



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARTES

Escuela de Postgrado

Postítulo de Especialización en Terapia de Arte

Mención Arte terapia



LA HUELLA QUE SOY: ampliando el repertorio de experiencias de comunicación e interacción a través del Arte terapia en un niño con Trastorno del Espectro Autista.

Estudiante

Isabel Carolina Astroza Zúñiga

Pediatra

Universidad de Chile

Profesora Guía y Supervisora de práctica

Paulina Jara Aguirre

Arteterapeuta, Universidad de Chile

Santiago de Chile

2017

## **Agradecimientos:**

Agradezco a Rayén y Amanda, mis dos farolitas incondicionales, quienes junto a tantas otras mujeres han dotado de riqueza y enseñanzas mi vida partiendo por Sonia, mi madre.

A todas y todos quienes me han animado y acompañado en mis búsquedas creativas, y que me han ido enseñando a acompañar a otros en sus propios procesos creativos y de sanación.

## **Resumen o abstract**

La siguiente monografía aborda los aportes del Arte terapia en contextos de rehabilitación e intervención precoz en niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista (TEA). Revisa en su marco teórico, desde una mirada integradora cognitiva –psicoanalítica, la etiopatogenia, criterios diagnósticos y principales teorías sobre el funcionamiento autista; así como las principales características del quehacer arte terapéutico, haciendo un cruce entre triángulo terapéutico (sujeto-imagen-terapeuta), proceso creativo y teorías centrales sobre el funcionamiento autista. Para luego, tras presentar la intervención arte terapéutica vivida junto a un niño de cuatro años con TEA, durante trece sesiones entre septiembre y diciembre de 2016, analizar en la discusión y conclusiones cómo la experiencia arte terapéutica proporciona experiencias y aprendizajes que permiten ampliar el repertorio personal de herramientas para el lenguaje comunicativo e interacción social del niño; mejorando su contacto consigo mismo, su entorno e impactando positivamente en su calidad de vida.

**Palabras claves:** Arte terapia, Trastornos del espectro autista, Rehabilitación, Intervención precoz.

## Índice

<b>Introducción</b>	6
<b>Capítulo 1: Marco Teórico</b>	
1.1 Introducción de la temática global	7
1.2 Aspectos de la población con la que se trabaja:	
1.2.1 Conceptos básicos sobre las personas con TEA	7
1.2.2 Repercusiones psicológicas y emocionales en la persona con TEA	21
1.2.3 Necesidades específicas de las personas con TEA	26
1.3 Arte terapia	
1.3.1 Conceptos y definiciones de AT relacionadas al caso estudio	31
1.3.2 Arte terapia y TEA	32
<b>Capítulo 2: Descripción de la práctica</b>	
2.1 Descripción general	42
2.2 Antecedentes del caso estudio	43
2.3 Objetivos de la intervención	52
2.4 Setting	52
2.5 Técnicas y enfoques utilizados	55
2.6 Estudio de caso	
2.6.1 Relato del proceso arteterapéutico.	60
2.6.2 Análisis y discusión	83

**Capítulo 3:** Conclusiones

3.1 Síntesis y reflexiones: 93

Perspectivas y proyecciones del AT en TEA

Comprensión de la relación triangular en AT en el caso de estudio

**Bibliografía** 102

## **Introducción.**

La presente monografía se enmarca dentro de los requisitos para optar al Título de Especialista en Terapias de Arte, mención Arte terapia y tiene como objetivo central el sustentar a través del marco teórico y la experiencia arte terapéutica, la correlación y por lo tanto posibilidad de retroalimentación, entre los saberes cognitivos, psicoanalíticos y del quehacer arteterapéutico en personas con TEA. En particular en población infantil, en contextos de procesos de intervención precoz, ya que la intervención arte terapéutica incluida corresponde a la vivida junto a un niño de 4 años.

La intervención consistió de 13 sesiones semanales llevadas a cabo en un centro de apoyo terapéutico multidisciplinario para niños y niñas con TEA entre septiembre y diciembre del 2016. El objetivo central de la intervención fue facilitar para este niño, a través del contacto y proceso creativo con materiales artísticos, la adquisición de experiencias y aprendizajes que le permitieran ampliar su repertorio personal de herramientas para el lenguaje comunicativo e interacción social; mejorando el contacto consigo mismo y su entorno. Áreas muy necesarias para poder impactar positivamente en su calidad de vida.

La estructura general de esta monografía constará de 3 capítulos, correspondientes a Marco teórico, Descripción de la práctica y Conclusiones respectivamente. El marco teórico revisará, desde una mirada integradora cognitiva –psicoanalítica, la etiopatogenia, criterios diagnósticos y principales teorías sobre el funcionamiento autista; así como las principales características del quehacer arte terapéutico, haciendo un cruce entre triángulo terapéutico (sujeto-imagen-terapeuta), proceso creativo y teorías centrales sobre el funcionamiento autista. En la descripción de la práctica se dará cuenta de la intervención arteterapéutica como tal, relevando la importancia de la relación triangular, la elección de materiales y las cualidades entregadas por éstos a la exploración del niño, destacando los principales momentos en que el proceso arteterapéutico brindó experiencias y aprendizajes significativos al objetivo central de la intervención. En las conclusiones entrego una visión global sobre los aportes del Arte Terapia para el trabajo con personas con TEA, relacionando el marco teórico, el proceso terapéutico y los aprendizajes vividos en mi propio rol como arteterapeuta.

## Capítulo 1 Marco Teórico

### 1.1 Introducción a la temática global abordada.

Para poder aproximarnos a una comprensión más cercana del camino que recorren tanto las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA), sus familias y entorno cotidiano, es necesario conocer cuáles y de qué forma los elementos que constituyen el sustento de sus habilidades comunicativas, sociales e imaginativas toman un curso diferente al de otras personas, con las consiguientes repercusiones en cuanto a su funcionamiento cognitivo, emocional y social en todo su amplio significado biopsicosocial. Conocer estos aspectos es fundamental no solo para empatizar y poder relacionarnos mejor con estas personas, sino también para comprender de qué formas el Arte terapia puede utilizarse como herramienta valiosa en términos de rehabilitación e inclusión social, así como forma de expresión y autocuidado. A continuación, revisaré algunos de los elementos que consideré más relevantes para ello.

### 1.2 Aspectos de la población con la que se trabaja:

#### 1.2.1 Conceptos básicos sobre las personas con TEA.

Antes de iniciar una descripción detallada en términos de antecedentes, evolución de la nomenclatura y criterios diagnósticos para las personas con TEA, me parece importante comentar varios conceptos que han ido cambiando la mirada sobre esta condición tan estrechamente vinculada a áreas como el neurodesarrollo y la salud mental. Estos cambios de paradigma, han ido generando un diálogo cada vez más enriquecedor entre los aportes cognitivos y los psicoanalíticos, estableciendo puentes valiosos para nuestra labor arte terapéutica también.

Lo primero es mencionar que durante décadas primó, en torno a la problemática autista, una línea de investigación muy biologista y reduccionista, considerando a **“lo genético”** como factor de causalidad linear, subestimando consecuentemente los aportes del psicoanálisis y entregando una visión poco esperanzadora sobre la rehabilitación y promoción de una mejor calidad de vida para estas personas.

Actualmente por fortuna, en coincidencia con los avances investigativos de ciencias como la **neurobiología, genómica y epigenética**, existen miradas más integradoras que van logrando desmitificar ese concepto y que se abren al diálogo con otras ciencias y/o áreas de conocimiento como la psicología evolutiva o del desarrollo, la psicopatología y el psicoanálisis que desde mucho antes estudiaban los probables procesos y dinámicas que conducían a los TEA. De ellas, la **genómica** estudia el cómo las redes de genes en nuestro organismo interactúan entre sí y la **epigenética** describe al conjunto de interacciones entre genoma –entorno que conducen a la expresión genética de un determinado organismo (Larbán, 2014, p.89). Para la epigenética los factores genéticos que cada uno de nosotros trae en su ADN, son solo indicadores de vulnerabilidad o factores predisponentes, siendo el resultado de la interacción de éstos con el entorno (factores ambientales tanto de riesgo como protectores) lo que determina o no su expresión. Así, nos constituimos como un sistema abierto, donde en palabras simples, la epigenética vendría a reflejar *el cómo vivimos*, y aquellos factores de riesgo interactivo y psicosocial (del ambiente) tampoco serían causales de un trastorno por sí solos. La ausencia o deterioro de funciones/habilidades en las personas con TEA requiere de un sustrato biológico y de una interacción ambiental, lo cual quedará muy reflejado cuando más adelante comente algunos conceptos sobre las neuronas en espejo.

Otro concepto importante es comprender que *el cómo vivimos*, no es una condición inalterable, sino que **transmuta a través del aprendizaje** y por lo tanto varía en relación al contexto cultural en el que nos desarrollemos. Sobre eso hay amplios estudios en parejas de gemelos, concluyéndose, según Ruiz-Flores, M (2010) en Larbán (2014) que además de la heredabilidad biológica, basada en mutaciones y muy lenta; **existe una heredabilidad epigenética** sana u alterada resultado de los aprendizajes que vivimos generación tras generación.

Esta cualidad dinámica de la epigenética nos enlaza a otro elemento significativo a considerar, **la plasticidad cerebral**. La plasticidad cerebral o neuronal corresponde a la capacidad de cambio en la organización de nuestros cerebros, en respuesta a una experiencia, tanto en áreas neocorticales como en aquellas relacionadas con la memoria. En el libro “A cada cual su cerebro” (2012), los autores Francois Ansermet (Psiquiatra infantoadolescente)



y Pierre Magistretti (Doctor en Biología), dialogan sobre plasticidad neuronal e inconsciente, destacando muy bien el **rol de la experiencia** en la siguiente cita:

...Más allá de lo innato y de cualquier dato de partida, lo que es adquirido por medio de la experiencia deja una huella que transforma la anterior. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional. El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos a los actos del sujeto, por otro (p.20)

La experiencia entonces (Larbán, 2014) no solo es capaz de modular y cambiar nuestra **huella psíquica** con anclaje somático de lo vivido, sino también **la huella biológica-neuronal**. Puesto en otras palabras, hay un correlato de la huella psíquica en una huella sináptica y viceversa, ambas traduciendo un significante personal e irrepitable.

Estas primeras huellas en nuestras redes neuronales y sus funciones, si bien por los últimos estudios de neuroimagen sabemos que siguen ocurriendo a un ritmo menor durante toda nuestra vida, son especialmente dinámicas e intensas durante nuestros tres primeros años de vida. De ahí lo relevante de aprovechar esta **plasticidad cerebral** realizando intervenciones lo más precoces posibles en personas con TEA.

En la actualidad, se considera que las experiencias tempranas en un niño o niña con factores de vulnerabilidad y de riesgo para TEA, van a determinar tempranamente su riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista. Y por lo tanto la crianza y las primeras interacciones que éste vivencia van a ser siempre un componente importante y esencial en su desarrollo.

En palabras de Larbán (2012) con respecto al funcionamiento autista en el psiquismo temprano (refiriéndose a lactantes menores de 1 año):

La detección temprana del riesgo evolutivo del bebé hacia un funcionamiento autista sería posible en el primer año de vida- y sobre todo en el segundo semestre, - si, además del estudio y valoración de los signos de alarma presentes en el niño, incluyéramos **los factores interactivos de riesgo autistizante**, que se van

desarrollando entre el bebé y su cuidador, evaluados a los 3,6 y 12 meses, del continuo evolutivo de dicha interacción. (p.88).

Recapitulando entonces, estos conceptos introductorios sobre **neuroplasticidad, aprendizaje, experiencia y huella sináptica tienen** un correlato tanto en el desarrollo psicológico de las personas como en el quehacer arteterapéutico y es lo que intentaré dar a entender en el desarrollo de esta monografía.

### **Evolución desde el autismo clásico al concepto de TEA.**

Con respecto al actual concepto de TEA, puedo decir que el camino a éste ha sido largo. Las primeras descripciones de personas con TEA, según comenta la psiquiatra Lorna Wing (1998) fueron hechas por diversos autores en forma aislada. Una de las más precoces fue la del médico francés Jean- Marc- Gaspard Itard en 1801, quien describió a un niño de 12 años de nombre Víctor, quien fue bautizado como “el niño salvaje de Aveyron”. Más tarde, con las descripciones de Leo Kanner el año 1943, se comenzó a acuñar el concepto de autismo clásico y con posterioridad, gracias al reconocimiento en la década de los 80’s por la misma Lorna Wing (Wing, 1981) de los trabajos de Hans Asperger (1944), se comenzó a utilizar el concepto de Síndrome de Asperger.

En sus inicios el autismo fue considerado una forma temprana de psicosis en la infancia. Concepto que cambia con el DSM III (APA, 1980) al incorporársele como una entidad clínica por separado. Algunos años más tarde, en el DSMIII-R se incorpora el término “trastorno autista” (APA, 1987) y posteriormente, gracias a los aportes teóricos sobre afectación dimensional y concepto de espectro de la Dra.Wing (Wing, 1996) se comienza a ampliar aún más la visión reduccionista que se tenía de él hasta esa fecha. Así, con los aportes respectivos del DSM IV (APA, 1994) y el DSMIV-TR (APA, 2000) se realza transitoriamente el alto componente biológico para este tipo de trastornos utilizando la nomenclatura de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).

Los TGD agrupaban a 5 subtipos de autismo, donde destacaban entre los más reconocidos el trastorno autista y el trastorno de Asperger. Este concepto, sin embargo, a la luz de posteriores estudios resultó inadecuado ya que no todos los aspectos del neurodesarrollo se

afectan en estas personas, especialmente en lo referido al nivel cognitivo, donde el espectro de afectación puede ir desde la ausencia de déficit (e inclusive un coeficiente intelectual mayor al promedio) hasta una discapacidad intelectual severa.

Finalmente, el concepto de TEA se incorpora en la publicación de la 5ta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Asociación [APA], 2013). Recogiendo la necesidad de contar con una clasificación de tipo “dimensional” y no categorial (presencia/ausencia de trastorno), que incluyera los diagnósticos espectrales y donde los fenómenos se distribuyeran según grados de funcionalidad o disfuncionalidad. Así también, la gravedad de los casos, pasó a estar determinada por la co-morbilidad médica, cantidad de sintomatología presente y el nivel intelectual (Guía Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista, Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2011, p.10)

En esta monografía en ocasiones se utilizará la palabra autismo, pero en analogía al concepto de TEA ya comentado.

### **Criterios diagnósticos.**

De acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) para concluir que se está frente a una persona con TEA, ésta debe tener comprometidas dos dimensiones principales: **el dominio de la afectación de la comunicación – interacción social (Criterio A) y el dominio de los intereses restringidos y/o conductas repetitivas (Criterio B).**

Para ambas dimensiones se debe especificar el grado de severidad y deben estar comprometidas desde un período temprano del desarrollo ( antes de los 3 años, si bien puede ocurrir que no se manifiesten hasta que las demandas sociales excedan sus capacidades o que los síntomas queden enmascarados por las estrategias aprendidas más tarde) ( **Criterio C**) y los síntomas deben ser causantes de un impedimento clínicamente significativo en distintas áreas de la vida, social, laboral u otras ( **Criterio D**).

Por último, estas alteraciones no se deben poder explicar mejor ni por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo ( **Criterio E**). Lo que no excluye que la

discapacidad intelectual esté como co-morbilidad, en cuyo caso la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel de desarrollo general.

Stein, B y Le Couteur (2003, p.275) describen muy bien los dos dominios afectados para preescolares y escolares, los que presento adaptados en la siguiente tabla resumen:

<p><b>Déficits sociales y de la comunicación:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de interés en otros niños.</li> <li>-Limitado rango de expresiones faciales socialmente dirigidas.</li> <li>-Contacto visual inusual.</li> <li>-Menor capacidad de consuelo y de disfrute con y hacia otro.</li> <li>-Si se desarrolla el interés social posteriormente, persisten problemas en la respuesta social, reciprocidad y capacidad de empatía.</li> <li>-Retrasos severos en el lenguaje, hasta un 50% sin lenguaje útil y cerca de 25 % poseen permanente discapacidad severa en lenguaje receptivo y expresivo. En aquellos con lenguaje, destaca su escasa cualidad social.</li> <li>-Elementos idiosincráticos en el uso del lenguaje: invertir pronombres (referirse a sí mismo como “usted” en vez de “yo”, ecolalia (repetir palabras) y uso de neologismos (palabras inventadas).</li> <li>- Déficits en comunicación no-verbal: puede no usar contacto visual, gestos o vocalización para comunicar su necesidad, pero puede hacer una pataleta o poner las manos del adulto sobre una botella para que le sirva.</li> <li>- Habilidad limitada para imitar o involucrarse en juegos sociales y tienen dificultades significativas con el juego imaginativo espontáneo y la representación, con muñecas o figuras de acción. El juego compartido con otros niños es a menudo difícil.</li> </ul>
<p><b>Intereses restringidos y comportamientos estereotipados:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pre-ocupaciones inusuales (ej.: señaléticas, fechas de cumpleaños, tuberías, cañerías).</li> <li>- Intereses restringidos (trenes, autos) y adherencia a rituales o rutinas no-funcionales.</li> <li>-Movimientos estereotipados de las manos y dedos, frecuentemente dentro de la visión periférica, aplaudir y giros son comunes. Algunas veces los manierismos son más complejos e involucran a todo el cuerpo.</li> <li>-Algunos tienen reacciones intensas a sensaciones como de olor, tacto y sonido. Habitualmente tienen intereses sensoriales inusuales y agrupan en patrones lineares.</li> </ul>

	<p>- Algunos niños tienen la necesidad de “mantener todo igual” y se molestan por cambios menores en sus propias rutinas y ambientes.</p> <p>-Comportamientos y juegos repetitivos son vistos a menudo</p>
--	--

### **Algunos elementos epidemiológicos relevantes.**

Esta condición se presenta con mayor prevalencia en el sexo masculino (relación 4:1), con una prevalencia de acuerdo a Baron-Cohen *et al* (2009) de 1 de cada 64 sujetos. En Chile no existe un registro estadístico claro, probablemente debido a que hay una brecha muy amplia a nivel de registro, diagnósticos e intervenciones multidisciplinarias según el lugar donde sean evaluadas las personas con TEA. Aún así en la última guía sobre diagnóstico e intervención en personas con TEA del Minsal (2011, p.13) se extrapola la prevalencia internacional (9 de cada 1000 RNV), a los datos nacionales obteniendo una cifra aproximada en base al DEIS36 (2007) de 2156 niños. Otras cifras aisladas, recopiladas por el Ministerio de Educación para el año 2009 indicaban un total de 589 estudiantes con diagnóstico de Autismo incorporados a Educación Especial por el Decreto Supremo N° 815/1990 (que aprueba planes y programas de estudio para personas con autismo, disfasia severa o psicosis).

### **Sobre la sospecha y diagnóstico:**

Sobre las señales de alarma o sospecha, éstas pueden observarse incluso desde antes de los 6 meses de vida, a través de deficiencias en las comunicación social y precursores del lenguaje verbal. Sin embargo, son más evidentes cerca del año al no logran adquirir los hitos del lenguaje verbal esperado. Después, a medida que los preescolares comienzan sus desplazamientos y relaciones con pares en contextos educativos, se hacen notorias las dificultades en la interacción social. Si bien éste es el patrón de presentación más frecuente, existe un 20% a 40% de los casos, en que el niño o niña manifiesta un desarrollo lingüístico, social y motor de evolución aparentemente normal hasta los 12 a 18 meses de vida (aparición de la sonrisa social, primeras palabras, adquisición de la marcha, etc.), momento en el cual comienza a manifestar una pérdida o regresión de los hitos evolutivos ya logrados. En este grupo de niños y niñas la naturaleza regresiva de su trastorno se manifiesta, hasta en un 30

% de los casos por pérdida de las habilidades lingüísticas, en un 57 % pérdida de otras habilidades diferentes al lenguaje, y en 13 % de los casos por una pérdida generalizada de conductas (Minsal, 2011).

Habitualmente entonces, la mayoría de los niños, niñas y jóvenes con TEA son diagnosticados en promedio a los 5 años, principalmente por neurólogos y en segundo lugar por psicólogos infantiles (pese a que en la mayoría de los casos sus familias ya habían intuido esta condición mucho antes). De esta forma el diagnóstico es tardío ya que, por atención e intervención temprana, se consideran aquellas intervenciones idealmente iniciadas antes de los tres años y medio de vida (Sampedro-Tobón et al, 2013).

En cuanto a condiciones médicas asociadas, entre un 10 a 15 % de los casos tienen un trastorno médico identificable como esclerosis tuberosa (20-60%) y Sd de X-frágil (4%), al igual que sordera, por lo que siempre en la evaluación inicial se debe incluir estudio de audición. También hasta un tercio a un cuarto de los individuos con autismo desarrollan una epilepsia, preferentemente iniciando las convulsiones en la infancia temprana y un segundo peak en la adolescencia.

La discapacidad intelectual se debe objetivar al momento del diagnóstico, ya que hasta un 80 % presenta un IQ menor a 70, presentando la gran mayoría de las personas con TEA un perfil cognitivo disarmónico.

Otras condiciones asociadas a saber son (Minsal, 2011):

<p><b>-Trastornos de la integración sensorial a nivel auditivo:</b> poca receptividad a estímulos de índole social como la voz humana, y a la par excesiva respuesta a sonidos muy suaves del ambiente.</p> <p><b>-Hipo o hipersensibilidad:</b> a estímulos táctiles, al contacto físico, baja tolerancia a texturas de la ropa, respuesta inusual a ciertos colores, formas, texturas o sabores de los alimentos.</p>	<p><b>-Problemas gastrointestinales</b> (9 a 70 % de los casos)</p> <p><b>-Trastorno del sueño</b> (40 a 80%), frecuente insomnio de conciliación y despertares nocturnos.</p> <p>- <b>Alteraciones motoras:</b> Displasias motoras, alteraciones en la motricidad gruesa (9%), hipotonía (51%) y la marcha en punta de pies (19%)</p>
---	--

Por último, dentro de los diagnósticos diferenciales se deben considerar: Retardo mental aislado, retardo de la comunicación y trastornos del lenguaje, sordera, privación psicosocial severa, mutismo selectivo y el Síndrome de Landau-Kleffner (Afasia adquirida con epilepsia).

### **Teorías en torno al porqué del funcionamiento particular de las personas con TEA.**

Existen variadas teorías que buscan explicar el por qué se producen las características antes mencionadas en las personas con TEA. Las más relevantes a mi parecer son las **Teoría de la mente y Teoría de disfunción ejecutiva, así como el rol de las Neuronas en espejo para la Empatía**. Todas ellas permiten comprender cómo los elementos del psiconeurodesarrollo van progresando y retroalimentándose; y aportan elementos significativos a la observación y discusión de los momentos terapéuticos más relevantes revisados en el segundo capítulo del texto.

#### **Teoría de la Mente.**

La **Teoría de la Mente** formulada por Simón Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith en 1985 es la teoría explicativa para el primer criterio (A) sintomatológico del DSM-5 e intenta explicar las deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social en diversos contextos de las personas con TEA.

De acuerdo a Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes-, Erekatxo-Bilbao y Pelegrin-Valero (2007), la Teoría de la mente se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus emociones, conocimientos, intenciones y creencias. Al tener esta área cognitiva deficitaria uno carecería de la “habilidad automática para atribuir deseos, intenciones, emociones, estados de conocimiento, o pensamientos a otras personas y darse cuenta que son distintas a las propias” (Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes-, Erekatxo-Bilbao y Pelegrin-Valero, 2007, p.9). Baron Cohen (1993) plantea en su teoría, que las personas desarrollamos ésta habilidad durante nuestro primer año de vida y que la logramos consolidar alrededor de los tres a cuatro años. De forma muy literal, en palabras del propio Simón Baron-Cohen (1993), las personas afectadas presentarían una “**ceguera de la mente**”, de la cual derivarían los síntomas sociales y comunicativos del autismo. En sus propias palabras:

Si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico, confuso y, por tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos esto pudiera llevarle a apartarse del mundo social completamente, y lo menos que podría suceder es que le llevara a realizar escasos intentos de interacción con las personas, tratándolas como si no tuvieran “mentes”, y por tanto comportándose con ellas de forma similar a la que lo hacen con los objetos inanimados (p.21)

Barón Cohen (1993), ratifica que solo sería específica para la Teoría de la mente la presencia de una alteración cognitiva, puesto que las personas con TEA tienen otras áreas del conocimiento social preservadas. Entendiendo por conocimiento social a aquellos saberes utilizados en la interacción diaria (a nivel perceptivo) con el mundo social, por ejemplo: el reconocimiento visual de sí mismo o de un compañero, la capacidad de distinguirse de otras personas, el sentido de permanencia, el distinguir objetos animados de inanimados y el solucionar pruebas de toma de perspectiva. Lo que sugeriría más bien “que el trastorno está en ponerse en el lugar de otro a nivel conceptual” (p.25)

Esta dificultad en leer a otro, se traduciría en una falta de reciprocidad en las relaciones sociales y a la par en la dificultad de dar un uso pragmático al lenguaje (acorde al contexto social).

Otro aporte de esta teoría es dar a conocer que existen conductas y/ o acciones precursoras tempranas para su desarrollo (antes de los 36 meses de vida), que de no estar presentes permitirían la sospecha precoz de una persona con TEA. Una de ellas es la **Atención conjunta**, entendida como la habilidad para apreciar a qué está atendiendo la otra persona o qué encuentra interesante, la cual se adquiere entre los 10 a 14 meses de vida. La que a su vez se traduce en conductas de dar, mostrar y señalar objetos a través de dos componentes, el **señalar protoimperativamente** (con el fin de obtener algo) y el **señalar protodeclarativamente** (con el fin de comentar o mostrar interés por un objeto). Sobre estas habilidades, en opinión de Barón Cohen se podría intervenir a través de un programa de entrenamiento social- cognitivo, de forma de estimular un adecuado desarrollo de la Teoría de la Mente.



Esta Teoría tiene un correlato anatómico, al cual se ha accedido con los avances de las neurociencias, situando en el hemisferio derecho, la amígdala, lóbulo temporal, lóbulos frontales y la corteza cingulada anterior los sitios anatómicos responsables (Tirapu-Ustarroz et al, 2007, p.485). Donde el hemisferio derecho nos permite entender la percepción, el aspecto emocional, el lenguaje no verbal, el reconocimiento de caras y emociones. La amígdala permite la regulación de emociones (especialmente rabia- miedo) y da respuesta fisiológica a éstas. El lóbulo frontal entrega las funciones de memoria y la regulación de estímulos del medio; tanto visuales como auditivos. Además de la regulación emocional, el control de impulsos y el comportamiento social. Y finalmente, la corteza cingulada anterior, posibilita que las personas tengan la capacidad de establecer soluciones novedosas a un problema, llevando a cabo predicciones de las consecuencias a las que nos pueden llevar cada una de las soluciones imaginadas.

### **Teoría de la disfunción ejecutiva.**

La **Teoría de la disfunción ejecutiva** formulada por Pennington y Ozonoff, 1996; Russell, 1997, y otros es la teoría explicativa del segundo criterio (B) sintomatológico del DSM-5, e intenta explicar los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados de las personas con TEA.

Según Papazian, Alfonso y Luzondo (2006) citados en Calderón.L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S. y Velez, C (2012) se entiende a la función ejecutiva como:

Los procesos mentales que se llevan a cabo para la resolución de problemas internos y externos; siendo los problemas internos el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos, y los problemas externos, como el resultado de la relación entre el individuo y su entorno. (p.79-80)

Por una parte, existirían fallos globales y déficits específicos, atribuibles a alteraciones en áreas prefrontales combinadas con disfunciones subcorticales. Los primeros explicarían un alto número de perseveraciones y fallas para encontrar estrategias eficaces para conseguir una meta y los segundos darían cuenta del cómo las personas con TEA padecen una alteración

grave y temprana en la planificación de comportamientos complejos, esto debido a un déficit severo en su memoria de trabajo. Lo que afectaría, de acuerdo a Griffin, Kensington, Wehner y Rogers (1999) citados en Calderón., Congote, C., Richard, S., Sierra, S. y Velez, C (2012, p.80) no sólo la planificación de la conducta; sino también la adquisición y el uso de conceptos que requieren la integración de información en un contexto a lo largo del tiempo.

Otras alteraciones atribuibles al lóbulo frontal en niños y niñas con TEA de acuerdo a Idiazábal y Boque, 2007; Martos-Pérez, 2008 citados en Calderón.L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S. y Velez, C. (2012, p.80) serían: ausencia de empatía, falta de espontaneidad, pobre afectividad, fuertes reacciones emocionales, la conducta estereotipada, las perseveraciones, los intereses restringidos, la creatividad limitada, las dificultades en la focalización de la atención y la poca habilidad para organizar sus actividades futuras.

### **Neuronas en espejo.**

Giacomo Rizzolatti, neurobiólogo italiano, el año 1996 da a conocer un hallazgo revolucionario para las neurociencias y la psicología, la existencia de un grupo de neuronas en nuestro sistema nervioso central, a las que bautizó como “**neuronas en espejo**”. Estas neuronas son el **soporte biológico de la empatía**, concepto acuñado por la psicología para dar cuenta de la capacidad de las personas de sentir como propio lo que los demás sienten.

Rizzolatti (1996) según cita de Calderón., Congote, C., Richard, S., Sierra, S. y Velez, C. (2012, p.85) explica que:

Los humanos son seres sociales y que posiblemente lo que le pase al otro iniciará una actividad neuronal, en la que las neuronas en espejo son fundamentales, al producir una activación semejante de los sentimientos y emociones que el otro está experimentando y que permiten una empatía con los demás. En relación con el TEA, este autor afirma que una de las características de los niños con este trastorno es su gran dificultad o imposibilidad de ponerse en el lugar del otro y de comprender sus acciones, por esto se aíslan, posiblemente esto se deba a que las neuronas espejo estén deterioradas o, como en la hipótesis de la esquizofrenia, no estén reguladas.

Estas neuronas en espejo se encuentran ubicadas en la corteza frontal inferior, cerca del área de Broca, que corresponde a la región del lenguaje en el cerebro humano. Y además de activarse ante emociones y sentimientos de otro, también cumplirían una función importante en la imitación del movimiento, por lo tanto, tienen propiedades tanto visuales como motoras, imitando movimientos casi de manera inmediata sin mediar un proceso propiamente analítico.

De esta manera para Rizzolatti, citado por Larbán (2012, p.83) en entrevista del diario El País” (19-10-2005): “los trastornos básicos en el autismo pasan porque estos pacientes tienen problemas para organizar su propio sistema motor y como consecuencia no se desarrolla el sistema de neuronas en espejo”.

El mecanismo en espejo, en opinión de Rizzolatti (1995) explica especialmente el valor de la imitación para el desarrollo del ser humano social, en sus propias palabras:

La imitación, ¿cómo podemos imitar? Cuando se observa una acción hecha por otra persona se codifica en términos visuales, y hay que hacerlo en términos motores. Antes no estaba claro cómo se transfería la información visual en movimiento (lo que ahora se explica por la existencia de la neurona en espejo). Otra cuestión muy importante es la comprensión. No solo se entiende a otra persona de forma superficial, sino que se puede comprender hasta lo que piensa. El sistema en espejo hace precisamente eso, te pone en el lugar del otro. La base de nuestro comportamiento es la capacidad de tener empatía e imaginar lo que el otro está pensando. (citado en Larbán, 2012, p.82)

Interesantemente, existen estudios donde se han medido directamente la actividad del sistema de neuronas en espejo a través de resonancia magnética. En uno de ellos Mirella Dapretto (2006), registró la actividad cerebral mientras las personas observaban e imitaban expresiones faciales que reflejaban distintas emociones. En él se encontró que los niños con TEA denotaban menor actividad en el sistema de neuronas en espejo en comparación con los niños con desarrollo neurotípico. Aún más, la actividad medida en los niños con TEA se correlacionaba con el grado de severidad en su trastorno, por lo cual estas pruebas se

planteaban como potenciales biomarcadores para el grado de profundidad del trastorno (Pfeifer, 2007).

Iacoboni (2009) citado en Larbán (2012) incluso postula que “las evidencias acerca del papel del sistema de neuronas en espejo en el autismo, y los vínculos entre este mismo sistema y la “imitación”, sugieren que ésta podría ser usada como forma de tratamiento efectivo en niños con autismo”. Este experto menciona que ya existen estudios que mostrarían que aquellos niños cuyas acciones eran imitadas por adultos, mostraban una mayor tendencia a iniciar interacciones sociales en sesiones posteriores en comparación con el grupo de niños que no habían sido imitados por un adulto.

En paralelo a la falla de las neuronas en espejo se han descrito trastornos tanto en **la intersubjetividad primaria** (interacción basada en el diálogo cuidador –bebé) **como en la secundaria** (interacción cuidador-bebé basada en la atención compartida hacia un objeto externo) (Muratti 2008, 2009 y 2012). Ambos trastornos explicarían también el funcionamiento autístico, al alterar la habilidad de un lactante en participar en interacciones dadas por señales emocionales, gestos motores y acciones comunicativas dirigidas hacia los otros.

Interesantemente, esta intersubjetividad tiene un correlato neurobiológico muy temprano, situado en estructuras límbicas y subcorticales cerebrales que preceden a la formación de la corteza cerebral. Y es el lóbulo temporal superior (LTS), ya mencionado antes entre las estructuras participantes en la Teoría de la mente quien ejercería variadas funciones mediadoras para ello.

Esperanzadoramente, las publicaciones de otro investigador, Catmur (2007) dan cuenta que el funcionamiento del sistema de las neuronas espejo no es innato, y que puede ser alterado, con un entrenamiento adecuado a través de experiencias sensoriales y motoras. Lo que da también pie para pensar que las funciones (Golse, 2009) que permiten el acceso a la intersubjetividad también pudieran entrenarse: reconocimiento de los rostros, reconocimiento de la voz humana, análisis de los movimientos del otro y la articulación de los diferentes flujos sensoriales que emanan del objeto-sujeto relacional permitiendo que éste pueda ser percibido como exterior a sí mismo.

Estas teorías interesantemente se complementan sin problemas a los importantes aportes ya realizados tanto por Donald Winnicot (1991) y Daniel Stern (1985) al estudio del psicodesarrollo infantil. El rol de las interacciones tempranas entre cuidador-infante, la calidad del vínculo y la comprensión de las relaciones intersubjetivas madre-infante destacadas por ambos, tienen un sustrato anatómico y funcional a nivel cerebral que se retroalimenta desde etapas muy precoces de nuestro desarrollo.

A modo de reflexión, desde mi propia formación médica, veo cambios valiosos y necesarios en estos paradigmas del conocimiento. En que la convergencia entre los aportes de las neurociencias y el correlato psicológico/analítico de condiciones como los trastornos del espectro autista viene a enriquecer la comprensión de esta forma distinta de estar en el mundo. Presentar estos conceptos, para luego vincularlos al quehacer arte terapéutico significa también dotar de un sustento sólido a las actividades y experiencias que más adelante detallaré con respecto a la intervención arte terapéutica y dan pie esperanzador en términos de estudiar y sistematizar el quehacer arte terapéutico también en códigos más tangibles y reproducibles. Citando a Larbán (2012):

Estos descubrimientos esperanzadores en cuanto a la prevención y tratamiento temprano del autismo infantil implican, que con intervenciones precoces y adecuadas en la interacción entorno cuidador-bebé se puede modificar el estilo interactivo autistizante, facilitando en el bebé la constitución y el funcionamiento del sistema de las neuronas espejo y por tanto, la capacidad de comprensión y comunicación empática asociada así como un adecuado ajuste interactivo con el otro, y consecuentemente, una mayor y mejor adaptación e integración social ( p.85).

### **1.2.2 Repercusiones psicológicas y emocionales en la persona con TEA.**

Por duro que se lea, a nuestra sociedad aún le es más fácil empatizar con aquellas personas con discapacidad física más que la mental. Especialmente cuando el aspecto físico, como es el caso de los niños y niñas con TEA, es el de una persona “normal”. Los comportamientos no esperados para la edad desconciertan a su entorno, generándose variadas respuestas que van desde la censura hasta la indiferencia; contribuyendo solo a poner barreras estigmatizantes, retroalimentando el aislamiento y soledad en que viven.

La siguiente cita de Naoki Higashida, joven de 13 años con TEA, en su libro *La Razón por la que salto* da cuenta de estas barreras:

Uno de los malentendidos más grandes que tenéis sobre nosotros es creer que nuestros sentimientos no son tan sutiles o complejos como los vuestros. Nuestro modo de actuar puede parecer infantil a vuestros ojos, y por ello tendéis a suponer que también somos infantiles por dentro. Pero, por supuesto, experimentamos las mismas emociones que vosotros. Y como los autistas no somos hábiles comunicadores, puede que incluso seamos más sensibles que vosotros. Encerrados en el interior de estos cuerpos nuestros, que no responden, hay unos sentimientos que no conseguimos expresar correctamente. El solo hecho de sobrevivir nos cuesta un gran esfuerzo. Y esa sensación de impotencia a veces nos vuelve medio locos, lo cual nos provoca un ataque de pánico o un colapso. (Higashida, 2014, p.89)

Estas barreras comienzan desde temprano en la vida, pero se hacen más evidentes e infranqueables al momento de ingresar los niños y niñas al sistema escolar. Las dificultades del lenguaje y la relación con sus pares, en la modulación de comportamientos y presencia de rutinas reiterativas e intereses restrictivos van generando un sustrato de gran vulnerabilidad para la presentación de trastornos psicológicos y emocionales no solo en este período de la vida, sino para la vida adulta afectiva y laboral inclusive.

Existen datos objetivos en la literatura para caracterizar estas repercusiones, amplias y diversas, dependiendo de la edad en que se estudien y al espectro del trastorno autista en que se asocien. Y está bien documentado, entendiendo la integralidad de las personas, que la presencia co-mórbida de éstos trastornos dota de mayor severidad a la condición de persona con TEA, al ejercer un efecto acumulativo negativo sobre su salud mental.

Dentro de los trastornos más frecuentes se encuentran los Trastornos por déficit de Atención e hiperactividad, los trastornos de ansiedad y la depresión. Presentándose estos dos últimos mucho más prevalentemente en población adolescente y adulta. Otros trastornos también descritos son los trastornos de conducta alimentaria y si bien no corresponden a diagnósticos propiamente tal también se consignan las auto-agresiones y la heteroagresividad.

Para los equipos de salud mental tratantes, resulta un desafío el poder identificar como entidades autónomas a estos trastornos, evitando asumirlos como parte del funcionamiento autista. Situación relevante ya que, al no identificarlos, se dejarían de tomar aquellas conductas terapéuticas específicas y necesarias para abordarlos de manera integral y efectiva. Y consiguientemente esto iría en desmedro de la calidad de vida de las personas con TEA.

Dentro de las publicaciones revisadas, destaco lo concluido en el estudio realizado por Romero y colaboradores (2016). En él, se da cuenta que con el cambio en los criterios diagnósticos y etapificadores entre el DSM-IV- TR y el DSM-5, es necesario tener mayor severidad de síntomas autistas para hacer diagnóstico y, que las personas que cumplían los criterios del DSM-5 para TEA, eran estadísticamente más propensas a desarrollar comorbilidades psiquiátricas, específicamente Trastornos obsesivos compulsivos y trastornos de la conducta alimentaria.

Otra publicación interesante, es la de los autores I. Paula-Pérez y J. Marton-Perez (2009) quienes revisaron diversos estudios donde se describían mayor presencia de co-morbilidad depresiva y de trastornos de ansiedad en personas con Síndrome de Asperger (SA, también descritas como autistas “de alto funcionamiento” o AAF). Uno de estos estudios, de Meyer et al (2006), comparó una población de niños y niñas entre 8 y 14 años neurotípicos con un grupo de niños y niñas portadores de Sd. de Asperger o autismo de alto funcionamiento, recabando antecedentes a través de auto reportes, pruebas psicológicas e información de los padres. Los resultados mostraron altas tasas de ansiedad y estrés social entre las personas con Síndrome de Asperger, dando cuenta las mismas personas de una menor satisfacción y percepción de competencia en sí mismos en cuanto a sus relaciones interpersonales. Ellas eran capaces de informar sus propias dificultades emocionales y sociales.

De manera muy significativa, y volviendo a la cita inicial con que inicié esta sección, en este estudio se corrobora que las personas con Sd de Asperger (en la actualidad consideradas como parte del espectro de Trastorno Autista) tienen una introspección (*insight*) suficiente como para auto informar de sus problemas emocionales y sociales y que este “ darse cuenta” conlleva para la mayoría de ellos y ellas un gran sufrimiento asociado, originando autoevaluaciones negativas de sí mismos y tendencia a la soledad.

Citando a I. Paula –Pérez y J. Marton-Perez (2009, p.33-34):

Las dificultades en habilidades de la teoría de la mente (atribuir estados mentales y emocionales en los demás y en ellos mismos) no proporcionan inmunidad contra la depresión. Las personas con autismo y con lenguaje pueden comunicar mejor sus síntomas depresivos que los que tienen un funcionamiento más bajo, y parece ser que las personas con SA/AAF son más vulnerables a la depresión que las personas con autismo y retraso mental asociado. Aunque ello se relaciona con la toma de conciencia de propias limitaciones, aún tenemos pocas evidencias empíricas al respecto. Una forma de inicio de un proceso depresivo en las personas con autismo puede ser la falta de interés por sus temas o actividades objeto de obsesiones, rituales, etc.

Con respecto a la sintomatología ansiosa, en la pubertad estos los trastornos habitualmente se hacen más intensos, una descripción muy ejemplificadora de ello encontré en la siguiente cita de Temple Grandin (2006), quien ha escrito diversos textos autobiográficos en relación a su autismo:

En la pubertad, el miedo se volvió mi principal emoción. Cuando las hormonas me golpearon, mi vida giró en torno a intentar evitar un ataque de pánico inducido por el miedo. Ser molestada por otros niños era muy doloroso, y yo respondía con rabia. Eventualmente aprendí a controlar mi temperamento, pero el acoso persistió, y algunas veces lloraba. Solo la amenaza de que me molestaran me ponía temerosa; yo tenía temor de cruzar el estacionamiento porque tenía miedo de que alguien me llamara por un sobrenombre. Cualquier cambio en mi horario escolar podía causarme ansiedad intensa y miedo por tener un ataque de pánico. (p.90)

Relacionado a la co-morbilidad de ansiedad hay un interesante estudio de Kerns et al (2015) donde se analizaron las asociaciones entre la co-morbilidad con trastornos de ansiedad y las dificultades comúnmente atribuidas tanto a ansiedad como a los TEA, incluyendo entre ellas a las conductas de auto daño, síntomas depresivos, comunicación funcional, déficits de habilidades sociales y estrés parental. Al compararse jóvenes (entre 7 y 17 años) con autismo con y sin co morbilidad ansiosa se encontró que: los jóvenes con TEA y ansiedad mostraban más conductas de auto daño y depresión, así como sus padres reportaban niveles más altos de estrés en comparación a los padres de jóvenes autistas sin trastorno de ansiedad. También



describieron en sus resultados que el estatus de trastorno de ansiedad no predecía el desempeño social de estos jóvenes y que de hecho estos jóvenes con co-morbilidad de ansiedad tenían mejores habilidades de comunicación que los jóvenes solo con TEA.

De manera opuesta, para las personas consideradas con autismo de bajo funcionamiento, dotadas de menores habilidades verbales y en quienes hay menor registro de ansiedad y depresión por lo mismo, se comenta también en la revisión de I. Paula-Pérez y J. Marton-Perez (2009) que el trastorno autista a menudo se presenta con fobias específicas, hiperactividad, obsesiones, estereotipias, etc., que hacen complicado poder diferenciarlas como elementos característicos del propio espectro autista o como una manifestación de síntomas afectivos o ansiosos. Esto sumado a que hay poca disponibilidad de instrumentos de valoración válidos para la evaluación de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo hace que en este grupo de personas con TEA se llegue menos probablemente a estos diagnósticos.

También es interesante, comentar que un elemento a tener en cuenta dentro del pronóstico para las comorbilidades de salud mental presentes en la población infantil con TEA, es considerar que frecuentemente los cuidadores de éstos también presentan trastornos en su salud mental. Se ha encontrado, al estudiar a las familias de niños y niñas deprimidos con TEA una mayor afectación por depresión y mayor riesgo para la presencia de trastornos bipolares entre sus miembros. Esto confiere aún mayor vulnerabilidad psicosocial a estos niños y niñas, reforzando la necesidad de trabajar para su inclusión y rehabilitación óptimas, en consideración siempre del grupo familiar en que se encuentra inserto, tanto en lo que respecta a intervenciones psicoeducativas como psicoterapéuticas.

Para ir cerrando esta sección de la monografía y en relación a las dificultades que afrontan las familias de las personas autistas, cito a Lorna Wing (1998) que ejemplifica muy bien en estas líneas lo relevante de estar alertas como terapeutas a los trastornos adaptativos, ansiedad y/o depresión que puedan gatillarse en los cuidadores de un niño o niña con TEA:

Los trastornos autistas en un niño producen a los padres unos problemas emocionales especiales. La discapacidad no es detectable en el momento del nacimiento y raramente se diagnostica antes de los 18 meses. Los padres oscilan emocionalmente,

sabiendo a veces que algo anda mal y otras convenciéndose a sí mismos de que todo va bien. Se reafirman porque el desarrollo físico del niño no presenta ningún motivo de alarma, de vez en cuando, el niño hace algo con tanta destreza que parece que debe ser muy inteligente. Por otro lado, el aislamiento social cuando está presente, es doloroso y desconcertante. Una experiencia común a los padres es sentir que debe haber una clave sencilla que, si se encuentra, resolverá todos los problemas. Con el tiempo, la ansiedad se ve justificada y se busca la opinión de un profesional. Hasta ese momento los padres han oscilado tantas veces entre la esperanza y la desesperación, que pueden encontrar difícil el aceptar la verdad (p.218)

Estar atentos y sensibilizados también hacia estas experiencias en los padres y/o cuidadores nos permitirá abordar de manera más integral en nuestras intervenciones las repercusiones psicológicas y emocionales vivenciadas por cada niño o niña con TEA.

### **1.2.3 Necesidades específicas de las personas con TEA.**

Las personas con TEA, especialmente durante su infancia (período de la vida en la que se centra esta monografía), tienen necesidades específicas tanto de salud, educativas, recreacionales, sociales, comunitarias, etc., tan diversas como diverso es el espectro de sus manifestaciones autistas. Y, por lo tanto, toda guía, estrategia o pautas sugerida para cubrir estas necesidades debe necesariamente adaptarse al contexto socio-cultural y familiar de cada persona.

A nivel mundial, en torno a las intervenciones en personas con TEA existe el consenso de que mientras más precoces sean mejor son el pronóstico y calidad de vida para estas personas. De ahí se extrapola entonces, que una de las primeras necesidades específicas para esta población, es justamente contar con los recursos profesionales interdisciplinarios para un diagnóstico integral. En Chile existe un flujograma establecido por un comité de expertos bajo el encargo del Minsal (2011), para organizar las acciones de los profesionales disponibles tanto a nivel primario, secundario y terciario; sustentado en los siguientes

instrumentos objetivos de evaluación: EEDP, TEPSI, Pauta de Cotejo de señales de alerta de TEA y M-CHAT.

Un segundo aspecto, es proporcionar las intervenciones multidisciplinarias que respondan a las necesidades de rehabilitación e inclusión social en estas personas. En la Guía clínica (Minsal, 2011) se plantea un modelo de acción para el rango etario entre los 0 y 4 años 11 meses que alineada con el sistema Nacional de Protección Social para la Primera Infancia Chile Crece Contigo busca responder a un concepto de re/habilitación integral entendido como:

Aquella que a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, desarrollando acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional, aumento de autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y preparación para la integración socio ocupacional de la persona en situación de discapacidad. (p. 25).

Las principales necesidades de evaluación a cubrir según la guía clínica corresponden a:

- 1) **Evaluación neuropediátrica**, realizada por neurólogo infantil, centrada en la exclusión de diagnósticos diferenciales y evaluar presencia de genopatías.
- 2) **Evaluación psicométrica**, cuyo fin es evaluar nivel intelectual, la cual tiene importancia para el pronóstico, realizada de preferencia por psicólogo infantil.
- 3) **Evaluación del funcionamiento personal y familiar**, con énfasis en evaluar el funcionamiento en las áreas personal (referido al autocuidado y dimensiones propias del sujeto), educacional, familiar, la competencia a nivel social en estas áreas es importante, como a su vez indagar en conductas problemáticas y las áreas de habilidades específicas. También se evalúan los recursos familiares para afrontar y atender a las necesidades especiales y a las dificultades de los menores. Evaluaciones a cargo de un psicólogo

habitualmente y del funcionamiento en actividades de la vida diaria por un terapeuta ocupacional preferentemente.

- 4) **Evaluación Neuropsicológica:** referida a las funciones neuropsicológicas que están afectadas de forma central en el TEA, tales como dificultades en la comprensión, interpretación, funcionamiento ejecutivo y capacidad de abstracción. Esto a realizar por personal capacitado como fonoaudiólogo, Terapeuta ocupacional, psicólogo entre otros.
- 5) **Evaluación comunicativo lingüística:** importante no solo en términos diagnósticos y de diagnósticos diferenciales, sino también con fines pronósticos. A cargo de fonoaudiólogo.
- 6) **Procesamiento sensorial:** cuyo propósito es evaluar las habilidades sensoriales de los niños y niñas con TEA y valorar las repercusiones de estas capacidades en su vida diaria.

Otras necesidades especiales en salud tienen que ver con la oportunidad de acceso a toma de exámenes específicos, pruebas y exámenes de tipo clínico y de laboratorio sugeridas para el diagnóstico de TEA y de sus comorbilidades, donde participan profesionales de la Neuropediatría, Otorrinolaringología, Nutriología, Gastroenterología, así como también otros profesionales de la salud como Nutricionistas, Tecnólogos Médicos especializados en exámenes de tipo metabólico, etc.

Lamentablemente, pese a que la evidencia del uso Arte terapia (AT) como terapia en el proceso de rehabilitación integral de estos niños, niñas y jóvenes (refiriéndome ahora no sólo a la intervención temprana) con TEA lleva varias décadas en otros países, en esta guía figura con nivel de Recomendación tipo B solo la musicoterapia, en representación de las terapias complementarias. (MINSAL, 2011, p.72).

En relación al ámbito educativo, son especialmente críticas las intervenciones en la etapa preescolar, período de máxima plasticidad cerebral y donde los niños y niñas se embeben del contexto sociocultural que les rodea y adquieren el grueso de las habilidades necesarias para una interacción social satisfactoria.

La educación formal en esta etapa de la vida tiene como tarea central el completar este proceso de enculturación, basándose en el dominio de destrezas lingüísticas, mentales e intersubjetivas.

En la guía Técnica de apoyo técnico-pedagógico, necesidades educativas especiales en educación parvularia (Mineduc, 2008), se recopilan diversas investigaciones de carácter mundial en relación a los aspectos más favorecedores para la educación de los niños/as y jóvenes con TEA, destacando en cita de Morueco, Maribel (2001) los siguientes ítems que agrupo en la siguiente tabla:

Diagnóstico desde temprana edad.	-Crear un ambiente estructurado y predecible.
Estimulación precoz.	-Disponer de sistemas de signos <b>o uso de lenguajes alternativos.</b>
Trabajo intensivo los primeros años.	- Fomentar condiciones de aprendizaje basadas en los logros y no en los fracasos (errores).
-Integración en centros educativos desde temprana edad y trabajo con los mismos aspectos del desarrollo que los demás niños/as.	Mantener contextos y objetivos individualizados de enseñanza.
Desarrollo de las funciones alteradas y disminución de las conductas que retrasan su desarrollo. Implementación de funciones comunicativas, a través de una enseñanza explícita.	<b>Promover experiencias de aprendizaje significativo.</b> <b>Proporcionar formas alternas para favorecer el proceso de comprensión.</b>
-Modificaciones en el medio interno y externo, es decir, atención ocupacional, educación, terapia, familia, así como apoyos farmacológicos, quirúrgicos y dietéticos.	<b>-Fomentar la relación con la persona</b>

*(Destaco en negrito algunas de las áreas coincidentes con la mirada Arte terapéutica)*

También en relación a las necesidades educativas especiales de esta población, es importante señalar que los educadores ejerzan un rol mediador entre los niños/niñas y sus familias. En ese contexto, dentro de las estrategias centrales a trabajar con la familia están de acuerdo a

la guía Técnica de apoyo técnico-pedagógico, necesidades educativas especiales en educación parvularia (Mineduc, 2008, p.30-31) las siguientes:

- 1) La entrega de herramientas concretas para apoyar el desarrollo y crianza del hijo o hija con discapacidad.
- 2) El desarrollo de un vínculo que propicie el trabajo colaborativo y la contención emocional a los padres.
- 3) La entrega de información específica relacionada con los trastornos del espectro autista.

Si bien, las áreas de salud y educación, abarcan gran parte de las necesidades especiales de los niños y niñas con TEA, también es necesario pensar en otros ámbitos a cubrir, como los espacios de recreación, de participación comunitaria y más adelante, pero no por eso menos significativo, los espacios laborales.

Finalizo esta sección, rescatando nuevamente una reflexión de la psiquiatra Lorna Wing (1998); esta vez con respecto al rol que deberíamos ejercer todos los terapeutas que tomamos contacto a lo largo de las vidas de los niños y niñas con TEA, propiciando el trabajo multidisciplinario sobre nuestros egos profesionales:

Para un profesional es una tarea difícil tener que decir a los padres que tienen un hijo con un grave problema del desarrollo con implicaciones para el futuro a largo plazo. Los profesionales en esta situación tienen que enfrentarse a sus propias emociones, así como a la de los padres y esto precisa de toda la habilidad, experiencia y compasión humana para manejar con éxito la situación... (p.230) ...surgen dificultades si los profesionales de cualquier disciplina suponen que ellos solos pueden ayudar e incluso curar estos trastornos. Otro error que surge a veces es considerar que la discapacidad concreta que está tratando el terapeuta es la causa del cuadro clínico global... (p. 235)

## 1.3 Arte terapia

### 1.3.1 Conceptos y definiciones de AT relacionadas al caso de estudio

En esta monografía utilizaré el concepto de Arte terapia o de Psicoterapia por el arte, apegada a la concepción utilizada mayoritariamente en los países donde el AT está establecida como profesión y que cuentan con asociaciones de arteterapeutas, como son el caso de EEUU, Inglaterra y España. En Chile, también contamos con una Asociación y un Colegio de Arte Terapeutas, y si bien no existe un reconocimiento aún de la profesión como tal, la aproximación que se plantea al uso de las artes en contextos terapéuticos está en sintonía con la de estos países precursores.

De acuerdo a éstos el Arte terapia se entiende como una forma de psicoterapia en la que en momentos distintos de un proceso creativo con materiales artísticos se activan relaciones entre tres vértices principales (triángulo terapéutico de Joy Shaverien, 1989): paciente (cliente, terapeando), imagen u obra y terapeuta.

Para Carlos Ramos i Portas en *Arteterapia, principios y ámbitos de aplicación* de Dominguez, P (2005) esta aproximación se diferencia de otras formas (ej.: el arte como terapia y el arte en terapia) en que:

A diferencia de los anteriores, desde este marco de referencia se tiene en cuenta la respuesta estética del terapeuta frente al trabajo de su paciente, el vértice objeto artístico-terapeuta. Se entiende que la respuesta estética del terapeuta forma parte de la “contra transferencia”, es decir de las proyecciones inconscientes que el paciente deposita en el terapeuta y, en consecuencia, puede ser utilizado para comprender en mayor profundidad el mundo interno del paciente. Obviamente, desde esta perspectiva se tiene en cuenta la dinámica de la relación entre terapeuta y paciente y también se trabaja con la posibilidad de que en ciertos momentos del proceso sea necesario activar únicamente el vértice paciente-obra artística, es decir, dejar al paciente trabajando con su obra con poca o sin intervención alguna por parte del terapeuta (p.14)

Por lo tanto, la presencia más o menos protagónica de un terapeuta, de acuerdo a las necesidades de la persona en terapia, es indispensable. Esto deseo destacarlo, pues el vínculo terapéutico, a través de la presencia, observación y escucha empática, permite el acompañamiento y facilitación de los procesos creativos y diálogos de un paciente con su obra (y a través de ésta consigo mismo) de manera distintiva.

Y a su vez, permite crear un vínculo terapéutico entre paciente y arteterapeuta, mediado a través del proceso creativo y la experiencia vivida, que facilita la adquisición de nuevos aprendizajes en un flujo o diálogo bidireccional.

Citando a Recio (2014, p.4) en el Arte terapia ocurre “un proceso terapéutico con unas complejas transferencias y contratransferencias entre paciente/obra, paciente/terapeuta y terapeuta/obra. Considerando tan importante la relación terapéutica como la relación con la obra”.

Citando a Noemí Martínez Díez y Marián López Fdz Cao (2013) el arte se utiliza como una forma de comunicación no verbal, donde consciente e inconsciente se vuelcan en una obra, reconociendo que los pensamientos se expresan con más facilidad en imágenes que en palabras. A través del proceso creador, se reflexiona sobre el desarrollo de los conflictos personales e intereses de los individuos. Por lo tanto la práctica del Arte terapia se basa en el conocimiento del desarrollo humano y de las teorías psicológicas que se ponen en práctica a través de medios terapéuticos, tanto educativos como cognitivos, psicodinámicos y otros, con el objetivo de ayudar en conflictos emocionales, discapacidades psíquicas y sociales, autoestima, desestructuración personal y familiar, y otros problemas sociales y psicológicos, siempre teniendo como base el proceso creador y con los elementos inconscientes que este proceso conlleva. (p.22)

### **1.3.2 Arte terapia y TEA.**

Si bien el AT como terapia complementaria en el proceso de rehabilitación integral de los niños, niñas y adolescentes con TEA lleva varias décadas de utilización en otros países (como España, EEUU e Inglaterra) en Chile no existe un reconocimiento formal de ésta. De hecho, en la Guía Minsal (2011) no figura mencionada (como ya había adelantado antes) dentro de



las intervenciones multidisciplinarias, contando solo con este reconocimiento en nivel de recomendación Tipo B, la musicoterapia (p.72).

Su ausencia formal dentro de los programas ministeriales de intervención en contextos de salud, educación y reinserción social en Chile, probablemente no tiene que ver con inexistencia de experiencias internacionales y locales, sino con una necesidad de contar con mayor investigación y sistematización de éstas en Chile y principalmente con la falta hasta ahora de un reconocimiento profesional de la profesión.

Evidencia existe y evaluada de manera seria en el extranjero. De ello da cuenta un artículo muy valioso publicado por Schweizer C. et al. (2014) donde este investigador realizó una revisión sistemática de la literatura entre los años 1985-2012, en relación a TEA y AT. El estudio exploró las bases académicas y prácticas clínicas utilizadas con el fin de identificar los elementos centrales al uso de AT con un grupo de niños y niñas con inteligencia normal/alta hasta los 18 años. 18 casos de estudio descriptivos fueron analizados de acuerdo al modelo COAT (Context Outcomes Art Therapy), indicando en sus resultados que el AT puede contribuir a: una actitud más flexible y relajada, una mejor autoimagen, y mejoría en las habilidades comunicativas y de aprendizaje en los niños y niñas con TEA. También informaba que el AT podría ser capaz de contribuir a mitigar 2 áreas problemáticas principales: los problemas comunicativo-sociales, y aquellos patrones de comportamiento restrictivo y repetitivo.

¿Cómo es entonces que funciona el Arte Terapia para estas personas con TEA?

Desde múltiples posibilidades, pero a mi juicio dos conceptos son fundamentales. Primero, el que los materiales artísticos permiten a estas personas expresarse o comunicarse sin necesidad de ocupar el lenguaje verbal, que ya sabemos está afectado en distintos grados en ellas; y segundo, que a través de la creación visual y a la vez tangible de lo informe, estas personas pueden acercarse a la comprensión de conceptos y representaciones abstractas, estimulando su imaginación y juego simbólico.

A través de la toma de contacto sensorial con las distintas materialidades, las personas habitan un mundo sensorial que ya les es conocido tanto en sus fortalezas como dificultades, pero al

cual desde el Arte terapia, tienen la oportunidad de resignificar. Por medio del acompañamiento y/o facilitación de sus procesos creativos, el Arte terapia les ofrece una nueva forma de comunicación con la cual sobreponerse a las dificultades diarias que tienen tanto en el lenguaje verbal como social.

En palabras del arte terapeuta Janek Dubowski (2001) el acto creativo, necesario en el hacer arte, es por sí mismo un acto de imaginación ya que involucra la traducción de una imagen interna de la mente a una forma tangible sobre la hoja del papel (extrapolable a mi juicio a toda superficie donde se pueda dejar huella).

El arte, tomando las palabras de la también Arte terapeuta Nicole Martin (2009) proporciona “un interesante cruce para los niños y niñas con TEA, porque es una actividad en la cual tanto sus fortalezas (aprendizaje visual, intereses sensoriales) y debilidades (imaginación, necesidad de control sensorial) emergen” (p.28) y donde también según la misma autora el arte “les provee una salida a sus comportamientos perseverativos y auto-estimulatorios”. (p.28).

En términos generales, citando a Recio (2014) existen, en base a las características propias de los TEA, las siguientes áreas donde el AT resulta significativa: sensorialidad e indiferenciación, destrucción, experiencia de fragmentación, baja tolerancia a la frustración y repeticiones, rutina y rituales. (p.5).

Puesto de otra forma por Martin (2009) las 6 metas principales del trabajo arte terapéutico en TEA serían trabajar en: imaginación/ pensamiento abstracto, regulación e integración sensorial, emoción/autoexpresión, crecimiento desarrollo, habilidades viso-espaciales y habilidades de recreación y ocio. (p.65).

Siendo lo más frecuente que las necesidades terapéuticas de los niños y niñas bajo los 5 años de vida estén principalmente relacionadas a la regulación e integración sensorial y en niños, niñas mayores y adolescentes aquellas áreas relacionadas a emociones/autoexpresión e imaginación/pensamiento abstracto.

Mencionadas estas generalidades, comentaré el rol del Arte terapia como mediadora o facilitadora de las siguientes temáticas que resultaron centrales a la experiencia de intervención realizada y que se conectan con las teorías sobre funcionamiento autista antes comentadas.

### **Intersubjetividad/ subjetivación**

El Arte terapia permite a través del contacto y manipulación de los materiales, no sólo facilitar en el proceso las habilidades de comunicación para la persona con su entorno, sino también para consigo mismo. Cito a Janek Dubowski (2001, p.11):

Nosotros también usamos el lenguaje en una manera muy personal, internamente, en nuestras mentes, para dar sentido a nuestro mundo (intracomunicación). El lenguaje utilizado de esta forma nos permite el comunicarnos con diferentes aspectos de nuestra existencia, nuestra toma de conciencia, entre nuestros pensamientos y nuestros sentimientos, nuestras sensaciones sobre el mundo y nuestra intuición acerca de estas sensaciones.

Permite entonces subjetivar al individuo, diferenciarse de su entorno, y así mejorar sus funciones de contacto y estimular su autonomía.

### **Dejar huella/ memoria/ aprendizaje**

Producir una imagen concreta y tangible a través del hacer arte, permite a las personas con TEA el tener un producto, resguardado por el arte terapeuta, al que él o ella pueda volver siempre que lo desee a través del tiempo.

Constituye a la vez a una forma de dejar huella para sí mismo y de dar cuenta a un otro(a) de sus sensaciones, pensamientos, etc. La huella subjetiva e intersubjetiva a la vez, a través de distintos materiales, proporciona un medio no verbal a la persona para dar cuenta de su proceso de individuación y/o toma de conciencia de sí mismo, en espera de que logre adquirir más destrezas para hacerlo a través de la palabra hablada o escrita.

La obra, si bien no es un fin por sí misma en términos arte terapéuticos, se transforma en una forma concreta de recordar un proceso de subjetivación. Se constituye en memoria para sí mismo y refuerza así sus aprendizajes.

### **Flexibilización de rutinas/ ampliar repertorio de experiencias:**

Cito a Lorna Wing (1998, p.55):

“Si la persona con autismo no puede disfrutar de las actividades que implican un pensamiento creativo y flexible, ni con el intercambio de ideas con otras personas, ni comprende a los demás ni se interesa por ellos y no puede integrar las experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro, lo único que le queda es asegurar la tranquilidad repitiendo las actividades que le proporcionen placer “

De esta forma tanto las estereotipias como el comportamiento repetitivo que se observan frecuentemente en las personas con TEA se pueden entender como comportamientos de defensa o evitativos, en la medida que son utilizados para poner freno a estímulos externos que pueden experimentarse como abrumadores o dolorosos inclusive.

Pudiera ser entonces que la persona con TEA reiterara algunos de estos comportamientos en las sesiones de Arte terapia con algunos materiales, también como una forma de defensa ante lo nuevo.

Sin embargo, lo interesante de la repetición del uso de un material de arte, por ejemplo, de una masa de sal o plastilina, es que no necesariamente el resultado será igual a la primera exploración y esto, por lo tanto, irá sirviendo para gradualmente ampliar el repertorio de experiencias. También está la posibilidad de presentar los materiales en formas y usos diferentes, para así en la medida de contar con mayor variedad de materiales y formas de exploración (texturas, superficies, colores, sonidos, olores) obtener, de manera espontánea o de manera más intencionada en aquellas personas con un funcionamiento más bajo, un aumento en sus exploraciones y una reducción en sus defensas sensoriales.

Esto además sirve para trabajar en la regulación de aquellos momentos de frustración y enojo. Como no hay una presión para que la persona aprenda una técnica o logre concretar una

“Obra”, sino que las energías están centradas en el proceso a través del cual se llega a poner algo de sí en los materiales, no existirá una forma errónea de manipularlos en una actividad artística. Esto se traducirá en dar espacio a la descarga caótica en los materiales, a permitir que la persona se frustre y vuelva a comenzar (en un contexto protegido), sin que esto signifique una sanción o censura en la medida que los materiales artísticos no se usen para destruirse a uno mismo, al terapeuta o al espacio. (Núñez, 2003, p.3).

El Arte terapia brinda herramientas para ir regulando y disminuyendo las conductas reiterativas, de manera de ir ayudando a la persona a relacionarse de una manera más libre y relajada con sus procesos creativos.

### **Vínculo terapéutico/ empatía**

Citando a Núñez (2003) “La presencia física de los materiales, objetos e imágenes facilita que la persona con autismo interactúe con el terapeuta de una forma menos directa de la que se puede plantear en una situación verbal” (p. 3). Lo cual con el tiempo y constancia va ir facilitando el ir derribando las barreras defensivas de la persona con TEA y a través de estos elementos intermediarios facilitar el desarrollo de herramientas precursoras para la facilitación del lenguaje verbal.

En la medida que se intenciona una relación empática hacia la persona con TEA, esto se irá reflejando en un vínculo donde tanto el movimiento corporal, la imagen y las palabras entre ambos formen un “todo-rítmico” (Rutten-Saris, 1990, 1998). De acuerdo a Núñez (2003, p.3) esto en Arte terapia significa que el terapeuta y el medio (materiales plásticos, imágenes, objetos) deben sincronizarse con la persona con autismo, adaptarse a ella, moverse con ella, comprendiendo que su ritmo es diferente al propio.

Generar esta experiencia de empatía, desde una vivencia de reciprocidad, mediada de manera concreta por los materiales, facilitará que la persona con TEA también responda en sintonía hacia el terapeuta. El desarrollo de este vínculo en el espacio terapéutico, explorado de manera protegida y respetuosa en los ritmos de cada persona, resultará un elemento esencial para la facilitación del desarrollo de sus capacidades de comunicación e imaginativas. Ambas habilidades cruciales para promover sus relaciones interpersonales e inclusión social de

manera satisfactoria. Por lo tanto, el vínculo terapéutico empático se constituye como un objetivo por sí mismo. Dotando la cualidad de la experiencia arte terapéutica un plus por sí misma a la relación triangular.

**Ayudar a construir “estructuras procesales” hacer visible lo abstracto:** favoreciendo los procesos imaginativos y el pensamiento abstracto.

Cito a Noemí Martínez (2006, p.74) “las personas con autismo necesitan un tipo de relación mediada por objetos, imágenes, materiales plásticos y procesos artísticos para intermediar en las áreas socio-afectivas, imaginativas y comunicativas afectadas por el trastorno”

La creación artística es un buen vehículo para desarrollar la imaginación y el pensamiento abstracto ya que los materiales artísticos son a la vez visuales y concretos, el arte es a la vez tanto literal como figurativamente un “pizarrón de dibujo” útil para las imágenes mentales. (Martin, 2009).

La misma autora también nos aporta que:

Utilizar elementos de arte tales como color, composición, escala, ubicación y la línea para crear un trabajo agradable que no es figurativo o que tampoco tiene otros elementos identificables, puede ser utilizado para llevarte a un nivel siguiente en que el niño haga y asigne asociaciones a los elementos abstractos (ej.: azul es frío, línea áspera es frustración, etc.) (Martin, 2009, p.70)

**Ayudar a conducir hacia los procesos de simbolización, necesarios para desarrollar la imaginación y consecuentemente el juego simbólico.**

A través de las distintas formas de interacción con los materiales artísticos se puede proveer a la persona con TEA de un espacio transicional, donde potenciar la capacidad de simbolizar y de jugar simbólicamente.

La capacidad de pensamiento simbólico de acuerdo a Donald Winnicott (1991), provendría directamente de la experiencia del primer objeto transicional, aquel que nos da confort y

calma muestra ansiedad de separación de nuestra figura de apego primaria. Esta función también la puede proveer el proceso creativo.

En especial, las actividades creativas de exploración pre-representacionales como manchar y garabatear, son importantes precursoras para el desarrollo del dibujo en los niños y niñas, en tanto contribuyen al desarrollo de la capacidad de representar cualidades o conceptos en relación a un algo (simbolización).

Cito a Kathy Evans y Janek Dubowski (2001) quienes al referirse a su metodología de trabajo arte terapéutico explican en relación a las actividades pre-representacionales:

Las intervenciones realizadas en estos abordajes están basadas en las actividades de dibujo pre-representacionales que utilizan los infantes en las primeras etapas del desarrollo del dibujo y las actividades que les siguen hacia el dibujo representacional. Al introducir más materiales y actividades o conducirlos en el arte terapia con niños autistas, ellos son expuestos a cualidades de experiencias equivalentes a las fases más tempranas de su desarrollo, cuyas dinámicas pre-forman el desarrollo de la capacidad de simbolizar. (p.101)

### **Mejorar la comprensión del tiempo/ del espacio**

El Arte terapia permite ayudar a representar conceptos abstractos como son el tiempo y el espacio, en relación a la “incapacidad básica autista para dar sentido a las experiencias pasadas y presentes que lleva a dificultades específicas a la hora de comprender estos conceptos (Wong, 1998, p.108)...el problema con el tiempo es que no se puede ver o sentir, sino que tiene que deducirse de la secuencia de acontecimientos “...el mejor modo de ayudarles es representar el paso del tiempo en términos prácticos: lo abstracto tiene que hacerse concreto” (p.107)

Y en términos de su relación con el espacio y la tridimensionalidad el acto de dibujar o realizar cualquier tipo de actividad artística permite al individuo experimentar sensaciones físicas del movimiento y explorar el espacio de las formas representadas (Núñez, 2003, p.3)

## **El rol de la imitación (como motor de aprendizajes)**

De acuerdo a Sofranoff, Atwood, Hinton and Levin (2007) la imitación desempeña un papel importante en los niños con TEA, puesto que en esta acción no solo reproducimos acciones de otros sino también relaciones intencionales con el otro y con los objetos que nos rodean.

La imitación como motor de aprendizaje, por ejemplo, en actividades artísticas en que la persona emule sensaciones, movimientos, trazos realizados por el arte terapeuta, podrá dar paso a exploraciones propias y luego a procesos artísticos que capaciten el desarrollo de la imaginación y capacidades de juego.

Según Lorna Wing (1998) es a través de la exploración con materiales, desde la imitación de movimientos conectados a una sensación placentera el que se facilita la “ecopraxia”, habilidad básica para el desarrollo de la conducta social.

Muchas veces el arte terapeuta habrá de constituirse en la tercera mano de las personas con TEA, y posiblemente tenga que enseñarles a éstos de este modo en todo tipo de actividades, debido a la falta de impulsos para imitar a otros. Persistir en esta tarea no tiene como fin último que logren emular las acciones de otros con precisión, sino lograr que después tengan a partir de este impulso la capacidad de darle sentido o significativo a las acciones realizadas, pudiendo decidir después respecto de ellas de manera autónoma.

Por último y no menos importante, quisiera destacar el valor del Arte terapia en proporcionar **un espacio de recreación y placer** para las personas con TEA. No solo porque es agradable para la persona contar con actividades placenteras o estimulantes, sino porque, en especial para los niños y niñas pequeños el componente lúdico es un importante facilitador para sus aprendizajes y favorece un vínculo seguro con el terapeuta.

Además, el relacionarse desde lo recreativo y tiempo de disfrute, también puede extrapolarse a otras actividades de la vida diaria, que, si bien necesitan estructura, no por eso deben estar desprovistas de creatividad.



Cito nuevamente a Martín (2009):

Mientras más trabajo con niños del espectro siento aún más fuerte que la recreación saludable es uno de los objetivos más importantes de todos. Hacer arte ofrece al niño con autismo una forma socialmente apropiada de nutrir sus necesidades por intereses perseverativos (llamadas en los niños neurotípicos “pasión” o “impulso”), aislamiento, y estimulación visual, así como una oportunidad para la maestría y el disfrute. (p.81)

Finalmente, quisiera cerrar esta sección con la cita de María Isabel Fernández Añino, en Domínguez, P (2013). Su reflexión, en torno a la necesidad de abrir espacios a través del Arte terapia, me hace conectarla con otras lecturas como las de Violet Oaklander en Ventanas a nuestros niños (1992):

En nuestras manos está ampliar los medios, las técnicas y la utilización de la expresión plástica con las que contamos para, de esta forma abrir las puertas de la comunicación, el lenguaje y la relación intersubjetiva a personas que no podrían adquirirlas sin ayuda explícita. Con ello estaremos contribuyendo a llenar de sentido su mundo y romper el cascarón de aislamiento que les separa de las otras personas (p.180).

## **Capítulo 2: Descripción de la práctica.**

### **2.1 Descripción general del centro de prácticas, población, equipo y derivación.**

Por razones de confidencialidad, tanto el nombre del centro de práctica como del niño con quien se trabajó serán resguardados. Para referirme al niño utilizaré el nombre ficticio de Vicente.

El centro donde se llevó a cabo la intervención arte terapéutica corresponde a una organización sin fines de lucro, ubicada en el área norte de Santiago, fundada por padres y familiares de niños, niñas y jóvenes con TEA beneficiarios de FONASA (Fondo Nacional de Salud). Cuenta con más de 20 años de experiencia en el trabajo de rehabilitación, funcionando con aportes de sus socios activos y de fondos ministeriales entregando atenciones por medio de un equipo multidisciplinario compuesto por Terapeuta Ocupacional (1), fonoaudiólogos (2) y educadora diferencial (1).

Los niños, niñas y jóvenes con diagnóstico de TEA llegan derivados por sus médicos tratantes (Neurología y Psiquiatría) desde el sistema público y tras pasar un proceso de evaluación comienzan sus intervenciones en el centro.

La misión de la institución consiste en entregar una atención integral a cada niño, niña y joven de manera que éste pueda alcanzar sus máximas capacidades funcionales que le permitan una mejor integración social, familiar y ocupacional; mejorando con ello su calidad de vida. Para ello el centro apunta a ser un referente para la atención de terapias integrales en el área Norte de Santiago, proporcionando un apoyo fundamental para sus beneficiarios y sus familias.

Dentro de sus modalidades de trabajo destacan:

- Atenciones individuales y/o grupales, de parte del equipo multidisciplinario, considerando las características generales de cada niño (a).
- Salidas educativas con los usuarios, con el fin de apoyar el trabajo llevado a cabo en las terapias y fomentar conductas sociales.

- Talleres para padres con el fin de resolver dudas, dar orientación en temáticas de interés para la familia.

Con respecto al trabajo terapéutico, éste se sustenta principalmente a partir de modalidades o enfoques: cognitivo – conductual, enfoque sistémico y psico – educacional.

Los niños y niñas asisten en bloques de 30 a 60 minutos de duración, dependiendo si son intervenciones individuales o grupales respectivamente, en horarios complementarios a sus rutinas escolares.

El centro cuenta con salas equipadas por separado para las terapias fonoaudiológicas, de terapeuta ocupacional y de educación diferencial, además de un patio en común que sirve como espacio de juego y de espera para la familia acompañante, una sala de espera, cocina, comedor, secretaría y sala de reunión para funcionarios.

## **2.2 Antecedentes del caso de estudio, resumen de anamnesis y motivos de derivación a AT:**

Vicente, es un preescolar de 4 años y medio, de nacionalidad chilena, hijo de padres peruanos radicados en Chile hace varios años. Vive junto a su familia nuclear constituida por sus padres en una casa habitación compartida con otros familiares, donde la mamá de 31 años asume las labores del hogar y ayuda en paralelo en el negocio de su hermano, única familia en Chile. El padre de 26 años es soldador. Ambos con escolaridad completa y sin enfermedades relevantes. No se contó con otros datos en relación a la familia radicada fuera de Chile, más que el antecedente de un tío por parte paterna portador de Sd de Down. Durante el transcurso de las sesiones se conoce que mamá de Vicente se encuentra cursando un nuevo embarazo.

El embarazo de Vicente, si bien no planificado, fue deseado por ambos padres y controlado precoz y adecuadamente en toda su evolución, sin presentar criterios de riesgo o patología alguna. Fue un recién nacido de término de 39 semanas pequeño para la edad gestacional (peso 2700) pero sin patología perinatal relevante.

Durante el primer año de vida, Vicente se presentó ante sus padres como un lactante sano, con un buen incremento ponderoestatural, cumpliendo todos los hitos del desarrollo motor grueso y fino adecuadamente, presentando sus primeras palabras alrededor de los 7 meses de vida y con un buen contacto social y afectivo hacia ellos. Sin embargo, tras cumplido el año de vida, ya caminando, fueron notando que Vicente tenía muy poco avance en su lenguaje, sin lograr hacer frases de 2 palabras y que ya no los miraba ni respondía a su nombre como hacía antes.

Tampoco interactuaba con niños y niñas de edades similares. Por lo cual es derivado a sala de estimulación del programa Chile Crece Contigo en su CESFAM, sin grandes avances.

Posteriormente, a los 18 meses en evaluaciones del desarrollo psicomotor a través del TEPSI por enfermera, se deriva (tras varias evaluaciones por el equipo local) a Neurología infantil de su hospital de referencia. Es evaluado cercano a los 2 años, donde por primera vez les plantean a los padres que Vicente pueda ser “portador de autismo”<sup>1</sup>. Para su mamá la posibilidad de que fuera “autista”, si bien no conocía previamente el significado del término, le fue haciendo mucho sentido a la luz de los rezagos que presentaba su hijo y concordaban con la información que fue revisando ella misma sobre autismo. Al contrario, a su pareja este probable diagnóstico le generó bastante resistencia.

Inicia así, controles seriados desde los 2 años de vida por neurólogo infantil, con diagnóstico de “TEA y retraso del lenguaje co-mórbido”. Con evaluación auditiva que descarta hipoacusia y antecedente de cirugía por anquiloglosia. No se describe déficit cognitivo asociado al momento de su derivación al centro, así como tampoco necesidad de farmacoterapia.

---

<sup>1</sup> La expresión “portador de autismo” he decidido mantenerla, puesto que fue utilizada así por su madre y da cuenta cómo aún es utilizada entre los mismos profesionales de salud que tratan a estas personas, dando una connotación de enfermedad a esta condición que es más bien una forma distinta de estar en el mundo; y por lo tanto, contribuye a totalizar desde la “discapacidad” a estos niños y niñas, lo cual a mi juicio es una reflexión necesaria de abordar.

A partir de mayo del 2015 asiste al centro de atención, donde inicia apoyo terapéutico de tipo fonaudiológico y terapéutico ocupacional, sumándose a partir de abril del 2016 la intervención de una educadora diferencial.

En paralelo asiste a jardín infantil (nivel medio mayor) de su sector de residencia en jornada completa, siendo integrado a la rutina habitual de los demás niños y niñas, asistiendo diariamente salvo los días que acude a sus intervenciones.

A su ingreso al centro (1 año y medio antes de que inicie la intervención AT) los rasgos más destacados de Vicente por el equipo local eran:

**En su desarrollo social,** contacto visual muy lábil y dificultades en lograr atención conjunta. Uso instrumental de sus habilidades de lenguaje frente a un otro, aunque con capacidad de responder de manera adecuada a manifestaciones y estados de ánimo de familiares. Juego presente, pero desde la imitación.

**En su desarrollo cognitivo y pautas de comportamiento:** frecuentes autoagresiones y frustración fácil. Estereotipias ante momentos de tensión. Sin respuesta al no. No sigue instrucciones ni responde al dame o toma. Dificultad en mantener períodos de atención y concentración, salvo para aquellos elementos de su interés. Inquietud motora importante. Habilidades cognitivas básicas y habilidades viso espaciales conservadas, poseedor de buena motricidad fina, con uso funcional de objetos.

**En cuanto a su lenguaje,** presencia de ecolalias y pobreza en la producción de palabras (no + de 30), sin realizar frases simples, con pobre uso de precursores del lenguaje de tipo señalamiento protoimperativo ni protodeclarativo.

**En cuanto a su juego,** se caracterizaba por tener el foco puesto en lo sensorial (dentro de otras características no se observaban respuestas orientadoras a hipo o híper responsividad a nivel táctil, vestibular o propioceptivo auditivo/visual) y con algunos elementos muy iniciales de juego simbólico.

Para la madre de Vicente su ingreso al centro fue muy positivo, y describe que ha habido avances muy importantes en relación a la regulación de aquellos comportamientos más

disruptivos y que su lenguaje ha mejorado bastante. Si bien refiere que los cambios han sido lentos y no fáciles para el equipo terapéutico, siente que Vicente ha logrado un muy buen vínculo terapéutico con sus tratantes y que han logrado las “tías” trabajar bien con él. En especial en temas relacionados a normas, límites y logro de tareas planificadas, elementos de la terapia que para la mamá son muy relevantes y necesarios para el funcionamiento diario de su hijo.

Al momento de tomar contacto con Vicente y durante el curso de las primeras sesiones de Arte terapia, el foco de las intervenciones realizadas por el equipo tratante (revisadas en su ficha clínica tras llevar 5 sesiones de Arte terapia) eran las siguientes:

<b>Terapia ocupacional</b>	<b>Fonoaudiología</b>	<b>Educación diferencial</b>
Favorecer la organización de la conducta.	Potenciar capacidad de atención y acción conjunta.	Favorecer seguimiento de instrucciones.
Potenciar el juego compartido.	Regular nivel de ansiedad.	Favorecer ajustes de conductas.
Favorecer el seguimiento de instrucciones.	Identificar partes del esquema corporal.	Aumentar períodos de atención y concentración.
	Encajes simples de figuras geométricas.	

Las primeras informaciones que recibo sobre Vicente por parte de la terapeuta ocupacional al momento de la derivación, son que se trata de un niño muy tierno e inquieto. Que hace poco ha comenzado a hablar, siendo uno de los niños más pequeños y por lo tanto con intervenciones más precoces en el centro, y que, por lo mismo, y dado su buen nivel cognitivo, desean complementar sus terapias actuales con Arte terapia. Sin entrar en mayor detalle sobre necesidades o áreas puntuales identificadas por ellos como probable foco terapéutico. Para la mamá, su principal motivación de que Vicente participe de la intervención de AT es que pueda disfrutar de los materiales artísticos, ya que ha visto que a su hijo le gusta mucho pintar y dibujar. Además, le interesa que siga teniendo intervenciones

por otros profesionales con un foco individual, abordando desde otras estrategias las dificultades y necesidades de su hijo.

La intervención arte terapéutica individual se estructura en 16 sesiones, con periodicidad semanal, de las cuales finalmente se concretan 13 sesiones con Vicente y 1 sesión de devolución con su madre.

### **Descripción de los primeros encuentros vividos con Vicente.**

Mi primer encuentro con Vicente toma lugar un día a fines de agosto del 2016, durante una convivencia de aniversario del centro y nuestra primera sesión de Arte terapia se concreta la semana siguiente. En estas dos instancias observé a un niño de constitución menuda, piel aceitunada, ojos grandes y con gran inquietud motora. Respondía al llamarlo por su nombre, pero evitaba el contacto visual con frecuencia o si lo presentaba era muy esquivo. Durante la convivencia lo vi caminar y a ratos correr en el espacio abierto en solitario, sin hablar ni interactuar con otros niños y niñas y/o adultos. Su madre muy atenta a todos sus movimientos, le seguía de cerca, casi como su sombra. Utilizaba la presencia de otros de manera utilitaria, para conseguir bebida o dulces. Le observé molesto ante ruidos fuertes e inesperados, interesado en cosas pequeñas del entorno.

En nuestra primera sesión aparecen en su mayoría las principales características de Vicente, concordando éstas con la lectura de sus antecedentes semanas más tardes en su ficha del centro y con los datos aportados por la madre en las entrevistas. Éstas eran:

**En relación a su lenguaje:** poquita vocalización, pero bien articulada. Conoce números y colores, tanto en español como en inglés. Sabe contar en secuencia hasta 20.

Con frecuencia presenta ecolalias ante palabras o sonidos que le llaman la atención. Presenta vocalizaciones agudas y una suerte de gruñidos ante situaciones de disgusto y frustración.

Hace muy pocas frases, se auto reconoce por su nombre, pero no pide las cosas por su nombre ni tampoco las señala ni las solicita con el dedo.

No responde a la instrucción verbal del NO.

No establece un diálogo verbal conmigo, solo repite algunas de mis palabras, pero sin clara intención comunicativa.

**En relación a su contacto social:** muy poco contacto visual y escasos momentos de atención conjunta.

Mi presencia inicialmente en la sala parece poco notoria o significativa para él, aunque en ocasiones me toma de la mano para obtener juguetes o materiales que le llaman la atención.

Se sonríe en respuesta a algunas situaciones realizadas por mí (dejar caer cosas, sonidos especiales o divertidos)

No rechaza el contacto corporal, no me impresiona que tenga intolerancia al contacto con los materiales en general, ni desde la hipo ni hiperestimulación.

**En relación a su comportamiento:** mucha actividad motora, expansivo en sus movimientos, preferencia por explorar materiales con la boca (sacar envoltorios, tapas, morder, etc.).

Periodos de atención muy limitados, incluso para aquellas situaciones o cosas que le resultan atractivas. Se frustra muy fácilmente ante el no o ante algo que no resulta como él desea.

Si bien no se autoagrede ni es agresivo hacia mí, su frustración se vuelca a los materiales.

Presenta escasas estereotipias (principalmente movimiento manitos esporádicos). No presenta rituales ni comportamientos estereotipados en sesiones.

**En relación a su nivel cognitivo:** si bien hay un uso utilitario de los materiales, impresiona una muy buena motricidad fina, aunque con déficit importante en la planificación y organización viso-espacial. Si bien no sigue instrucciones inicialmente, y no presta atención conjunta, a lo largo de las sesiones va resolviendo dificultades en sus procesos creativos de buena forma dando cuenta de un buen nivel cognitivo.

**Y en relación a su juego:** éste se estructura desde la imitación. De corte más bien funcional, pero con algunos esbozos de juego imaginativo.



Me parece también relevante incluir dentro de los antecedentes, un par de citas obtenidas de entrevistas con su madre, puesto que aportan la visión de su referente vincular más cercano también en relación a sus fortalezas y necesidades.

En relación a mejorar su capacidad de filtrar estímulos de su entorno:

*“Cuando salimos, también le cuesta regular, ve todo y quiere todo, como que quiere comerse al mundo y se pone nervioso, lo que entre comillas debería hacerlo feliz no le hace feliz, más bien le hace sufrir porque no puede tenerlo todo a la vez y yo tengo que ponerle límites y él sufre porque no puede. “*

Sobre la oralidad/auto estimulación:

*“Sí, me he dado cuenta que él cuando chiquito aprendió a no llevarse las cosas a la boca y lo dejó de hacer...y luego Ud. me dijo que él se estaba llevando cosas a la boca y yo lo pillé haciéndolo, pero lo hace a escondidas. Como que toma algo y tiene que llevárselo a la boca para ver qué es o si se come o no “*

Sobre su capacidad de dar unidad a las partes y creatividad:

*“Sí, eso cuando él era chico lo evaluamos con un especialista gringo, era en realidad para las terapistas la ayuda, pero el niño era beneficiario también. Y nos dijo eso pues, que nos dolió un poquito la verdad, que él sacaba todo y al final no jugaba con nada, porque él, como se dice eso...no tenía la capacidad de crear cosas, de fantasear, de jugar...claro y que eso no iba a ser para siempre, pero que en ese tiempo a él le costaba y otros niños de su edad sí hacían. Y esa era la explicación de por qué él cuando veía y sacaba todo, pero sin jugar con nadie”*

Sobre hiperactividad y desatención:

*“Él tiene su carácter, quiere ir a su gusto, es inquieto, un poco harto cuadrado y cómo se llama...hiperactivo.”*

Sobre autismo, calidad de vida y relación con terapias:

*“Yo no lo voy a cambiar a mi hijo, yo sé que tampoco hay una medicina o que de repente yo lo voy a llevar a la neuróloga y me darán una medicina que lo vaya a mejorar...no, pero de repente (la medicina) le va a graduar algo que por más que yo lo lleve a terapia, no va a mejorar...aunque él aún no toma medicamentos y hasta ahora me siento orgullosa de eso, porque antes cada vez que iba con la neuróloga era algo imposible, no me dejaba ni un segundo tranquila, le gustaba explorar todo, no paraba...era de un segundo de no mirarlo que él daba vuelta todo o se hiciera daño...pero después ese ya no fue mi punto, pues eso yo ya lo empecé a lograr regular... si no que mi preocupación era que él fuera avanzando en otras cosas...por eso yo creo que nunca me recetó algún tipo de medicamentos pues vio que yo lo podía manejar ( la ansiedad o la travesura).*

*Pero ahora si es que ella me dijera, “mira, él está muy bien en el colegio y esto le puede ayudar”, yo todo lo que sepa que le hace bien y no le hace daño lo aceptaré para que mi hijo no sufra...cualquier cosa que garantice que a él no le haga daño”*

A continuación, a modo de resumen de esta sección, expongo tanto fortalezas y necesidades observadas en Vicente, ya que en base a éstas se fueron asentando los objetivos tanto generales como específicos de esta experiencia arte terapéutica:

<b>Fortalezas</b>	Buen nivel cognitivo.  Sin conductas de auto daño ni heteroagresividad.  Su escolaridad facilita su familiaridad con muchos de los materiales.  Buena receptividad al juego, desde la imitación y en ocasiones de manera espontánea.  Capacidad de disfrute y ánimo positivo.  Buena habilidad motora fina.  Sin dificultad en general al contacto con materiales sobre su cuerpo o piel.
-------------------	---

	<p>Sin rechazo a la cercanía corporal con terapeuta.</p> <p>No tiene rutinas o formas demasiado rígidas en sesión, lo que facilita la exploración.</p> <p>Sin ansiedad de separación o inquietud en ausencia de su mamá, lo que favorece su autonomía.</p>
Necesidades	<p>Mejorar contacto visual y aumentar momentos de atención conjunta.</p> <p>Fomentar el uso de precursores para la atención conjunta como son el <b>señalar protoimperativamente</b> (con el fin de obtener algo) y el <b>señalar protodeclarativamente</b> (con el fin de comentar o mostrar interés por un objeto).</p> <p>Aumentar su capacidad de concentración en una actividad, para así poder persistir en una exploración.</p> <p>Regular la estimulación sensorial que obtiene del contacto/ relación con materiales (hipo e hiper), fortaleciendo funciones de contacto.</p> <p>Regular o filtrar de manera más armónica los múltiples estímulos que recibe del entorno.</p> <p>Regular a la baja los momentos de autoestimulación y/o de conductas reiterativas (ej. llevarse cosas a la boca, quedarse pegado en pegoteo con la masa, o dejar caer repetidamente objetos.)</p> <p>Ayudar a modular su respuesta ante el “NO”, regulando sus respuestas disruptivas ante la frustración.</p> <p>Favorecer el construir elementos o cosas nuevas a partir de elementos por separado (capacidad de dar unidad o sentido de todo a un algo).</p> <p>Favorecer que de sentido o características propias a sus exploraciones u obras (subjetivación), lo que tiene relación con que esté realmente conectado con sus procesos (dejar huella de manera consciente).</p>

## **2.3 Objetivos de la intervención.**

### **Objetivo general:**

Facilitar a través del contacto y proceso creativo con materiales artísticos, la adquisición de experiencias y aprendizajes que le permitan ampliar su repertorio personal de herramientas para su lenguaje comunicativo e interacción social; mejorando el contacto consigo mismo, su entorno y consecuentemente impactar positivamente su calidad de vida.

### **Objetivos específicos:**

Generar, con la mediación de los materiales artísticos, un vínculo terapéutico empático, que pueda comprender y replicar a otras relaciones interpersonales de su cotidiano.

Promover a través de la experimentación con diversos materiales artísticos, la integración y regulación sensorial necesaria que le permitan sostener sus procesos creativos y subjetivar las experiencias vividas.

Proporcionar a través del goce sensorial y el juego, un espacio donde pueda experimentar vivencias de satisfacción que le permitan de una manera más concreta, contactarse consigo mismo de manera no fragmentada y extrapolar este aprendizaje a otras situaciones de su vida cotidiana.

Entregar, a través de la producción de imágenes, la experiencia de contar con un lenguaje complementario al verbal para su comunicación e interacción social.

## **2.4 Setting**

La intervención se llevó a cabo en la sala utilizada por la educadora diferencial. Esta sala era pequeña, con piso de madera y paredes de concreto. Contaba con dos ventanales que podían abrirse y persianas de madera. Disponía de dos mesas pequeñas y sus sillas, más dos mesas laterales, que de todas formas resultaban altas para la estatura de Vicente. Existían repisas situadas en las paredes, un gran mueble armario sin puertas, y otro tipo closet con puertas corredizas. En el primer armario había juguetes didácticos, sobre todo puzzles y ensambles

tipo lego, además de materiales de arte. Todos estos materiales, tanto en el armario como mesa lateral y repisas en general bastante desordenados y de fácil alcance en el horario de las sesiones.

Fue necesario, a la luz de las características y necesidades de Vicente y en beneficio de mantener la atención centrada en los procesos creativos y vínculo terapéutico, cambiar la disposición de los elementos en la sala. Fundamentalmente sacar del campo visual de Vicente muchos de los puzzles y juguetes; ampliar espacios y trabajar en el suelo cubierto por un plástico. Todo esto en búsqueda de lograr una sala de baja estimulación.

Es decir, una sala amplia, con mesas adosadas a las paredes, dotadas solo de los materiales a explorar en sesión. Allí Vicente podía moverse con mayor libertad y se frustraba con menos frecuencia, ya que había menos oportunidades para negar o restringir acceso a elementos distractores. Todo esto resultó beneficioso a la larga para ambos, ya que al no agotar yo mis energías en limpiar y/o evitar que Vicente tomara /volcara / desarmara constantemente los juguetes en el piso podía realmente mantenerme conectada a sus necesidades y Vicente se frustraba o enojaba menos.

Cercana a la sala se disponía de acceso a baño y/o cocina donde sacar agua y limpiar materiales utilizados, y tanto materiales como obras de Vicente fueron guardados en un armario de puertas corredizas situado dentro de la misma sala.

A la mamá se le solicitó traer vestido a Vicente con ropa cómoda y que pudiera ensuciarse sin problemas. Utilizando de igual forma un delantal sobre la ropa.

Las sesiones fueron semanales, los días martes en la tarde, en horario de 14:30 a 15:15 y fueron planificadas para durar como máx 45 minutos. Esto a la luz, de los cortos períodos de atención que tienen los preescolares en general, y que en especial para Vicente, en relación a sus dificultades para persistir en las exploraciones al inicio de las sesiones, debían acotarse aún más. De estos 45 minutos, habitualmente 20 o 30 eran de exploración como tal, ocupando el tiempo restante en ir conduciendo paulatinamente a Vicente al cierre, retirando y guardando los materiales y las obras a resguardo.

Las sesiones se estructuraban en torno a uno o dos objetivos centrales. En relación a los que planificaba actividades y materiales para ellas. Intencionaba actividades, que luego a la luz de las exploraciones de Vicente iba modificándose. Al principio, en las sesiones iniciales, las actividades eran aisladas, para luego ir intencionando una secuencia creativa entre ellas y potenciando que Vicente persistiera en la exploración de un material central. Los materiales fueron ocupando espacios en la sala en aquellos lugares donde había elementos distractores previamente, de manera que cuando él los buscaba, ya en una suerte de juego, encontraba elementos para incorporar al trabajo creativo intencionado.

Todas las sesiones fueron realizadas en solitario junto a Vicente, siendo traído y esperado habitualmente por su madre, salvo un par de veces en que por molestias propias del embarazo fue reemplazada por el padre.

Las normas y límites básicos en sesión señalados tanto desde lo concreto como simbólico a Vicente fueron:

Él podía utilizar y explorar los materiales como se le ocurriera, en la medida que esto no resultara peligroso para sí mismo o la terapeuta (ej. comerse el material o golpearse con él a sí mismo u a otro)

Mantener limpias las áreas no dispuestas para ser ensuciadas dentro de la sala, para ello se disponía en casi todas las sesiones de un área en el piso cubierta de plástico donde Vicente aprendió que sí podía ensuciar a sus anchas.

Cuidar los juguetes, material didáctico y trabajos presentes en la sala pertenecientes a otros niños y niñas del centro.

Al final de la sesión se entregaba una pequeña devolución general a la madre sobre los materiales utilizados y el comportamiento general de Vicente en sesión. Esto se decidió realizar en sintonía con la forma de funcionamiento del centro y en respuesta a la necesidad de la mamá de tener este tipo de retroalimentación semanal. Se aprovechaban estas devoluciones para entregar a la mamá pequeños relatos de los procesos creativos de Vicente y socializar con ella la naturaleza del trabajo arte terapéutico.

Hubo lamentablemente una sola reunión de retroalimentación con el resto del equipo tratante en la mitad del proceso (sesión 7). Con respecto al informe final de práctica, éste fue presentado a la directora del centro y se realizó una devolución del proceso arte terapéutico a la mamá en la sesión número 14.



*Disposición de la sala en sesión 5.*

## **2.5 Técnicas y enfoques utilizados.**

En general hay consenso en la literatura, que para el trabajo con niños y niñas más pequeños o en aquellos considerados “*de menor funcionamiento*” el enfoque directivo es el que mejor va a funcionar, relacionado a un trabajo más centrado en la regulación e integración sensorial. A diferencia de aquellos niños y niñas con nivel de “*funcionamiento alto*” en que sería más beneficioso un enfoque no directivo, justamente porque en estos casos habría una mayor apuesta por la producción de arte que contenga contenidos personales.

Así, el enfoque pensado y diseñado originalmente para la mayoría de las sesiones con Vicente fue directivo. Directivo en términos de que tanto los materiales como las actividades

intencionadas eran proporcionadas por mí de antemano, pero en cuya exploración trataba lo menos posible de recurrir a un acompañamiento invasivo, para así facilitar impulsos y acciones creativas de manera autónoma y espontánea en Vicente. Esto a la larga fue cambiando el enfoque de las sesiones a uno más bien semidirectivo, ya que en la mayoría de nuestros encuentros terminé modificando el curso de las actividades intencionadas en respuesta a las necesidades presentadas por él en cada sesión.

Las diferentes formas en que utilicé los materiales artísticos con Vicente se pueden agrupar de acuerdo a la clasificación que hace de ellos Edith Kramer (1993, p.54) como:

1. **Actividades precursoras:** garabateo, manchas, exploración de las propiedades físicas del material que no conducen a la creación de configuraciones simbólicas pero que se experimentan como positivas y egosintónicas.



*Garabateo, pincel, dedo y témpera sobre cartulina blanca, Sesión 6.*



2. **Descarga caótica:** manchar, salpicar, golpear; comportamientos destructivos que llevan a la pérdida de control.



*Mancha y descarga caótica, témpera y confeti sobre cartulina blanca, sesión 3.*

3. **Arte al servicio de la defensa:** repetición estereotipada; copiar, trazar, producción convencional y banal.



*Huella repetida, témpera sobre papel bond, en sesión 3.*

4. **Pictogramas:** comunicación pictórica que reemplaza o suplementa las palabras.



*Silueta de gato estampada sobre masa de sal, en sesión 2.*

5. **Expresión formada, o arte en el sentido total de la palabra:** la producción de configuraciones simbólicas que satisfactoriamente sirven tanto para la autoexpresión como la comunicación.



*Escultura realizada con greda, botones, tallarines y uslero, en sesión 11.*

De todas estas exploraciones hubo manifestaciones en el trabajo terapéutico con Vicente, primando en la primera mitad de nuestras sesiones más bien las 3 primeras y ya hacia el tramo final de las sesiones acercamientos hacia las 2 últimas.

Los materiales utilizados a lo largo de las 13 sesiones se pueden agrupar de manera general en:

<p><b>Materiales pictóricos de menor control:</b> témperas compradas y caseras, pintura facial, tintas vegetales, acuarelas, brocha, rodillos, esponja.</p>	<p><b>Materiales pictóricos de mayor control:</b> lápices de cera, scripto, pastel graso, lápices de témpera, lápices de palo y plumones.</p>
<p><b>Materiales de escultura:</b> masa de sal, masa en frío, arcilla, plastilina, plumavit cajas y cartones de desechos.</p>	<p><b>De Desecho:</b> cajas de huevos, rollos de toalla nova, confort, cajas de distintos tamaños, plumavit, botellas plásticas</p>
<p><b>Objetos encontrados (varios):</b> palitos de colores, limpiapipas, lanas, algodones, cotonitos, globos, granos y cereales.</p>	<p><b>Soportes :</b> cartón, papel bond, kraft, papel oficio, telas, papel celofán, el propio cuerpo.</p>

Las técnicas utilizadas con estos materiales fueron de collage, impresión y trazo, escultura y técnicas mixtas. En general traté de presentarle a Vicente los materiales mencionados de maneras originales y/o atractivas, en busca de captar con ello su atención para manipularlos, ya fuera sacando desde envases, dejando caer o acumulando, todas acciones que a él le gustaba mucho repetir. Hubo una búsqueda por resaltar para cada material sus particularidades sensoriales: forma, color, peso, presión, sonido, olor por mencionar algunas.

En general a lo largo de las sesiones, se disponían materiales y actividades distintas, con el fin de conducir a nuevas exploraciones, pero siempre manteniendo al menos un material de mayor seguridad o sensación de control para Vicente (las masas en general).

## 2.6 Estudio de caso

### 2.6.1 Relato proceso arte terapéutico de las sesiones más importantes.

A la luz del proceso arte terapéutico vivido y compartido junto a Vicente, reconozco cuatro sesiones de mayor significancia en cuanto a su sintonía con el objetivo central planteado para esta intervención (**sesiones 3, 8, 11 y 12**). En ellas veo posible ejemplificar cómo a través del trabajo con los materiales de arte busqué generar experiencias y aprendizajes en Vicente que le permitieran ampliar su repertorio de herramientas comunicativas y sus habilidades de interacción con un otro.

De alguna manera, también éstas sesiones me permiten ejemplificar tres momentos relevantes del proceso arte terapéutico: **la construcción del vínculo** (sesión 3), **la consolidación de éste** (sesión 8) y **la preparación para el cierre o despedida** (sesiones 11 y 12).

Desde la perspectiva del uso de los materiales, estas sesiones también me permiten dar cuenta de un recorrido, donde desde las **actividades precursoras y de descarga caótica** predominantes en sesión 3, avanzamos hacia la **construcción y subjetivación de una obra propia, sesiones 8 a la 11**: donde distintos componentes dan unidad a un todo único e irrepetible.

Por último, la elección de estas sesiones, refleja distintos niveles de interacción logrados con Vicente: **desde el goce más bien en solitario y egosintónico** de sesión 3, al acercamiento progresivo hacia **una atención conjunta** con la terapeuta y finalmente un peak máximo de relación en el **juego compartido y promovido por Vicente** en sesión 12.

**Sesión 3: “Lluvia de confeti”:** experimentando nuevas formas de contacto y exploración con los materiales.

**Objetivo central de la sesión:** Tras las dos sesiones iniciales, planifico en esta sesión sacar provecho de algunos de los comportamientos reiterativos y poco funcionales observados en Vicente, como son llevarse constantemente objetos a la boca, sacar materiales de sus envoltorios y dejar caer una y otra vez cosas al suelo. Busco reproducir estas acciones e ir conduciendo, a través del contacto con materialidades atractivas y formas originales, la activación e integración de otros sentidos a la experiencia. Me planteo que en la medida que la experiencia sea subjetivada como satisfactoria, Vicente podrá ir guardando memoria de estas nuevas formas a manera de aprendizaje. A través de la activación sensorial, en tanto contacto y movimiento, quedará una huella de lo percibido en el cuerpo, pudiendo esto potencialmente facilitar un mejor contacto consigo mismo y así conducirlo a persistir en la exploración de los materiales artísticos más allá de la auto estimulación y la descarga caótica.

**Materiales utilizados:** 2 botellas plásticas transparentes de 1,5 litros rellenas de papelitos y telitas de colores a modo de “confeti”. 4 botellas de 350 ml rellenas con arroz, lentejas y tallarines de distintas formas teñidos con colores muy intensos de anilina. Pegamento. cola fría, témpera de dos colores, rodillo pequeño.

**Setting:**

Dispuse las 2 botellas con confeti colgadas a modo de piñatas en el techo de la sala, con un hilito del cual tirar, tras lo cual caerían la lluvia de confetis sobre Vicente y hacia el suelo.

Las otras 4 botellas fueron dispuestas sobre el suelo, con posibilidad de abrir y dejar caer su contenido. Para ello Vicente debería abrir la tapa y volcar el contenido con mayor o menor intensidad.

El suelo cubierto con papel bond y papel kraft de manera amplia, para recibir la lluvia de materiales.

A la mano pegamento de cola fría para explorar posibilidad de hacer collage con elementos caídos sobre el suelo. 2 bandejitas con témpera azul / roja y rodillo pequeño para explorar posibilidad de trazo o mancha, incorporando eventualmente también el confeti. También una pelota que pudiera utilizarse para golpear las botellas dispuestas en el suelo a modo de palitroques.



*Detalle de Botellas rellenas a modo de piñata.*



*Disposición materiales sesión 3.*

Cuando Vicente ingresa a la sala sus ojitos brillan de asombro, se activan todos sus sentidos rápidamente. Vocaliza soniditos de emoción y con rapidez va directo a tirar de los hilos de las botellas. ¡A medida que cae el confeti verbaliza eufórico “¡caen, caen!””, aplaude y se sonríe mucho. Abre seguidamente las botellas del suelo, tras agitarlas brevemente. Permanece luego varios minutos sentado en el disfrute de recoger y lanzar repetidamente al aire y de manera expansiva los papelitos, telitas, arroces y demás objetos.





*Lluvia de confeti, sesión 3.*

Tras este momento de goce sensorial, le muestro dos formas de usar el “confeti”:

Dejar caer el confeti sobre superficies de papel con cola fría y untar rollos de papel higiénico para luego rodarlos por el confeti. No le llama la atención lo primero, lo segundo solo brevemente, pero sin replicar.

Luego descubre la presencia de las témperas, que dispongo en bandejitas, muestro que puede usar sus dedos o la mano entera para manchar o pintar, lo cual no captura su interés. Al acercarle el rodillo engancha rápidamente. Comienza entonces a exprimir el mismo el contenido de las botellas de témpera (250 ml), algunas veces sin éxito, pero sin permitirme



asistirlo, vuelca témpera sobre los papeles, para por el azar ver caer confeti sobre éstas, lo que al inicio le molesta, pero luego intenciona, usando el rodillo para repartir muchos pedacitos de confeti sobre la témpera.



*Explorando trazo y garabateo, témpera, brocha y confeti, sesión 3.*

Posteriormente persevera en el uso del rodillo, de manera “non stop”, con trazo firme y decidido. De arriba hacia abajo en general, rápido, en una forma de garabateo para luego avanzar sin freno...tanto que ya no es límite el borde del papel, llegando en una ocasión a chocar con la pared y avanzar verticalmente en subida por ella ante lo cual debo intervenir.

Tras esta situación me veo en la necesidad de ir anticipándome a sus movimientos, e ir de alguna forma “pavimentando” su camino de papel y de confeti.

Tras un período de aburrimiento y distracción breve hacia otros elementos de la sala, vuelve a la exploración de los materiales brevemente ya cuando se va haciendo necesario ir llegando al cierre. Estos últimos 10 minutos, intencionadamente comienza a dejar la huella de sus manos marcada sobre el papel con témpera. Deja en rojo 2 manos en espejo, luego marca la huella de su zapatilla. En otro papel deja una serie de 2 pares de manos en rojo-azul.



*Serie de huellas en témpera roja, sesión 3.*

Finalmente, se entretiene en echar el confeti y arroses de regreso al interior de las botellas. Tras esto toma lugar un tiempo de cierre difícil, en que debo ir retirando progresivamente de su alcance cola fría, témpera y rodillo. Vicente va varias veces al armario de la sala, comienza a inquietarse mucho...ante mi solicitud de regresar cosas al armario se enoja y frustra intensamente. Finalmente sale al encuentro de su mamá “vestido de témpera”, quien lo recibe entre sorprendida y divertida. Vicente no ha soltado un juguete de la sala, mamá intercede, Vicente hace pataleta y se va del centro llorando en sus brazos.

**De lo relatado quisiera destacar las siguientes observaciones y reflexiones:**

La primera es que durante esta sesión se me hicieron distinguibles 2 formas de relación de Vicente con los materiales dispuestos y su proceso creativo: primero una caracterizada por descontrol en la regulación motora, táctil y visual con predominio de descarga caótica; y una segunda de mayor control, planificación y contacto con la materialidad. Verlo transitar entre ambas me resultó muy ejemplificador en relación a sus potencialidades, más aún considerando que a la segunda Vicente llega de manera no intencionada por mí. Él logra autorregular sus energías hacia la baja en el cierre. Desde una lectura simbólica, al retornar

el confeti y arroces a la botella, Vicente se muestra a sí mismo y a mí en su poder de restaurar las cosas a su orden inicial (dar contención a lo desbordado).



*De la descarga caótica al control, sesión 3.*

Otra observación en relación al momento de impresión de sus huellas de las manos y pies en témpera, es que, si bien el acto mismo parece aprendido del colegio y tiene una forma estereotipada, donde no me parece que hay mucho de él puesto en el acto (como toma de conciencia de sí mismo); si cumple esta rutina, un rol de autorregulación, a la que él puede recurrir de manera autónoma para proporcionarse contención y seguridad.

En relación al objetivo de brindar una experiencia de juego y goce sensorial siento que esto se logró con creces. Vicente disfrutó mucho los primeros 20 minutos de la sesión. Hubo una experiencia en él de satisfacción que a mi juicio me permite ir ayudándole a construir experiencias de subjetivación valiosas. A través del juego, y la espontaneidad contenida en

él, podemos ir trabajando en su autopercepción e individuación. Vicente se da cuenta que por sí mismo puede modificar su entorno.

Siento también que esta sesión fue muy rica en entregar experiencias de toma de conciencia corporal. A través de la materialidad y formato de las actividades se le condujo constantemente hacia su cuerpo (tocar, soltar, tirar, manchar, pisar, embetunar, etc.).

La activación de los sentidos, en especial del tacto, deja una huella o impronta sobre el cuerpo de Vicente no solo desde lo concreto sino también en un correlato subjetivo que tiene relación con una huella de memoria relacionada a la experiencia.

A la par el carácter de sensación corporal va permitiéndole conectar y a la vez controlar de mejor manera su propio cuerpo.

En cuanto a la construcción del vínculo terapéutico, me doy cuenta en esta sesión sobre el rol mediador fundamental entregado por los materiales artísticos. Los materiales sirven de objeto intermediario a la relación entre Vicente y yo. Vicente en esta sesión aún establece muy poco contacto visual y momentos de atención conjunta conmigo, pero a través de los materiales podemos entablar un diálogo, en el cual yo puedo trabajar el concepto de límites de una manera más concreta al ir pavimentándole por ejemplo el camino permitido dentro de la sala para la huella de su rodillo. Y donde también, por ejemplo, en el acto de guardar los materiales dentro de la botella Vicente me comunica que ya para él la sesión ha terminado.

En relación a mis reacciones subjetivas y cómo esto afectó la relación terapéutica en desarrollo identifico aprendizajes importantes en esta sesión: Claramente, el formato y materialidad planificadas suponían un alto riesgo de desorden y de desborde, que sentí podría manejar y sostener con Vicente. Sin embargo, finalizada la sesión me surgieron intensos cuestionamientos en torno a si había sido lo más adecuado. Si bien al remirar mis notas de campo podía dar cuenta de lo elementos positivos antes mencionados, también podía darme cuenta de cómo hacia el cierre me había desconectado de las necesidades de Vicente.

El querer ordenar y evitar que Vicente se distrajera tomando/ desordenando cosas de los armarios cercanos y la preocupación por la posibilidad de censura por parte del resto del

equipo por el estado tanto de la sala como de Vicente (¡vestido de témpera!) consumieron toda mi energía hacia el final de la sesión. Desconectada de Vicente y centrada en mi necesidad de restaurar control, solo logré reforzar las conductas disruptivas en él.

Esto me llevó a reflexionar sobre los límites en la relación arte terapéutica y el autocuidado de cada uno en su rol de terapeuta. Reconocer que me había forzado hacia un límite incómodo y disfuncional fue clave para planificar tanto el setting como las próximas exploraciones junto a Vicente.

En términos globales, siento que en esta sesión se reflejan el inicio de un vínculo terapéutico empático y la reconfirmación de seguir trabajando principalmente en los ámbitos de regulación e integración sensorial y apertura a experiencias útiles para favorecer la comunicación e interacción social en Vicente.

### **Sesión 8. “chorritos que dejan huella”: consolidación del vínculo arte terapéutico.**

Entre la sesión 3 y la 8 sigo buscando consolidar el vínculo terapéutico y oscilo, en búsqueda del equilibrio, entre un enfoque bastante directivo a uno más semidirectivo, y entre uso de materiales más o menos restringidos. Algo interesante de estas sesiones es que en ellas se constituye, a modo de objeto intermediario, la entrega reiterada y funcional de un objeto utilizado o incluso creado por Vicente para ser llevado a su casa. Este objeto me va permitiendo mostrar de manera concreta a Vicente, que ya es momento del cierre de la sesión y le va permitiendo a él mantener un recuerdo tangible de la experiencia en casa. La mamá en varias oportunidades posteriores, me comenta que, al retomar contacto con el objeto en su casa, Vicente recuerda eventos de la sesión y los comparte con ella. Es decir, el objeto adquiere una cualidad simbólica de memoria de una vivencia satisfactoria y permite a Vicente socializar su experiencia en sesión de una manera concreta con mamá.

**Objetivo central de la sesión:** trabajar en la regulación e integración sensorial por medio del contacto con materiales blandos y pictóricos. Con ellos se trabajó en distintos volúmenes y superficies, aplicando mayor o menor presión y mayor o menor cercanía, permitiendo a través de estas relaciones más concretas acceder a la comprensión de conceptos abstractos como el espacio, la tridimensional y transformación de formas dadas.

**Materiales utilizados:** Globos, algunos rellenos de harina. Masa de sal (una de sus preferidas) y moldes para marcar. Pintura hecha de yogurt, brochitas, rodillo y jeringa 20 ml. Figuras de plumavit montadas en brochetas, botella rellena de arroces, plumavit, palitos de colores. Lápices script, lápices de témpera y papel cartón blanco.

**Setting:** Los materiales fueron agrupados en distintos lugares de la sala de acuerdo a las actividades intencionadas, de manera de disponer de un repertorio más amplio de exploraciones.

Para el espacio de trabajo se deja libre el centro de la sala, cubriendo el piso con un gran plástico transparente. Los materiales ubicados en mesas y sillas laterales.

Una vez en la sala Vicente repara primeramente en los globos vacíos y comienza a lanzarlos al aire. Toma curiosa los globos rellenos con harina y su contacto blandito parece gustarle mucho.  Tanto, que previsiblemente, se los lleva a la boca y paf! Estallan en su cara, generándose un momento de mucha sorpresa y risa.  R pidamente decido guardar el resto de los globos en mi bolsillo (mientras él está concentrado en vaciar el resto de la harina al suelo) antes de que la sala y nosotros quedemos totalmente empolvados!

Pasa a la masa de sal, donde trabaja unos 10 minutos aplastando, amasando y uniendo los cuatro colores disponibles en una gran masa. Usa el uslerito para intentar aplanarla. Luego, utiliza moldes aplicando distintas presiones mostrando sorpresa por el nivel de detalles que deja uno de los moldes en particular sobre la superficie de la masa. Descubre entonces las figuras de plumavit, las que primero alinea y tras mostrarle que presion ndolas se pueden mantener erguidas sobre la masa, él comienza a ubicarlas generando una cuidada instalación.



*Detalle instalación masa y plumavit, sesión 8.*

Posteriormente explora la pintura de yogurt, usa el rodillo a modo de trazos sin gran entusiasmo, lo que cambia radicalmente cuando le muestro el uso de la jeringa. Vicente se cautiva por el proceso de aspirar la pintura desde las bandejas para luego lanzarla en chorritos sobre el papel. Comenzamos entonces una interacción, en la cual él sostiene largo tiempo la atención conjunta, donde yo le voy modulando según la intensidad que pone al apretar el émbolo de la jeringa, la distancia permitida para sus chorritos.

Le acerco las figuritas de plumavit que no habían sido utilizadas en su instalación y él comienza a pintarlas a través de los chorritos, luego se van sumando elementos de la botella y la masa de sal.

Vicente va mezclando los colores, carga la jeringa y trasvasija de un envase a otro de manera autónoma.





*Chorritos de pintura de yogurt, sesión 8.*



*Collage en proceso, sesión 8.*



Resultan de esta exploración collages muy estimulantes a la vista, permaneciendo casi 20 minutos absorto en ello, sin casi levantarse del suelo para ir en busca de otros estímulos. Solo fugazmente previo a la exploración con la pintura de yogurt, toma y realiza algunos trazos horizontales y circulares de manera espontánea con los lápices de témpera sólida.



*Exploración pintura yogurt con jeringa, sesión 8.*

Diez minutos antes de finalizar la sesión, comienzo a verbalizar y moverme mostrando que vamos a ir guardando los materiales, y voy ofreciéndole alternativas de objetos intermediarios para llevarse al finalizar la sesión. Pero, Vicente no quiere irse, de hecho, se sienta en dos oportunidades contra la pared moviendo la cabeza a manera de rechazo. Le tiendo la mano y me la rechaza. A la tercera insistencia, se levanta solo hacia la puerta y sale hacia afuera, le entrego en presencia de la mamá una bandejita con figuras de plumavit y un poco de masa, quien le felicita en voz alta por su trabajo.

De esta sesión rescato primeramente mi percepción de que en ella se consolida nuestro vínculo arte terapéutico. Creo que lo que da cuenta de eso es la mayor exploración de materiales de manera autónoma por parte de Vicente, que le percibo sintiéndose más

acompañado por mí a la hora de asumir nuevos riesgos y que él va requiriendo cada vez menos contención externa ante desbordes u oposicionismos (capacidad de autorregularse). Todo esto da luces de que Vicente se siente seguro en el vínculo establecido y que se ha co-construido un diálogo empático entre ambos.

Otro hecho relevante es que al ofrecer una mayor gama de materiales la exploración se vuelve más rica y variada. Lo cual viene a sumar en términos de cumplir con el objetivo central de la terapia de ir ampliando su repertorio de experiencias y aprendizajes. Ahora bien, fui cuidando siempre, acogiendo las sugerencias de mi supervisora, el mantener alguno de sus materiales favoritos a disposición en caso de necesitar obtener seguridad a través de ellos.

También siento que en esta sesión logré dar coherencia a la materialidad y actividades intencionadas en relación al objetivo central planteado. Esto permitió que Vicente pudiera dar unidad a las ideas y concretara la creación de varias “Obras” o representaciones visuales (la suerte de planetario sobre la masa de sal y los collages coloridos). Vicente, además, trabaja desde los materiales los conceptos de partes y todo, pues explora primero los materiales por separados o fragmentados, para luego reunirlos y darles una coherencia global (ej. la masa por una parte y luego las figuras de plumavit, que instaladas visualmente parecen un sistema solar o planetario).

Si bien fue positivo la diversificación de exploraciones, también es importante conducir a Vicente a focalizar sus procesos creativos en algún material en particular.

En relación a mis propios sentimientos, en esta sesión mis aprehensiones respecto a normas y límites en este espacio/ relación terapéutica van disminuyendo, esto se va retroalimentando en la medida que siento que voy logrando una mayor coherencia en la planificación de las sesiones con los objetivos y que también voy flexibilizando mis intervenciones en sintonía a las necesidades de Vicente. Además, voy estableciendo una rutina al llegar a la sala de reorganización del espacio y de los estímulos disponibles para Vicente, que me permite no estar hiperalerta a su desborde o distracción y me permite estar mucho más conectada con sus procesos creativos.

Siento que a partir de esta sesión ya puedo ir intencionado en Vicente relaciones con los materiales artísticos más cercanas al uso del pictograma y la producción de configuraciones simbólicas que le sirvan de herramientas para optimizar su funcionamiento en cuanto a lenguaje comunicativo e interacción social.

### **Sesión 11. “Vicente y su escultura: relación con su obra “**

Esta sesión me parece clave para ilustrar los avances que fue haciendo Vicente en la planificación de sus movimientos y toma de decisiones en relación a sus procesos creativos. Esto a mi parecer es muy significativo, pues se refleja en la producción de representaciones tridimensionales en que ya hay una intencionalidad, liderada por un sujeto que se muestra contactado con distintas materialidades y apropiado de su obra. En esta sesión se activan los tres ejes de la relación terapéutica triangular.

**Objetivo de la sesión:** activación y regulación sensorial. Las actividades intencionadas consistían en que Vicente ojalá ocupara la arcilla como soporte para integrar otros elementos, modulando el uso a dar a cada uno. Escogí la arcilla como elemento central dada su cualidad de material más suave, blanda y orgánica.

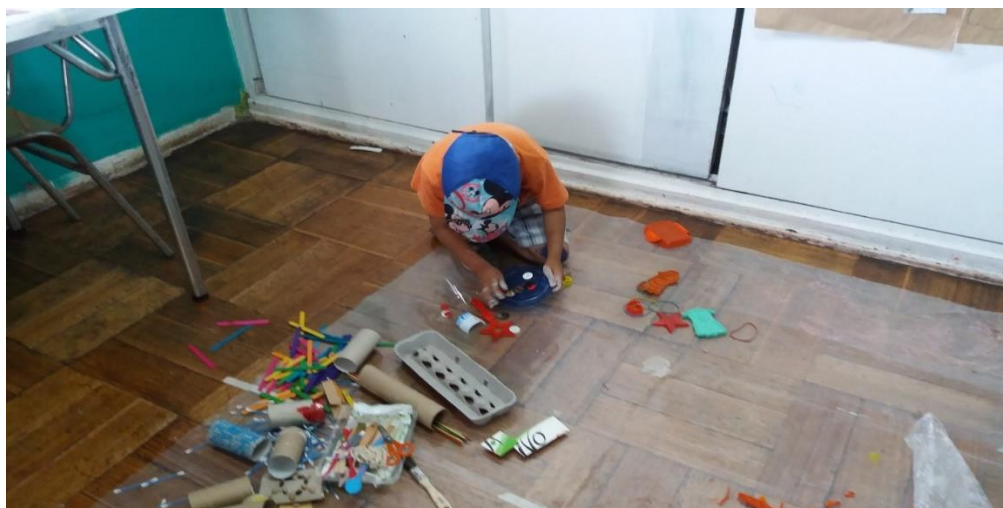
**Materiales utilizados:** Arcilla, Palitos de helados de colores, tallarines teñidos, cotonito de algodón y materiales de desecho, bombillas de colores. Témperas, brochitas.

**Setting:** Los materiales fueron distribuidos aleatoriamente en las mesas laterales y algunos sobre el suelo.

Esta sesión tomó lugar en un horario recuperativo, así que duró solo 30 minutos. Menciono esto ya que el proceso vivido en ella, pese a lo acotado del tiempo, se vivió significativamente más fluido que en sesiones anteriores. Lo que da cuenta de una mejor predisposición al trabajo plástico en Vicente.

Al llegar a la sala, lo que primero hace Vicente me llama profundamente la atención. Esta vez es él quien filtra el estímulo que recibe de los materiales, los escanea con la mirada y luego, de manera seriada los va trasladando desde las mesas laterales al suelo. Interpreto esta

situación como una acción consciente y organizadora, donde él se adueña de nuestro espacio y lo reorganiza de acuerdo a su necesidad.



*Setting sesión 8.*

Se concentra luego en ordenar unos botones sobre una tapa de un envase plástico, difiriendo el trabajo con la arcilla hasta haber explorado todos los materiales que puso sobre el suelo.

Procede entonces a montar dos trozos de arcilla entre ellos, incorporando los botones a la arcilla, uno a uno. Luego intenta uslear la superficie y prueba aplicar unos cartoncitos con relieves de legumbres (de un par de sesiones anteriores). Solicita mi ayuda con la mirada y hace un gesto de movimiento para que vacíe la témpera en un recipiente. Esta vez escoge mantener la témpera contenida y pintar de manera más controlada con brochita sobre la arcilla. En ese proceso se pinta las manos y se acerca como a pintarme a mí. Ésta vez yo solo necesito verbalizar, sin mediar movimiento de mi cuerpo indicando rechazo o negativa, que explore pintar sobre otras superficies y no su piel ni la mía. A diferencia de lo que habría ocurrido en sesiones anteriores, en que además de verbalizar tendría que haber meneado en negativa mi cabeza o incluso retirar de sus manos la brocha y la pintura.

Finalmente incorpora el uslero al centro de su obra, apuntando hacia el cielo. Aquí rescato que el uso que le da no es utilitario sino est tico, interpretando esto como una expresión de creatividad significativa. Tras ello, comienza a retirar uno a uno los botones de su escultura, reuniéndolos y colocándolos luego dentro de un tubo de cartón al cierre de la sesión.



*Inicio de la obra, sesión 11.*



*Fin de la obra, sesión 11.*



Reflexiones en torno a esta sesión:

Esta sesión resulta muy significativa en términos de que Vicente logra sostener un proceso creativo a lo largo de la sesión, con resultado de una obra plástica única.

Veo avances en términos de que ya no hubo una exploración sensorial aislada. Existen decisiones autónomas sobre el uso de los materiales, el montaje de éstos y su organización tridimensional.

Vicente a través de los materiales artísticos siento que va acercándose a la comprensión de abstracciones como que distintas partes pueden configurar una unidad.

En términos de lectura simbólica rescato que Vicente va tomando conciencia que en nuestro espacio terapéutico hay lugar para “de-construir” sin censura. A través del lenguaje visual Vicente en su obra me comunica que “partes diferentes pueden combinarse, sin perder por ello sus cualidades distintivas...creando un todo original reunidas...para luego después separarse “este aprendizaje de manera simbólica se puede extrapolar a sus relaciones vinculares más cercanas, especialmente con su madre.

También al repetir en esta sesión el guardar algunos de los materiales ocupados (en sesión 3) los granos de arroz y confeti en las botellas, en este caso los botones dentro del tubito de cartón leo también su necesidad de regreso al orden inicial, en que él se empodera de su decisión de poder determinar el momento para ello.



*Botones guardados en cono de cartón al cierre, sesión 11.*

## **Sesión 12. “Jugando juntos”**

He decidido finalizar el repaso de los momentos más significativos de la intervención arte terapéutica con esta sesión, pues siento que representa el punto más alto de interacción lograda junto a Vicente. El camino recorrido en sesiones anteriores rinde frutos y se corona en un pequeño acto, muy simple de juego, pero que da cuenta de una comunicación e interacción recíproca y por lo tanto empática. Elemento terapéutico central a las intervenciones en las personas con TEA como hemos revisado en los aspectos teóricos de esta monografía.

**Objetivo de esta sesión:** facilitar habilidades sociales a través del juego colaborativo y potenciar el pensamiento abstracto e imaginación a través del juego simbólico.

Las actividades intencionadas consistirían en mirarnos a través del espejo, reconocernos, hacer muecas y probar hacer trazos sobre el espejo: todas acciones que permitan integrar el reconocimiento e interacción con otro. Espejarnos el uno ante el otro, reconociéndonos a través de un objeto intermediario (el espejo, vestir o dar vida a los títeres, jugar al como sí)

**Materiales utilizados:** Títeres de género tipo mitón sin adornos. Títeres de cartón. Lápices de témpera sólida, ojitos locos, palitos de helados, cotonitos, telas, materiales de desecho. Espejo, pintura de carita, plumón de pizarra y toalla de papel.

**Setting:** elementos situados sobre una mesa lateral.



*Títeres de cartón y de género llevados a sesión 12.*

La sesión en relación a lo ideado no lograr cuajar. Vicente no logra sintonía con el uso del espejo y no muestra interés en interactuar conmigo en los formatos propuestos. Vuelca su interés a explorar las cajas que contiene los lápices de carita, fugaz garabateo con plumón sobre el espejo. Se flecha con los ojitos locos, los acumula y deposita repetidamente sobre la superficie del espejo que me pide colocar sobre el suelo. Encuentra objetos utilizados en sesiones anteriores y me pide bajarlos a esta sesión.

Finalmente, Vicente encuentra una forma, de manera espontánea, para reparar a mi juicio el naufragio ocurrido hasta ese momento entre ambos: desenrolla un rollo de toalla de papel, y me pide e indica que la tome yo del otro extremo (verbaliza “toma Tía Isa, ayuda tía Isa). Con ambos en cada extremo, la comienza a agitar y yo lo secundo, luego tensamos la hoja y me conduce a ir separándolas una a una desde su parte pre picada, acortando la distancia entre ambos. Después incorpora un masking tape al centro de la toalla de papel, agregando al juego que este elemento se caiga al suelo cada vez que vamos separando las hojas.





*Vicente crea un juego con toalla de papel y títere al centro, sesión 12.*

La sesión termina con Vicente, que ha retornado a los ojitos locos, guardándolos junto a unos botones en una de las cajas que me había pedido bajar, llevándose los ojitos posteriormente a su casa.

Reflexiones con respecto a esta sesión.

Primero que nada, tomar conciencia sobre la importancia de introducir elementos de manera más pensada. El recurso del espejo pudiera haber sido interesante si a lo mejor lo hubiese utilizado en un formato más pequeño o a modo de lupa, a través de los cuales explorar lugares o formas de su interés. Aquí fallé en leer sus necesidades y me centré más bien en una

expectativa propia sin sintonía con el componente lúdico que quería gatillar. Y la presencia de los títeres no llegó a cuajar en una unidad de actividad, creo porque en vez de ofrecerle construirlos juntos le traje un “molde” que desde la materialidad no le hizo sentido a Vicente, había pobreza de exploración sensorial y no logré enlazar estas distintas formas de “representación” en una unidad de juego atractiva para Vicente.

Vicente compensatoriamente y ocupando sus propios recursos logra sostener la sesión al dar otro uso a los materiales y de manera interesante, reflejando que las actividades creativas habían ido dejando memoria en él, trae a la sesión elementos de sesiones anteriores en un esfuerzo por compensar la pobreza de posibilidades presentadas por mí.

Pese a ello, el momento vivido con el juego de la toalla de papel, dota de un lenguaje simbólico a la sesión: por una parte Vicente tiene la seguridad de que nuestro vínculo terapéutico se sostiene en forma recíproca y él puede decidir cuándo separarse, sin negar la presencia del otro. Además, es él quien propone el juego, dando cuenta esto de un vínculo seguro donde él se siente capacitado para decidir y relacionarse de manera autónoma. Al poner un objeto que cae y luego recoge, también siento que está comunicando que ese elemento se puede reparar/restaurar.

Este jugar al “como sí “de separarnos, parece ir anticipando de manera simbólica nuestra despedida.

### **2.6.2 Análisis y Discusión.**

A manera de resumir la intervención arte terapéutica y de entregar una imagen global de todo el proceso incluiré al final de este apartado una tabla resumen con las 13 sesiones, destacando en ella los hechos más relevantes del trabajo arteterapéutico e incorporando las imágenes más representativas de cada sesión.

En ella se puede apreciar que uno de los objetivos transversales a la intervención arte terapéutica fue mejorar las funciones de contacto de Vicente para consigo mismo. Esto a través de actividades que intencionaran su regulación sensorial y progresivamente, una mejor integración mente- cuerpo que le permitieran construir una obra. Así al principio, predominaron en él exploraciones de forma aislada con materiales, en que lo sensorial a veces era difícil de regular más allá de lo autoestimuladorio. Rotando constantemente de un material a otro, con dificultad en integrar distintas partes para formar un todo. Para después, como se puede observar en la secuencia de imágenes, ir avanzando hacia la producción de obras visuales, con una mayor capacidad de planificación y donde ya había indicios de un correlato simbólico o una puesta de sí mismo más conectada en el material.

Relacionado a esta mayor conexión consigo mismo, se presentó casi de manera constante en todas las sesiones, el acto de dejar huella en diversos materiales y formatos. En las primeras sesiones como un acto casi automático o utilitario, modificándose después hacia una forma de dar cuenta de sí mismo, y de constituir a la vez en una forma concreta de dejar memoria de una experiencia. Esto dio paso a procesos de subjetivación, donde se podía extrapolar “éste soy yo “, y de intersubjetividad, donde “esto es lo que comparto de mí hacia ti”.

Otro elemento constante fue el uso del espacio y la comprensión del tiempo. Al inicio Vicente usaba el espacio de manera muy expansiva, con dificultad en respetar aquellas zonas no dispuestas para ser ensuciadas; requiriendo constante refuerzo sobre estos límites de manera concreta y a riesgo de tornar muy restrictivas nuestras sesiones. Afortunadamente, a medida que avanzaron las sesiones fue logrando desde acciones tan concretas como el límite demarcado por el plástico que recubría el piso o el tener que retirar elementos de sus manos, la comprensión simbólica de estos límites. Una dificultad parecida, se dio en relación al concepto del tiempo, en que al principio si la actividad le era placentera no había una toma

de conciencia sobre la necesidad de cierre y por lo tanto costaba mucho que él fuera concluyendo sus obras. Más adelante, poco a poco pudo ir leyendo las señales que yo iba entregando hacia el fin de la sesión, y en ocasiones él de manera espontánea al ordenar o volver las cosas a su estado original, me comunicaba que ya era momento para ello.

Otra característica en común del proceso fue una muy buena recepción de Vicente a tomar contacto con los materiales de formas distintas a aquellas experimentadas a través del abordaje predominantemente cognitivo-conductual de sus terapias y/o trabajos preescolares. Hubo una apertura favorable en él a nuevas experiencias. En general no hubo materiales que rechazara por completo, pero sin duda su conexión más fluida fue con los materiales de cualidad blanda. Entre ellos, plastilina y masa de sal especialmente, que le proporcionaban mucha seguridad en su contacto. Así, cuando trabajábamos con un material de menor control que pudiera generarle ansiedad como los medios líquidos en general, servía mucho disponer en la sala también de masas para ir rotando de actividad. Pareciera, que al igual que para otras personas con TEA, la activación propioceptiva generada por estos materiales le resultaba a Vicente muy moduladora ante situaciones de ansiedad o defensa.

Con respecto a la atención conjunta en Vicente, en las primeras sesiones la forma de intencionar esta acción fue mostrándole los posibles usos de los materiales sin que él necesariamente pareciera ponerme atención al inicio. Luego avanzamos desde instancias en que Vicente miraba de reojo lo que yo hacía y lo imitaba, a otras en que yo medié como tercera mano cuando él me lo permitió. Después ya hubo momentos de atención conjunta, a través del diálogo con los materiales de arte manipulados por ambos y finalmente un par de momentos muy significativos en que él de manera autónoma exploró los materiales y construyó obra.

En relación a la observación de nuestra relación terapéutica, siento que logré de manera intuitiva primero, y luego más conscientemente, ir aprendiendo a estar más disponible para el otro(a) desde la observación atenta a sus procesos creativos, evitando constituirme en demasía para Vicente en una tercera mano.

En alguna medida, con Vicente al inicio de las sesiones, había establecido pautas de relación muy parecidas a las que él compartía con su madre, en un intento equívoco de compensar la

poquita intención comunicativa y atención conjunta presentes en él. Poco a poco me fui dando cuenta entonces que lo necesario era estar disponible para él.

El estar disponible se reflejó en estar atenta a flexibilizar las actividades intencionadas. Por ej. con Vicente esto significó, las primeras sesiones, dar espacio a relacionarse con los materiales desde la descarga caótica. Lo cual me generó mucha ambivalencia, pero a la luz de las necesidades de Vicente esto resultó positivo.

También estar atenta significó el ponerme en sintonía con Vicente en términos de nuestro lenguaje no verbal. Es decir, poner mucha más atención a sus movimientos, ritmos y gestos, bajando la expectativa de encontrarme con él desde la oralidad. De alguna forma eso se fue dando de manera no forzada y me permitió ir anticipándome a sus movimientos e interpretarlos en beneficio de la exploración de los materiales y del desarrollo de sus procesos creativos.

Siento que logramos establecer un vínculo empático entre ambos, a la vez también regulado por los materiales artísticos; lo que permitió a Vicente inicialmente interactuar desde la imitación de algunas de mis acciones, para luego aventurarse, en la seguridad proporcionada por el vínculo y el espacio terapéutico a exploraciones autónomas.

Como ya mencioné antes, aprendí a través de la relación terapéutica sobre la importancia del autocuidado a la hora de establecer objetivos terapéuticos, sobre la necesidad de normas y límites en sesión claros y funcionales para ambos (terapeuta-usuario) y a tener cuidado con expectativas desmedidas.

Si bien varias veces en mis reflexiones aludí al rol intermediario de los materiales artísticos para facilitar la relación vincular terapeuta y usuario (extrapolable a muchas otras relaciones vinculares), también es necesario no obviar otro flujo de importancia en la relación triangular. Aquel donde el terapeuta hace de intermediario, a través de la valoración estética de la obra u imagen, sobre la propia lectura e interpretación que de sus producciones visuales pueda hacer el usuario. En el caso puntual de la intervención con Vicente siento que este aspecto no pudo ser explorado, dado el corto período de trabajo juntos.

Con respecto a la evaluación que puedo hacer de los objetivos arte terapéuticos planteados, siento que, pese a lo acotada de la intervención realizada, tanto el objetivo general como los objetivos específicos planteados fueron logrados con razonable cercanía.

Si bien la evaluación se fundamenta en una mirada subjetiva de esta misma relatora, hay un correlato a través de las imágenes y notas de campo registradas que es coincidente con las opiniones recibidas en supervisión. De manera retrospectiva, a la luz de nuevas lecturas realizadas para sustentar el marco teórico, pude dar un poco más de especificidad a los objetivos de la intervención, modificándolos en relación al primer informe realizado de la experiencia práctica.

Obviamente que es aventurado y ambicioso el plantear que esta acotada intervención haya impactado favorablemente la calidad de vida de Vicente en todo el amplio sentido de sus componentes (educacional, familiar, social, etc.). Sin embargo, sí creo que fue logrado el proporcionarle de nuevos repertorios de experiencias y aprendizaje con los cuales potenciar sus habilidades de comunicación e interacción social.

Creo que a través de las nuevas experiencias y aprendizajes proporcionados hubo avances en el lenguaje comunicativo de Vicente, demostrado en que hubo espacio de comunicación en el quehacer solitario (para consigo mismo) y espacios de intercomunicación entre ambos primero desde la imitación para luego dar paso al juego simbólico.

Consecuentemente la interacción social durante el proceso avanzó de tener escaso contacto visual, a lograr momentos de atención conjunta y finalmente en últimas sesiones Vicente emitiendo también algunas frases cortas para darme a entender sus deseos.

También ocurrió que Vicente pudo sostener exploraciones para permanecer en los materiales, dejando huella de manera más consciente y subjetiva, lo que contribuyó a mejorar sus funciones de contacto.




En relación al goce sensorial, hubo vivencias de satisfacción sensorial intensas y uso lúdico de los materiales en especial de aquellos blandos, como los distintos tipos de masa, plastilina y arcilla.

El vínculo terapéutico fue empático y facilitó que Vicente pudiera experimentar reciprocidad en la relación, mejorando su contacto con otro.




En relación a todo esto me parece muy importante considerar que la opinión de la mamá en torno a la experiencia vivida por su hijo también fue favorable, aunque no desprovista al inicio de algunas ambivalencias en relación a las formas del trabajo realizado.




Finalmente, creo que constituye un desafío para próximas intervenciones el contar con una pauta de evaluación sistematizada, tomando en cuenta otras experiencias publicadas de este tipo, y de todas maneras en un contexto de intervención más larga en el tiempo, que permita mejorar el registro y valoración de este tipo de experiencias.



# sesión	Objetivo	Materiales	Aporte a lo terapéutico	Imagen
1	Iniciar vínculo  Y observar su relación con los materiales.	Materiales: lápices de distinto tipo Papeles, témpera, palitos de helados.	Primeras observaciones sobre contacto con materiales y experiencias en busca de contacto empático	


2	Regulación sensorial: ir modulando conductas auto estimulatorias, mediar funciones de contacto.	Masa de sal  Papel celofán que envuelve paquetitos de masa.  Elementos para marcar sobre masa.	Experiencia de dejar huella en el material  Flexibilizar conductas reiterativas  Utilizar la imitación como partida para exploración	
3	Regulación sensorial  Espacio de recreación y placer  Habilidades viso espaciales: comprensión del espacio	Instalación de botellas con confeti  Collage con papeles y cereales/legumbres teñidos  Témperas, rodillo y papeles	Se proporciona experiencia de recreación y goce sensorial intenso  Se amplía repertorio de formas presentación materiales y uso de ellos (descarga caótica v/s huella controlada)  Toma de conciencia de sí mismo a través de la corporalidad	
4	Regulación sensorial  Habilidades viso espaciales  Juego con elementos concretos	Témperas, lápices pastel, cera y plumón  Timbres de papa con forma de animales  Animales de juguete  Papeles varios	Vinculo terapéutico: Necesidad de estar más atenta a lo vincular, relación triangular.  Ayudar a construir estructuras procesales: comprensión del no, límites, frustración,  Exploración restringida y sin goce.	



5	Retomar exploración/conexión sensorial	Telas estampadas, blancas, colgadas, otras en el suelo. Tempera casera, brochita, palitos helados	Aprendizaje a través de la imitación Dejar huella Intersubjetividad Flexibilidad de rutinas Objeto transicional al cierre	
6	Regulación sensorial: explorar/intencionar trazo-garabateo  Conducir a procesos de simbolización	Témpera sólida, lápices de cera, papeles, máscaras hechas con material de desecho con forma pajarito  Papeles varios	Exploración formas representacionales de dibujo  Juego simbólico: ponerse máscara y ser pajaritos  Recuperación vínculo empático	
7	Regulación e integración sensorial  Habilidades viso espaciales	Masa cerámica en frío, moldes para marcar con materiales de desecho y formas concretas	Rol de la imitación como fuente de aprendizaje  Dejar huella en otro material	

<p><b>8</b></p>	<p>Regulación e integración sensorial</p>	<p>Pintura de yogurt, brochitas rodilla y jeringa de 20 ml</p> <p>Figuras de plumavit</p> <p>Botellas rellenas de elementos para verter.</p>	<p>Intersubjetividad/subjetivación</p> <p>Aprendizaje nueva forma manipular un material</p> <p>Ampliar repertorio de experiencia</p> <p>Sincronía con terapeuta.</p>	
<p><b>9</b></p>	<p>Regulación sensorial</p> <p>Espacio de recreación y placer</p>	<p>Líquido de burbujas de colores</p> <p>Acuarelas</p> <p>Plastilina</p> <p>Timbres</p>	<p>Subjetivación: autonomía en procesos creativos, desarrollo de una obra que deja memoria de un proceso de exploración.</p> <p>Espacio de recreación</p>	
<p><b>10</b></p>	<p>Espacio recreación y placer</p> <p>Conducir al juego simbólico</p> <p>Desarrollar viso espacialidad</p>	<p>Material de desecho intervenido con formas (casco astronauta, casa, cajas sesoriales)</p> <p>Materiales desecho sin intervenir</p>	<p>Mejorar comprensión del espacio</p> <p>Vinculo empático</p> <p>Simbolización</p>	

<p><b>11</b></p>	<p>Regulación e integración sensorial: poder dar unidad a partes en un todo</p>	<p>Arcilla Palitos de helados Material de desecho Tallarines teñidos, témpera, etc.</p>	<p>Construir estructuras procesales : hacer visible lo abstracto ( concepto de partes y de un todo ) construir-deconstruir</p>	
<p><b>12</b></p>	<p>Facilitar la experiencia del juego colaborativo y simbólico</p>	<p>Títeres de género, títeres de cartón. lápices de témpera y de cara. Espejo-ojitos locos , telas , materiales desecho</p>	<p>Vínculo terapéutico empatía/ reciprocidad Espacio de recreación a través del juego simbolización</p>	

<p><b>13</b></p>	<p>Representar simbólicamente cierre</p> <p>Espacio de recreación</p>	<p>Papeles de celofán y crepe</p> <p>Lanas</p> <p>Témperas distinto formato</p> <p>Masa de sal</p> <p>Material de desecho</p>	<p>Dejar huella/ memoria y aprendizaje</p> <p>Subjetivación: cualidad propia de su obra con materialidades de mayor goce.</p>	
------------------	---	---	---	--

## **Capítulo 3: Conclusiones.**

### **3.1 Síntesis y reflexiones, incluyendo perspectivas y proyecciones del AT en TEA y comprensión de la relación triangular en AT en el caso de estudio.**

Me parece que la experiencia arte terapéutica descrita en esta monografía, complementa de manera práctica muchas de las lecturas que sustentaron el marco teórico en ella. A medida que me iba documentando, más asociaciones se fueron clarificando y me permitieron ir dando un sustento sólido a muchas de mis primeras observaciones centradas más bien en lo empírico. Estos encuentros entre lo empírico y lo teórico conforman las conclusiones para esta monografía. Las cuales, con el objetivo de presentarlas de una manera más ordenada, he decidido enunciar en relación a los objetivos planteados para la intervención arte terapéutica con Vicente.

#### **El contacto y proceso creativo con los materiales artísticos amplían el repertorio de herramientas personales disponibles, permitiendo optimizar el lenguaje comunicativo e interacción social deficitario de las personas con TEA:**

Son las experiencias y aprendizajes los que modelan las estructuras y por consiguiente las funciones del cerebro precursoras para el lenguaje comunicativo y la interacción social. Citando a Larbán (2012, p.92) la experiencia es capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático de lo vivido, sino también, la huella biológica- neuronal del sujeto que la vive. Durante las intervenciones realizadas, mirado ahora en retrospectiva, me puedo dar cuenta que siempre intencioné que Vicente fuera tomando conciencia de la huella somática dejada por él en diversos materiales; intuitivamente yo buscaba un correlato a nivel psíquico de estas nuevas experiencias de contacto consigo mismo. Es decir, la posibilidad de aprendizaje y memoria de una experiencia, lo que a la luz de los hallazgos de las neurociencias tiene un correlato aún más profundo a nivel sináptico.

Citando a Ansermet y Magistretti (2012):

La plasticidad demuestra que la red neuronal permanece abierta al cambio y a la contingencia, modulable por el acontecimiento y las potencialidades de la experiencia, que siempre pueden modificar el estado anterior (p.20)

Para la facilitación de estas nuevas experiencias y aprendizajes, me fue útil presentar a Vicente materiales que en general ya conocía desde sus experiencias de escolarización. En formatos atractivos desde distintas sensorialidades, que en su caso fueron principalmente lo táctil, propioceptivo y visual. Por ejemplo, para pintar, la forma que le resultó más atractiva fue la menos tradicional: pintar a chorritos con una jeringa, donde la presión con que empujaba el émbolo de la jeringa determinaba el tamaño del chorro, provocando más o menos huella y/o manchitas sobre la superficie a pintar.



*Pintando a chorritos con jeringa, sesión 8.*

Por lo tanto, hace sentido disponer en las intervenciones con personas con TEA de un amplio repertorio de experiencias terapéuticas, sin anclarse de manera restrictiva a una sola. Las contribuciones del Arte terapia a través de la utilización de los procesos creativos y del juego como elementos centrales en la adquisición de nuevos aprendizajes se vuelve entonces muy relevante.

**Con el Arte terapia, a través de la mediación de los materiales artísticos se logra un vínculo arte terapéutico empático que puede comprender y potencialmente replicar a otras relaciones interpersonales de su cotidiano:**

Como ya mencioné en el marco teórico con respecto a las teorías sobre el funcionamiento autista, uno de los déficits centrales en estas personas es no tener la capacidad de compartir

la experiencia emocional y cognitiva con un otro, así como predecir y anticipar las intenciones y respuestas de éste, concepto definido por la psicología como “empatía”. Esta capacidad se adquiere en etapas muy precoces del neurodesarrollo y tiene su sustrato biológico en las neuronas en espejo. Las neuronas en espejo constituidas en redes de neuronas cumplen una función importante en la imitación del movimiento y tienen propiedades visuales y motoras que les permiten imitar movimientos. En las personas con TEA estas neuronas se encontrarían deterioradas. Lo cual no significa, dada la plasticidad cerebral que todos poseemos, que no puedan reentrenarse para esta función. En esta función rehabilitadora participaría el Arte terapia, facilitando por medio del estímulo sensorial proporcionado por los materiales y de la cualidad del vínculo terapéutico por sí mismo la activación de estas neuronas.

Para ir logrando espejarnos uno al otro fue necesario estar muy atenta a las señales no verbales y ritmos de Vicente. Ir aprendiendo a ser respetuosa a los momentos donde él buscaba la interacción, acogiéndolo de manera recíproca y sabiendo guardar distancia cuando no. De esta manera pude ir anticipándome a sus emociones e intenciones y también responder de manera recíproca con los materiales cuando él buscaba mi asistencia más o menos directiva. Esto facilitó que él pudiera corresponder o espejar también a la par mis respuestas. Si bien yo en mi rol de terapeuta tomaba primero la iniciativa la mayoría de las veces, esto logró que él se movilizara hacia nuestro encuentro. Espejándose tanto en mí como en los materiales de arte, Vicente ganaba capacidad de compartir experiencias conmigo (como, por ejemplo, en el juego con la toalla de papel). Así me parece que hay un correlato a nivel biológico/psicológico de los procesos arte terapéuticos.

Esto último se relaciona con otra idea, el rol que jugarían en las manifestaciones tempranas de autismo, los trastornos de la intersubjetividad primaria y secundaria. Recordemos que la primera se refiere a las interacciones basadas en el diálogo cuidador-bebé y la segunda a la interacción cuidador-bebé en la atención compartida hacia un objeto externo, elementos precursores tempranos para un desarrollo óptimo de la interacción social y el lenguaje. Para Kathy Evans y Janek Dubowski (2001) desde el Arte terapia éstas áreas se pueden intervenir a edades tan tempranas como los 12-18 meses de edad:



Nosotros hemos explorado las relaciones entre lenguaje verbal y otras formas de comunicación, particularmente la comunicación a través del arte. Es para nosotros claro que, en tales casos, las intervenciones terapéuticas tempranas serían beneficiosas. De hecho, equipado con una comprensión de estos procesos de desarrollo, el terapeuta puede realizar intervenciones potentes con un lactante o preescolar mientras el individuo está atravesando ese proceso de desarrollo (p.49)

A partir de la experiencia vivida puedo decir que el arte facilita la intersubjetividad, ya que le permitió a Vicente abrir espacios de encuentro hacia un otro (terapeuta), fomentando también en él la capacidad de compartir experiencias vividas en la interacción con el otro. Ejemplo de ello fueron los momentos en sesión 3 de ir pavimentando el suelo para que Vicente comprendiera donde estaba permitido manchar y en sesión 8, la interacción establecida mientras Vicente tiraba chorritos de pintura al suelo.



*“Pavimentando el suelo” con papel para el recorrido de Vicente con el rodillo, sesión 3.*

**A través de la experimentación con diversos materiales artísticos, se logra promover una regulación e integración sensorial que permiten sostener un proceso creativo y subjetivar experiencias vividas:**



Las personas con TEA, en especial los más pequeños, pasan gran parte de su tiempo absortos en explorar su mundo a través de los sentidos, ya sea tocando, chupando, oliendo, etc. El problema es que no logran regular muchas veces la intensidad o duración de las sensaciones gatilladas ni tampoco su integración hacia aprendizajes o conductas no reiterativas. Para Vicente, por ejemplo, esto se traducían en llevar constantemente objetos a su boca, en su ansiedad de abrir todos los envoltorios y en su rutina de dejar caer todo al suelo con la consiguiente estimulación auditiva.

Para poder sostener un proceso creativo con él resultaba entonces clave el modular estas conductas, entendiendo que rol cumplían para él. En el caso de Vicente, me di cuenta que recurría a ellas en períodos de distracción, ansiedad o frustración. Así, el rol del arte, tal como lo menciona Nicole Martin (2009) sería el proveer una salida a estos comportamientos perseverativos y autoestimulatorios. Fue entonces uno de mis objetivos específicos para la intervención el mejorar la habilidad de Vicente para regular su cuerpo e integrar las experiencias sensoriales (*Regulación sensorial*). Y facilitar toda actividad a través de la cual él pudiera fortalecer sus conexiones entre mente- cuerpo para así reducir aquellos comportamientos de defensa o evitación que pudieran entorpecer sus experiencias sensoriales (*Integración sensorial*). Busqué lograr que Vicente persistiera en las exploraciones que iniciaba, pues pasaba con frecuencia lo contrario, quedándose atrapado en lo sensorial sin poder subjetivar las experiencias. Traté de proveer nuevas formas de presentación para los materiales disponibles y a través del juego conducirlo hacia nuevas exploraciones. Más que rechazar su gusto por abrir papelitos o dejar caer las cosas, quise aprovechar esas conductas para conducirlo a otras exploraciones modificando el formato de estas experiencias. Ejemplo de ello es lo acontecido en la sesión número 2 y 3.



*Sesión 2, desarrollando celofanes.*

**A través del goce sensorial y del juego se logra proporcionar vivencias de satisfacción que permiten lograr un mejor contacto consigo mismo al individuo:**

Con respecto a este objetivo primero quisiera desarrollar un poco más el significado de la huella en el trabajo terapéutico llevado a cabo con Vicente. Ya que las experiencias arte terapéuticas se constituyeron a mi juicio, en vivencias de satisfacción que permitieron a Vicente conectarse mejor consigo mismo.

Para Rodulfo (2012), la vivencia de satisfacción es una experiencia, una “experiencia de vivencia de satisfacción”, con cualidad de subjetivación. Citándolo textual:

Lejos de limitar la satisfacción a un hecho placentero, la ponemos en hipótesis de ser una llave para la inscripción “simbólica” del cuerpo; mejor aún, la ponemos (a prueba) como la *inscripción misma* de los diversos ingredientes de lo corporal (p.160)

Esta inscripción se constituye en huella, huella que se inscribe de una forma u otra al dibujo del cuerpo y al proceso del cuerpo como acontecimiento en el cuerpo (Rodulfo, 2012, p.164). Las primeras huellas para Rodulfo son las que recibimos en las caricias de nuestras madres fundamentalmente (aunque yo pienso que a la luz de los cambios socioculturales actuales deberíamos hablar más bien de figuras de apego primario), contacto que en las personas con

TEA pudiera estar francamente interferido por sus disfunciones en lo que corresponde a la Teoría de la mente y Función ejecutiva, sí como en su sistema de neuronas en espejo. Esto explicaría las dificultades posteriores en trasladar estas caricias o huellas a otros espacios, como por ejemplo el papel en el garabateo, luego al dibujo más organizado y más tarde la lectoescritura e incluso en la edad adulta a los tatuajes como forma de auto caricia. De estos conceptos, me atrevo a extrapolar entonces, que, si logramos por medio del Arte terapia que el niño-niña vaya tomando conciencia corporal de su huella en los materiales, viviendo la experiencia de manera satisfactoria, pudiéramos abrir la posibilidad de que un niño como Vicente se conecte a través de los materiales de arte también con la sensación de caricia, logrando de manera concreta contactarse mejor consigo mismo y así abrir la posibilidad de la hoja a través del garabateo.

Vicente puntualmente no tenía garabateo espontáneo al conocerlo, pero logró en el transcurso de las sesiones, aún en lo acotado de la extensión de éstas, conectarse con el garabateo en diversas superficies en la medida que lograba contactarse consigo mismo de manera más consciente y no fragmentada. Probablemente, pudiera ser muy valioso en otra experiencia relacionada a niños y niñas con TEA, seguir explorando el tema del dibujo de manera más dirigida, ya que como plantea Rodulfo (2012) el dibujar se constituye en un “nuevo acto psíquico” en que se puede restaurar la desfragmentación –fracaso en el logro de la ligazón con el cuerpo (p.87).

Con respecto al valor del juego me parece importante no olvidar que los niños y niñas con TEA se encuentran sometidos a muchísimos desafíos diariamente cuyo fin, si bien mayoritariamente bien intencionado, de facilitar su interacción e inclusión social se sustenta predominantemente en formatos cognitivo- conductuales. Esto lamentablemente puede llegar a relegar al juego a un segundo plano durante sus procesos de rehabilitación. O, al contrario, pasar a ser un objetivo terapéutico, pero más bien centrado en la necesidad de optimizar el funcionamiento social para estos niños y niñas, y no en la experiencia de goce, sensorialidad y aprendizaje que el juego por sí mismo aporta a la construcción de nuestra identidad e imaginario.

Si bien, en las personas con TEA una de las características descritas es la dificultad de jugar de manera simbólica y/o de jugar con otros, prefiriendo juegos en solitario o algo bizarros,

esto no quiere decir que no puedan disfrutar de la experiencia y asumir con ello que no existiría un potencial de creatividad a través del juego para ellos.

En mi experiencia con Vicente, vi reflejado que los materiales de arte presentados de manera divertida o novedosa le permitieron a él contar con momentos de juego, tanto para sí mismo como conmigo y que en el disfrute de esos pequeños momentos de juego hubo creatividad, que facilitó su contacto consigo mismo y la construcción de su identidad. Citando a Abad (2008, p.168):

El juego, por su carácter universal, responde a la esencia de la propia creatividad infantil. El juego posee asimismo una resonancia simbólica en la relación con los otros y con una realidad compartida. En el juego está inscrita la biografía del cuerpo en su expresión más profunda, y es jugando cuando el niño y la niña (y también los adultos) son seres creadores y descubren su “yo” en relación al “nosotros” como un eco interior. En definitiva, jugar es existir y ser conscientes de la existencia.

**A través de la producción de imágenes, se provee la experiencia de contar con un lenguaje complementario de comunicación:**

En este proceso de proveer a Vicente de nuevas formas de comunicación a través de la experiencia arte terapéutica me acerqué primero intuitivamente pero luego también desde un sustento teórico al rol favorable de la imitación. La imitación fue un elemento a través del cual busqué repetidamente invitar a Vicente a estar conmigo y a tomar contacto con las materialidades en búsqueda de nuevos lenguajes.

En gran parte de las sesiones sucedió que yo mostraba una acción en espera de que él la imitara. Si bien esto para otras personas no sería lo óptimo pues no favorecería la autoexpresión y comunicación de manera satisfactoria, en Vicente sí fue un elemento facilitador. Para explicar el porqué de esto cito a Giacono Rizzolatti, extracto de entrevista en Larbán (2012):

El mensaje más importante de las neuronas en espejo es que demuestra que verdaderamente somos seres sociales. La sociedad, la familia y la comunidad son valores realmente innatos. Ahora, nuestra sociedad intenta negarlo y por eso los

jóvenes están tan descontentos, porque no crean lazos. Ocurre algo similar con la imitación: en occidente está muy mal vista y sin embargo es la base de la cultura. Se dice: “No imites, tienes que ser original”, pero es un error. Primero tienes que imitar y después puedes ser original. Para comprenderlo no hay más que fijarse en los grandes pintores (p.82).

Otra arista al rol de la imitación es que, yo intuitivamente en las primeras sesiones ponía a disposición ciertos materiales, en espera de que Vicente iniciara una exploración. Una vez que esto ocurría yo le secundaba. Existen estudios, entre ellos Iacoboni (2009) donde se demuestra que los niños con TEA cuyas acciones eran imitadas por adultos mostraban una mayor tendencia a iniciar interacciones sociales en sesiones posteriores en comparación con niños con TEA que no habían sido “imitados” por un adulto. En mi experiencia con Vicente me parece que la imitación efectivamente facilitó más adelante sus exploraciones autónomas.

Finalmente, para concluir, pienso que existiría otro campo de acción del Arte terapia relacionada a las funciones generadas por las neuronas en espejo. Esto es en relación a intervenciones precoces para cuidadores- figuras de apego- entorno psicosocial de los niños y niñas con vulnerabilidad biológica para TEA. Al modificar estilos interactivos autistizantes, a través del trabajo arte terapéutico se contribuiría a la prevención de aquellas relaciones facilitadoras de una constitución y funcionamiento inadecuado de las neuronas en espejo. Las propiedades del sistema de neuronas en espejo de acuerdo a algunos investigadores pueden ser entrenadas a través de las experiencias sensoriales y motoras, por lo tanto, generar intervenciones en que tanto madre/figura de apego e infante respondan o se comuniquen uno al otro a través de la mediación de pintar, amasar, dejar huella juntos, imitar movimientos y activaciones de manera conjunta pudiera ser muy favorable para conducir desde etapas muy precoces intervenciones con un foco fundamentalmente preventivo.

Las posibilidades son múltiples como he intentado mostrar en esta monografía y si bien ésta fue una experiencia muy acotada, sus aprendizajes fueron muy significativos, por lo cual agradezco mucho a Vicente, a su madre y al centro, así como a Paulina Jara, en su siempre aguda y sabia mirada del proceso.

## **Bibliografía.**

Abad, Javier. (2008). El Placer y el Displacer en el Juego Espontáneo Infantil. *Arteterapia - Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*, (3)167-188.

Ansermet, F; Magistretti, P (2012): *A cada cual su cerebro, Plasticidad neuronal e inconsciente*. Katz Editores. Buenos Aires.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Revised. Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC.

Artigas-Pallares, J (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 32 (115), 567-587.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA.

Asociación Chilena de Arte terapia (ACAT) en <https://www.arteterapiachile.cl/>

B. Steyn and A. Le Couteur (2013) Understanding autism spectrum disorders. *Current Paediatrics* (2003) 13, 274—278

Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E.W., Scampini, R., Maslin, M. y Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Journal of Pediatrics*, 157, 259-264.

Baron-Cohen, Simon (1993) *Autismo: Un trastorno cognitivo específico de "ceguera de la mente"*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/239928813>

CM Kerns, PC Kendall, H Zickgraf, ME Franklin, J Miller, J Herrington ( falta año) *Not to be overshadowed or overlooked: functional impairments associated with comorbid anxiety disorders in youth with ASD* Behavior therapy 46 (1), 29-39

Catmur, C., Walsh, W., Heyes, C. (2007). Sensorimotor. Learning configures the human mirror system. *Current Biology*, 17, 1527–1531.

Costello, E. (2005). Complementary and alternative therapies: Considerations for families after international adoption. *PediatricClinic of North America*, 52, 1463-1478.

Dominguez, P (2005) *Arteterapia. principios y ámbitos de aplicación*. Recuperado de <https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2013/05/libro-at-pilar-dominguez.pdf>

Evans, Kathy; Dubowski, Janek (2001). *Art therapy with children on the Autistic Spectrum. Beyond Words*. Jessica Kingsley Publishers, London, UK.

Fernández, Mayra (2016) *Acompañamiento a través del Arte. Una intervención de Arteterapia con un niño con Trastorno del Espectro Autista. (monografía Postítulo Terapia de Arte)*. Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143181>

Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J. y Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 379-393

Grandin, Temple (2006). *Thinking in pictures and others reports from my life with autism*. Vintage books, New York.

Guía técnica de apoyo técnico-pedagógico. Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia (2008). Mineduc.

Higashida, N (2014) *La razón por la que salto*, la voz de un niño desde el silencio del autismo. Roca Editorial.

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo*. Argentina: LibrosTauro

Kerns, C. M. y Kendall, P. C. (2013). The Presentation and Classification of Anxiety in Autism Spectrum Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 323-347

Larbán, J (2012) *Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 54, 79-91.

López, M. & Martínez, N. (2006). *Arteterapia: Conocimiento Interior a través de la expresión artística*. Madrid, España: Ediciones Tutor.

Martin, Nicole (2009). *Art as an Early Intervention Tool for Children with Autism*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.

Morueco, Maribel (2001). *La estimulación precoz en el autismo. Primer Simposio Internacional sobre Detección e Intervención Temprana en Autismo*. Centro de Psicología ALBORAN, Asociación Española para el avance de la Psicología. Palma de Mallorca.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 39-49.

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30.

Muratori, F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 55-1, 41-82.



Núñez, A. (2003). *Arte Terapia orientadas a personas con autismo: "Ciento quince muy bien"* (estudio de un caso). XII Congreso AETAPI.

Pérez, P y Martos-Pérez, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Rev Neurol* 48 (supl 2): S 31-S34.

Pfeifer, J. H., Lieberman, M. D., Dapretto, M. (2007). ¿I Know You Are But What Am I?!”: Neural Bases of Self- and Social Knowledge Retrieval in Children and Adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19-8, 1323–1337.

Recio, M. (2014). *Aplicaciones del Arte terapia a los trastornos del espectro autista*. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/hemeroteca/numero-7-enero-2014/>

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

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. (1996). Premotorcortex and the recognition of motor actions. *Brain. Res. Cogn. Brain. Res.*, 3, 131-141.

Rodulfo, R. (2012). *Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura en el niño*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Romero, Marina; Aguilar, Juan Manuel; Del-Rey-Mejías, Ángel; Mayoral, Fermín; Rapado, Marta; Peciña, Marta; Barbancho, Miguel Ángel; Ruiz-Veguilla, Miguel; Lara, José Pablo (2016): Comorbilidades psiquiátricas en los trastornos del espectro autista: estudio comparativo entre los criterios DSM-IV-TR y DSM-5. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 16, núm. 3, septiembre diciembre, pp. 266-275.

Rutten-Saris, M. (1990): *Basic Guide to Emerging Body Language*, traducción inglesa: University of Hertfordshire, Original Holanda: Van Gorcum.

Sampedro-Tobón, M., González-González, M., Vélez-Vieira, S., Lemos-Hoyos, M (2013) Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Bol Med Hosp Infant Mex*,70(6), 456-466.

Schweizer C. et al. (2014) Art therapy with children with autism spectrum disorders: A review of clinical case descriptions on what works. *Arts in Psychotherapy*, 41, 577-593.

Stern, D. (1985) *The interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Sofronoff K, Attwood T, Hinton S, Levin I.(2007) A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2007 Aug;37(7):1203-14.

Tirapu-Ustárroz, J. G. Pérez-Sayes, M. Erekatxo-Bilbao a C. Pelegrín-Valero (2007) ¿Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol* 2007; 44: 479-89

Van Steensel, F. J., Bogels, S. M. y Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*,14, 302-317.

Violet Solomon Oaklander Foundation. Recuperado de [http://www.vsof.org/articles/i\\_dont\\_fix\\_kids.pdf](http://www.vsof.org/articles/i_dont_fix_kids.pdf)

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T. y Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.

Wing, L. (1981) Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 11: 115-29.

Wing, L. (1996) *The Autistic Spectrum: A guide for Parents and Profesionals*. London: Constable.

Wing, L. (1998) El autismo en niños y adultos. *Una guía para la familia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Winnicott (1982). *Realidad y juego*. Editorial Gedisa, Barcelona. Winnicott, D, W. (1991) *The maturational Process and the Facikitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Madison, CT: International University Press.