mejor prueba de su discurso. Nos lo transmite con cariño y con respeto por las diferentes formas de expresión, desde las lluvias de papelitos a la construcción con piezas de lego de una estación de tren. Eduard destaca, asimismo, la importancia de la relación con los padres. Previamente, en entrevistas para conocer al niño y para explicar la propuesta de trabajo. Pero también en un retorno al final de cada sesión, donde unos pueden explicar cómo ha transcurrido la semana y otros, el taller.

A finales del año 2015, TEAAdir se ve en la obligación de redactar un manifiesto en defensa de lo que debieran ser olvidadas, a partir de una agresiva campaña iniciada por una asociación de padres y madres, *Aprenem*, que pretende imponer una verdad única en el abordaje de los TEA en la red pública catalana. "Exigían a la administración -nos cuenta Iván- que dijeran a los profesionales cómo tenían que trabajar, cosa nunca vista en este país, que los padres dictaran a los políticos lo que debían hacer los profesionales. Y con la bandera de la evidencia científica que sostienen de las técnicas basadas en el método ABA. Esta asociación de padres se acompañó de unas guías internacionales de buenas prácticas, en las que se basaban para sostener el ataque contra el psicoanálisis y la defensa de los mé-



"Un taller donde se podría algún día llegar a jugar."

todos con evidencia científica. Nosotros nos leímos esas guías, en inglés, y nuestra sorpresa fue constatar que en ninguna de esas guías se sostiene que haya evidencia científica de que ningún método obtenga mejores resultados que los demás, ni que se puedan generalizar, ni tampoco que se puedan generalizar a lo largo de la vida de una persona".

Prosigue Iván explicándonos que Neus Carbonell y él mismo escribieron el *Manifiesto de Minerva*<sup>3</sup>, dentro del Foro sobre Autismo celebrado en Barcelona,



"Con respeto por las diferentes formas de expresión"

para clarificar las cosas y hacer públicos los intereses ocultos que se esconden detrás de las legítimas reclamaciones de unos padres. El Manifiesto se cuestiona quiénes son los profesionales y expertos que asesoran a esa asociación de padres y a qué instituciones están vinculados y de qué conocimientos sobre la diversidad de formaciones y orientaciones clínicas parten, que malinterpretan voluntariamente el psicoanálisis. Es un manifiesto a favor de las causas legítimas que rechazan el autoritarismo, a favor de la democracia que permite la elección y a favor de la multidisciplinariedad y las opciones teóricas diversas. *El Manifiesto de Minerva* es una llamada al respeto mutuo entre los profesionales, los familiares y los representantes de la administración y los políticos. Se puede leer en él que "sabemos que pensamos diferente, pero creemos que desde el respeto nos podemos exigir, también, realizar bien nuestro trabajo".

La razón de que hayan aparecido los TEAAdir, reflexiona Pía en Bilbao, "es que, con esta deriva social hacia el control, la evaluación y la cuantificación, el que más riesgo corre es el autista, porque no dice *yo estoy aquí* y puede acabar crucificado. En esa deriva, el cognitivismo es el que mejor cuadra, porque se dedica a producir datos. Ahora todo son estadís-

<sup>3</sup> <http://autismos.elp.org.es/manifiesto-de-minerva-en-respuesta-a-la-campana-de-la-associacio-aprenem/>



ticas y cumplir números, toda esa parte protocolaria ha borrado la clínica...". M<sup>a</sup> Jesús Compadre muestra su indignación: "¿tanto cuesta entender que eso debería ser así no solo para las personas con autismo, sino para todo el mundo? La particularidad, de cada alumno, de cada persona que va al médico... ¿Cuesta eso tanto de entender? ¡Tanto protocolo! ¡Yo vengo a hablar de mí!". Pía es, tímidamente, optimista: "la aparición de TEAdir ha tenido un efecto revulsivo dentro de estas esferas y parece que se están empezando a mover cosas".

De pronto, miramos el reloj y nos compadecemos por el paciente que espera a Iván. Hemos superado el tiempo que teníamos concertado para la entre-

La **Federación TEAdir España** se constituye como lugar de representación de todas aquellas entidades que creen necesaria la pluralidad de abordajes clínicos, educativos y terapéuticos para el autismo dentro de la oferta pública y del ámbito privado. Defendemos el psicoanálisis como uno de estos abordajes a la vez que reconocemos la necesidad de otros, que permitan a los padres hacer recorridos diversos en función de su propia sensibilidad, ideales educativos y momentos de la vida de sus hijos y de ellos mismos.

vista. Hay que interrumpir la conversación. Por fortuna, el *setting* lacaniano nos ha regalado unos minutos de más. Bromeamos sobre el hecho de que, sin que ello sirva de precedente, por una vez le hemos encontrado la gracia a ese contingente establecimiento de los tiempos. Sentimos que, más allá de las palabras, estamos cercanos al discurso que acabamos de escuchar. Agradecemos a Iván su apasionada dedicación.

Ya vamos acabando el encuentro en Bilbao. Ana medita en voz alta: "esta manera de hacer no sólo vale para el autista o el psicótico, es para todo el mundo en general. Yo en mi trabajo no aplico el psicoanálisis, pero sí tengo una mirada diferente" y se transmuta en *amatxu* Ana y nos da toda una lección de cómo cuidar al relatarnos esa mirada comprensiva que aplica a la vida, a las personas de su entorno y a su trabajo de enfermera. Alargamos en una mesa de bar de una concurrida Plaza Nueva la conversación sobre otros temas, mientras compartimos *pin-txoak* y sol. Nos cuentan cómo **Alberto Lasa** les ha ayudado en más de una ocasión. Y nosotros no dejamos Bilbao sin robarle un café a Alberto y disfrutar de su culta, amena y cercana conversación, agradecerle sus entradas para el Museo Guggenheim y su reciente libro de regalo y dedicar nuestras últimas horas en la ciudad a seguir sus consejos de cicerone: subir en funicular al Monte Artxanda y visitar la Alhóndiga. Antes, hemos dialo-

gado con las esculturas laberínticas de la Materia del Tiempo de Richard Serra.

**Miguel** da saltitos de alegría en la Plaza de Ariño, cercana a la del Pilar, en Zaragoza, cuando sus padres ceden a su petición y le permiten acompañarnos en taxi hasta la estación de Delicias, desde donde partirá nuestro tren, mientras ellos se acercan en coche particular. Se sienta en la parte posterior, entre Susanna y Núria, y tan pronto como el taxi se pone en marcha empieza a recitar las calles por las que pasamos, indicándonos en algunos casos algún familiar que tiene el domicilio en la zona. Después

- TEAdir Catalunya (2010)
- TEAdir-Aragón (2012)
- TEAdir Euskadi (2013)
- Exposición El mundo en singular (2015)
- Manifest de Minerva (2015)
- Federación TEAdir España (2016)
- TEAdir Granada (2017)

de un rato de atenta escucha, el taxista le comenta: *Veo que te sabes muy bien las calles... ¿Me ayudas a ir hasta la estación?* Miguel acepta, entre satisfecho y prevenido. Su incomodidad se torna en silencio en el momento que empezamos a recorrer lugares que desconoce. El taxista está al tanto y le echa un capote: *Yo giraría ahora por esta calle... ¿Qué te parece?* A Miguel se le despeja el nublado cielo zaragozano y corrobora, presto, también aliviado, la propuesta que le hacen. Un poco más adelante, reconoce triunfal el camino que nos acerca a Delicias y se lo indica a su nuevo amigo conductor. La dulzura de Miguel, que ha heredado la amabilidad de sus padres, M<sup>a</sup> Jesús y **José Antonio**, y la sensibilidad del anónimo taxista dibujan un bonito epílogo a nuestro encuentro con los TEAdir. ●

# HANS ASPERGER

– Equipo *eipea*<sup>1</sup> –

Lorna Wing<sup>2</sup> rescató a HANS ASPERGER del olvido científico a principios de los años ochenta del siglo XX. Diez años después, Uta Frith<sup>3</sup> tradujo por primera vez de forma fidedigna sus escritos a la lengua científica vehicular, el inglés, lo que contribuyó a su difusión. Y parece ser que el idioma en el que Asperger escribió, el alemán, y la época en que lo hizo, entorno a la segunda guerra mundial, son los principales motivos que provocaron ese relativo ostracismo.

Asperger -psiquiatra, pedagogo e investigador austríaco- nació en Hausbrunn, no lejos de Viena, el año 1906. Según algunas referencias biográficas recogidas<sup>4</sup>, fue el hermano mayor de dos y mostró ya desde pequeño aptitudes especiales para el lenguaje, siendo conocido en su escuela por su particular interés en la cita de frases del poeta nacional austríaco Franz Grillparzer. Se comenta también su dificultad para entablar amistades y su tendencia a referirse a sí mismo en tercera persona. En una entrevista que Uta Frith realizó a una de sus hijas, Maria Asperger-Felder, ésta lo definió como “distante y silencioso, aislado de la familia, satisfecho con su propia compañía” y describió su interés por la lengua alemana y su constante preocupación por las citas como “extraña e intensa”. También mencionó su torpeza. Todas estas circunstancias llevaron a los psiquiatras Victoria Lyons y Michael Fitzgerald a escribir el artículo citado con el comercial título de



“¿Tenía Hans Asperger el Síndrome de Asperger?”.

Pero más allá de esas características personales, o tal vez debido a ellas, Asperger estuvo desde siempre interesado en los niños con trastornos de la personalidad. Estudió Medicina General en Viena con la intención de especializarse en pediatría y realizó prácticas en el Hospital Infantil de la misma ciudad interesándose en la *Heilpädagogik* (la Pedagogía Curativa), que se venía desarrollando en esta institución desde el año 1918: “Un acercamiento específico que no debe confundirse con la reeducación; una síntesis intuitiva de la práctica médica y educativa, un instrumento de referencia tanto para médicos como para enfermeras, maestros y terapeutas... y, sobre todo, una actitud mental que se esfuerza en considerar al niño globalmente; es decir, sin olvidar las dimensiones educativas y pedagógicas en su vida cotidiana y en los diagnósticos mé-

dicos, en los tratamientos y en las evaluaciones”, como nos explica Lasa<sup>5</sup>.

Esta visión marcará su concepto de autismo y su metodología de trabajo: “Creemos que la naturaleza de una persona sólo se revela de manera auténtica a quien vive con ella, si es que puede observar las innumerables reacciones que tienen lugar en la vida diaria, en el trabajo, en la escuela, en el juego, bajo presión y en la actividad espontánea en un contexto libre y distendido”, dice Asperger, citado por Lasa en el artículo mencionado. Asperger opinaba que, a pesar de las dificultades importantes que generaban, estos niños tenían capacidad de adaptación si se les proporcionaba una orientación psicopedagógica adecuada, que -especificaba- pasa por una relación familiar, educativa y médica continuada, de seguimiento cercano y prolongado. O por tener en cuenta aspectos como “la reacción favorable de los niños si se les presentan las órdenes no como personales, sino como una ley objetiva impersonal. Cuando la realidad está estructurada, les parece menos peligrosa y más habitable”.

Su principal trabajo<sup>6</sup> es una descripción detallada y vivencial de cuatro casos de autismo (Fritz, 11 años; Harro, 8; Ernst, 7 y Helmut, 17), de su cuadro clínico con serias dificultades para relacionarse a pesar de la aparente adecuación cognitiva y verbal, comportamientos peculiares, que comportan sufrimiento al entorno y a aquellos profesionales que los atienden. Pero, a pesar de las críticas recibidas por



basar sus comentarios en estos cuatro casos, complementará la información con más de doscientos casos observados durante veinte y treinta años. El nombre que eligió para este patrón de características fue el de *Psicopatía autística*, nombre que debe ser contextualizado en su época y en la intención que le da el propio Asperger, más cercana a *trastorno de la personalidad* y alejado de lo que hoy entendemos como *psicopatía*. El patrón de comportamientos que describió incluye la falta de empatía, la escasa habilidad para entablar amistades, las conversaciones con uno mismo, la fijación intensa en determinados asuntos y los movimientos torpes. Menciona también el habla peculiar de estos niños: fluida, extensa, literal y pedante, con dificultades para entender algunas bromas sutiles. Situó la aparición de síntomas entre los dos y los tres años o, a veces, en una edad más avanzada y observó una mayor proporción en niños que en niñas. Consideró que el síndrome era de transmisión genética y apuntaba que las características tendían a darse en las familias, en especial en la figura del padre. Hans Asperger opinaba que la persistencia en el tiempo de la personalidad

autística constituía la prueba concluyente de que se trataba de una entidad natural y que a partir del segundo año se encontraban ya los rasgos característicos que se mantenían claros y constantes durante toda la vida.

Se habla, a veces, de la visión excesivamente optimista de Asperger respecto al pronóstico. En cierta manera, él hace más referencia al modo peculiar de mirar la vida de estos niños que a sus carencias. También se destaca el tiempo que le tocó vivir y su papel en relación a una definición de los niños que luchara contra la eugenesia nazi de la época: “Estamos convencidos, por tanto, de que las personas autistas tienen un lugar en el organigrama de la comunidad social”. En todo caso, reconoce la dificultad de insertar socialmente a estos sujetos debido a su falta de adaptación al mundo externo. Y tiende menos a hablar de enfermedad que de sufrimiento (de los niños y de aquellos que le rodean). Pero también se refería a estos niños como “pequeños profesores” (*kleine Professoren*) por su gran habilidad en hablar de sus temas favoritos con gran detalle y profundidad y resaltaba cómo muchos de ellos dedicaban su talento de adultos para seguir carreras exitosas. Fue, incluso, más allá al escribir: “Parece que para tener éxito en la ciencia o en las artes, una pizca de autismo es esencial”. Y subraya, como rasgo que lo justifica, la mayor capacidad en focalizar: “Un gran número de jóvenes elige el trabajo equivocado porque, teniendo el mismo talento en diferentes áreas, no pueden llegar a concretar la focalización en una sola carrera. Con los individuos autistas, la cuestión es totalmente distinta. Con acopio de energía, obvia confianza y, sí, también, con una actitud estrecha de miras hacia las recompensas que ofrece la vida, ellos siguen su propio camino, el camino al que les ha

llevado su talento desde la infancia”. En otro momento de su trabajo, menciona las profesiones en las que suelen destacar estas personas: matemáticos, tecnólogos, químicos industriales y funcionarios civiles de alta graduación.

Leo Kanner ha sido considerado el pionero<sup>7</sup> de la investigación en autismo, ya que publicó su artículo el año 1943, uno antes de la publicación de la tesis doctoral de Hans Asperger. Sin embargo, no sólo esta tesis fue depositada el mismo 1943, sino que además cinco años antes, Hans Asperger realizó una conferencia<sup>8</sup> en el Hospital de la Universidad de Viena describiendo las características de las psicopatías autísticas basadas en el estudio de sus casos. Hay quien, incluso, ve el comienzo del clásico artículo de Kanner (“Desde el 1938 hemos tenido constancia de un número de niños...”) como un implícito reconocimiento a este hecho y también quien considera sospechoso el silencio de Kanner sobre los trabajos de Asperger, que no podía dejar de conocer. En cualquier caso, parece que el propio Asperger consideraba como diferentes síndromes, a pesar de las similitudes, los descritos por él y por Kanner. Los autores que le citan antes del redescubrimiento de Wing, básicamente en lengua alemana, entienden que la patología que relata es diferente a la descrita por Kanner, de aparición más tardía y referida a niños menos aislados y de mejor pronóstico (Bosch, 1970; Van Krevelen, 1971; Wolf y Chick, 1980).

A finales de la II Guerra Mundial, en la que fue oficial médico, abrió una escuela para niños con psicopatía autística con la Hermana Victorine Zak (descrita por Asperger como “el alma de la sala, un genio”), quien desarrolló los primeros programas para niños con lo que ahora conocemos como Síndrome de Asperger, con tratamientos basados

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

<sup>2</sup> Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological medicine*, 11, 115-129. Cambridge University Press.

<sup>3</sup> Frith, Uta (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. New York: Cambridge University Press.

<sup>4</sup> Lyons, V. & Fitzgerald, M. (2007). Did Hans Asperger (1906-1980) have Asperger Syndrome?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37:2020-2021. New York: Springer.

<sup>5</sup> Lasa, A. (2006). Asperger vuelve. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (8), 7-10. Barcelona.

<sup>6</sup> Asperger H (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117: 132-135.

<sup>7</sup> En el primer número de la revista *eipea*, hacíamos referencia a otro olvido histórico en esta relación de los pioneros, el de la psiquiatra rusa Grunya Sukhareva.

<sup>8</sup> Asperger, H. (1938). Das psychisch abnormale Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51, 1314-1317.



en la música, el teatro y la palabra para enseñar a los niños habilidades sociales<sup>9</sup>. En un bombardeo, ésta murió y la escuela quedó destruida juntamente con gran parte de las primeras investigaciones de Asperger. Poco tiempo después de

acabada la conflagración, fue jefe del Departamento de Pediatría de la Universidad de Viena y nombrado director de la clínica infantil de la ciudad, cargo que ejerció durante más de veinte años. A partir del año 1964 lidera la ONG Aldeas Infantiles en Hinterbrühl. Adam Feinstein<sup>10</sup> refleja en su libro las opiniones de la Dra. Elisabeth Wurst, que trabajó con Asperger los años sesenta y setenta del siglo pasado, y al que definió como “una persona alta, a la que le gustaba explicar historias. Como un abuelo, con el pelo blanco, paciente y respetuoso y que te hacía sentir que le interesaba lo que explicabas” y de otra colega, la Dra. Maria Theresia Schubert, que enfatiza que “era muy apreciado por los niños, a pesar de que marcaba una cierta distancia respecto a ellos (...) Mi impresión era de que se trataba de una persona muy tolerante, que no empujaba a nadie en ninguna dirección determinada, dando a sus empleados una gran libertad”. Fue

nombrado profesor emérito el año 1977 y murió tres años después en Viena. Hans Asperger publicó hasta 359 estudios en revistas científicas, la mayor parte de los cuales referidos a dos temas: las psicopatías autísticas y la muerte.

A pesar de las controversias sobre su validez nosológica, el Síndrome de Asperger propuesto por Lorna Wing se incluye en el CIE-10 el año 1993 y en el DSM-IV en el 1994. El año 2006, coincidiendo con el centenario de su nacimiento y el vigésimo quinto aniversario de la publicación de Lorna Wing, se decreta el año del Síndrome de Asperger y, a partir del año 2007, el 18 de febrero (fecha del nacimiento de Hans Asperger) como Día Internacional del Síndrome de Asperger. Actualmente, el Síndrome de Asperger ha sido eliminado como categoría independiente en el DSM-V (2013) e incluido dentro de los Trastornos del Espectro Autista. ●

<sup>9</sup> Feinstein, A. (2010). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. UK: Wiley-Blackwell.

<sup>10</sup> Op. cit.