

Universidad FASTA

Facultad de Ciencias de la Educación

Licenciatura en Psicopedagogía

Arteterapia como intervención psicopedagógica en niños con trastorno del espectro del autismo

Sandra Silvina Volpe

Trabajo Final de Graduación para acceder al título de licenciado en Psicopedagogía

Mar del Plata, noviembre 2020

Agradecimientos

Mi agradecimiento es para todos aquellos, que de una u otra manera, me acompañaron en este maravilloso recorrido de crecimiento y aprendizaje:

- mi hermana que siempre estuvo alentándome en este desafío,
- mis amigas de la vida que tanta fuerza me dieron,
- mis amigas de la facultad con quienes compartí esta hermosa experiencia,
- mis profesores que me invitaron a seguir descubriendo los secretos de esta estupenda profesión,
- todas aquellas personas que se cruzaron en mi camino,
- a mi paciente de práctica profesional, con quien descubrí este sorprendente mundo donde se entrelazan el arte y el autismo.

Y un agradecimiento especial, a mi hijo y a mi gran amiga, que siempre me apoyaron y animaron para llegar a donde llegué.

Gracias

Resumen

El presente Trabajo Final de Graduación, intenta plasmar algunas de las virtudes que nos puede ofrecer el Arteterapia en el abordaje terapéutico de niños con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Se presenta organizado en capítulos que pretenden abordar las concepciones generales del Trastorno del Espectro del Autismo y el Arteterapia, con el fin de lograr una comprensión que unifique perspectivas teóricas y permita constituir un modelo de intervención favorable para que estos niños desarrollen capacidades de socialización y comunicación a través de las creaciones artísticas. Concluyendo que, la participación en este tipo de intervención contribuirá en el entrenamiento de las habilidades sociales, la anticipación de situaciones, y el entendimiento y expresión de emociones y acciones.

Palabras clave: Arteterapia, autismo, creatividad, expresión artística, intervención terapéutica.

Abstract

This Final Graduation Project attempts to capture some of the virtues that Art therapy can offer us in the therapeutic approach of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). It is presented organized in chapters that aim to address the general conceptions of Autism Spectrum Disorder and Art therapy, in order to achieve an understanding that unifies theoretical perspectives and allows a favorable intervention model for these children to develop socialization and communication skills through artistic creations. Concluding that, participation in this type of intervention will contribute to the training of social skills, the anticipation of situations, and the understanding and expression of emotions and actions.

Keywords: Art therapy, autism, creativity, artistic expression, therapeutic intervention.

Índice de contenido

Introducción	6
Capítulo I: Trastorno del espectro del autismo	7
Acercándonos al concepto	7
¿Qué entendemos por autismo?	7
La interacción social	8
El lenguaje y la comunicación (verbal o no verbal)	9
Conductas estereotipadas o repetitivas, e intereses restringidos.....	9
¿Por qué hablamos de espectro?	9
¿Qué nos dice el DSM-V?	11
¿Cómo procesa la información el cerebro de un autista?	12
Teoría de la mente (ToMM).....	12
Teoría de la coherencia central	13
Funciones ejecutivas	14
Otras teorías	14
Teoría del cerebro masculino extremo	14
Teoría del índice empatía/sistematización	14
Teoría magnocelular	15
Memoria	15
¿Qué es la memoria? ¿Cómo se clasifica?.....	15
Desarrollo de la memoria desde la infancia.....	16
La memoria en el autismo	17
Atención	18
¿Qué es la atención? ¿Cómo se clasifica?	18
Desarrollo de la atención desde la infancia	20
Red de orientación espacial	20
Atención focalizada	21
Red ejecutiva y control atencional.....	21
La atención en el espectro autista.....	21
Red de orientación espacial	21
Atención focalizada	22
Red ejecutiva y control atencional.....	22
Funciones ejecutivas.....	22
¿Qué son las funciones ejecutivas?	22
Desarrollo de las FE a lo largo de la niñez y la adolescencia.....	23
Las FE en el autismo.....	27
Flexibilidad cognitiva	27
Planificación	27
Razonamiento y transferencia conceptual	28
Memoria de trabajo	28
Fluencia.....	29
Control inhibitorio	29
Lenguaje y comunicación.....	29
¿Cómo se desarrolla la comunicación?.....	29
Predictores de la comunicación.....	30

Contacto visual	30
Atención conjunta	30
Gestos	31
¿Cómo se desarrolla el lenguaje verbal?	31
La construcción del código	31
El desarrollo de la comprensión	32
Nivel lexical	32
Nivel morfosintáctico u oracional	34
Nivel discursivo	34
Nivel inferencial	35
El papel de la coherencia central	35
La expresión del lenguaje	36
Alteraciones en el desarrollo del lenguaje en el autismo	36
Dificultades en la habilidad social de comunicar	37
Caracterización de los trastornos pragmáticos	37
Habilidades sociales	39
¿Qué son las habilidades sociales?	39
¿Cómo se desarrollan las habilidades sociales?	41
¿Qué sucede con las habilidades sociales en el espectro autista?	42
Capítulo II: Arteterapia	44
¿Qué entendemos por arteterapia?	44
Artes que intervienen en la terapia	47
Intervención del arteterapeuta	48
Capítulo III: Arteterapia y Autismo	51
¿Por qué es importante su utilización?	51
Aportes de su aplicación en niños con TEA	54
Sensorialidad e indiferenciación	54
Aislamiento/rechazo a la relación	55
Rechazo al significado compartido	56
Voracidad	56
Destrucción	57
Experiencia de fragmentación	57
Baja tolerancia a la frustración	57
Repeticiones, rutinas y rituales	58
Bibliografía	59

Introducción

El presente trabajo intenta poner de manifiesto la importancia del empleo del Arteterapia como intervención de abordaje terapéutico en niños con Trastorno del Espectro del Autismo.

En los últimos tiempos, nuevas modalidades de intervención son utilizadas para brindar mayores posibilidades a estos niños. Teniendo en cuenta que el Arte es una fuente de expresión, considero que una propuesta basada en el Arteterapia puede mejorar la autoexpresión de sus sentimientos, emociones y pensamientos. Además, como consecuencia inmediata, se pretende mejorar otros aspectos como la creatividad, el pensamiento abstracto o el conocimiento de sí mismos.

El Arteterapia es la apertura a un nuevo lenguaje, donde las palabras no son imprescindibles.

La propuesta está organizada en tres capítulos:

- En un primer capítulo nos acercaremos a la definición del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), tomando en consideración sus principales características e incursionando en la enunciación de las Funciones Cognitivas Básicas y Superiores (memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje y comunicación, habilidades sociales); estableciendo un comparativo entre el funcionamiento cerebral de un individuo neurotípico y un individuo que presenta TEA.

- Luego accederemos a un segundo capítulo, en el cual nos sumergiremos en el mundo del Arteterapia. Partiremos de su definición y descubrimiento, hasta conocer aquellas expresiones artísticas que la conforman; sin dejar de mencionar el rol del arteterapeuta.

- Finalmente, en un tercer capítulo, expondré por qué considero que el Arteterapia es tan importante como modalidad de intervención de un abordaje terapéutico en niños con TEA.

Los invito a realizar este viaje maravilloso.

Capítulo I: Trastorno del espectro del autismo

Acercándonos al concepto

¿Qué entendemos por autismo?

Muchos de nosotros, en mayor o menor medida, en algún momento de nuestras vidas nos hemos cruzado con niños que hemos considerado distintos, con comportamientos extraños, niños que se aíslan, que les cuesta compartir momentos con sus seres cercanos como sus padres, que muestran dificultades al momento de poder comunicarse o presentan conductas repetitivas y estereotipadas. Frente a estas situaciones, de inmediato pensamos: “este niño es autista”; “este niño tiene autismo”; “este niño es TEA”; pero ciertamente ¿qué es el AUTISMO?

Haciendo un poco de historia, el concepto surge en 1943, cuando Leo Kanner realiza una descripción de niños internados en su clínica de Batimore expresando que, a lo largo de numerosas observaciones, había registrado que los infantes no expresaban interés por la gente, se aislaban, manifestaban conductas inapropiadas con pares, y severas dificultades en la comunicación. Además de mostrar patrones repetitivos y restringidos de comportamiento.

Casi simultáneamente, en 1944, Hans Asperger describió en Austria a un grupo de niños que se mostraban intrusivos, anómalos, parecían engreídos; con un gran desarrollo en el lenguaje, sin embargo, con una comunicación un tanto particular; en cuanto al vocabulario éste era precoz pero sumamente restringido, sólo atendía a sus intereses. Con cierta inflexibilidad de pensamiento, donde necesitaban hacer lo mismo y de la misma manera una y otra vez.

Siguiendo con la línea de tiempo, en 1981, Lorna Wing, transcribió la descripción realizada por Asperger, demostrando que el autismo constituye un espectro de grado variable. El síndrome de Asperger fue recién reconocido en 1994, en el DSM-IV (Manual de trastornos mentales, versión IV).

En Buenos Aires, en 1994, se realizó el V Congreso Mundial del Niño Aislado, que contó con la presencia de importantes profesionales, pioneros en el desarrollo del conocimiento sobre el autismo. A partir de ese momento numerosas iniciativas surgieron, entre ellas en el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”; donde se organizó un equipo de diagnóstico y de orientación; y se publicó un libro con los comentarios científicos más significativos y relevantes del congreso.

Hoy, tras años de investigación, se conoce que el Trastorno del Espectro del Autismo (en adelante TEA):

- Es un Trastorno del Desarrollo Neurobiológico (DSM-5).
- Aparece en los primeros años de vida.
- Los niños con TEA son diagnosticados y detectados a partir de manifestaciones conductuales, es decir, a partir de la observación de la conducta.

Si consideramos las estadísticas otorgadas por el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC – 2010) podemos decir que:

- 1 de cada 68 niños es diagnosticado con TEA.
- Existe una prevalencia de 5 a 1 para el sexo masculino.
- En cuanto al nivel cognitivo, las estadísticas muestran que el 50% de las personas diagnosticadas, presentarían un nivel cognitivo adecuado para su edad cronológica; es decir, que un 50% tendría una capacidad intelectual promedio.

Ahora bien, si sabemos que los niños con autismo se pueden diagnosticar o detectar a través de manifestaciones conductuales, cabe preguntarnos ¿qué conductas debemos observar? Y una posible respuesta sería; “Aquellas que expresan ciertas dificultades en algunas áreas del desarrollo”, tales como:

La interacción social

En algunas oportunidades, esta dificultad en las relaciones sociales se evidencia en los primeros meses de vida. Frente a estas circunstancias, nos encontramos con padres que expresan que sus hijos tienen un contacto visual lábil o deficiente, que muestran desinterés en que los carguen o ponen su cuerpo rígido cuando uno lo hace, o que no responden a la cara o a la sonrisa de los demás. A medida que crecen, estos niños, frecuentemente muestran apatía en la participación de actividades grupales (no comienzan o no se mantienen jugando con sus pares, no acercan los objetos para mostrárselos a otros o no exponen lo que están haciendo), parecen estar más interesados en los objetos que en las personas. Generalmente no imitan las acciones, gestos o vocalizaciones de otros. Al mismo tiempo, pueden mostrar incapacidad para juzgar las reacciones apropiadas en situaciones sociales (es posible que no sientan ansiedad alrededor de los desconocidos o que no sean conscientes de cuán cerca de alguien deben pararse).

El lenguaje y la comunicación (verbal o no verbal)

Cuando el lenguaje está presente en un niño pequeño que padece TEA, puede observarse que éste tiende a ser memorizado y repetitivo; generalmente estamos frente a un niño que habla, pero sin intención comunicativa. Son niños, por ejemplo, que no responden ni se interesan en juegos como el de “cu-cu” o de las escondidas, que la mirada no se dirige hacia un adulto al enfrentarse a algo desconocido; o a un objeto que le señalan o que otro está mirando; que no señalan con el dedo índice para pedir objetos o para compartir con otro algo de su interés; tampoco responden al nombre cuando lo llaman; entre otros.

Conductas estereotipadas o repetitivas, e intereses restringidos

Un altísimo porcentaje de los niños pequeños con TEA, pondrán de manifiesto acciones motoras o verbales repetitivas. Dentro de estas acciones podremos observar a niños que sacuden sus manos, golpean sus cabezas, se balancean, van de un lado al otro, giran con sus pies o usan movimientos repetitivos con los dedos. Estos comportamientos estereotipados, en algunos niños tienden a ocurrir principalmente cuando están excitados, bajo tensión o disgustados. Otra conducta que se puede llegar a observar es la presencia de berrinches desmedidos y en ocasiones sin motivo aparente, mostrándose inflexibles a los cambios. Teniendo en cuenta que también tienen la tendencia a preocuparse por una pequeña cantidad de actividades, intereses u objetos; su juego, por consiguiente, tiende a ser restrictivo o repetitivo, utilizando los juguetes de manera atípica, no realizando juego simbólico.

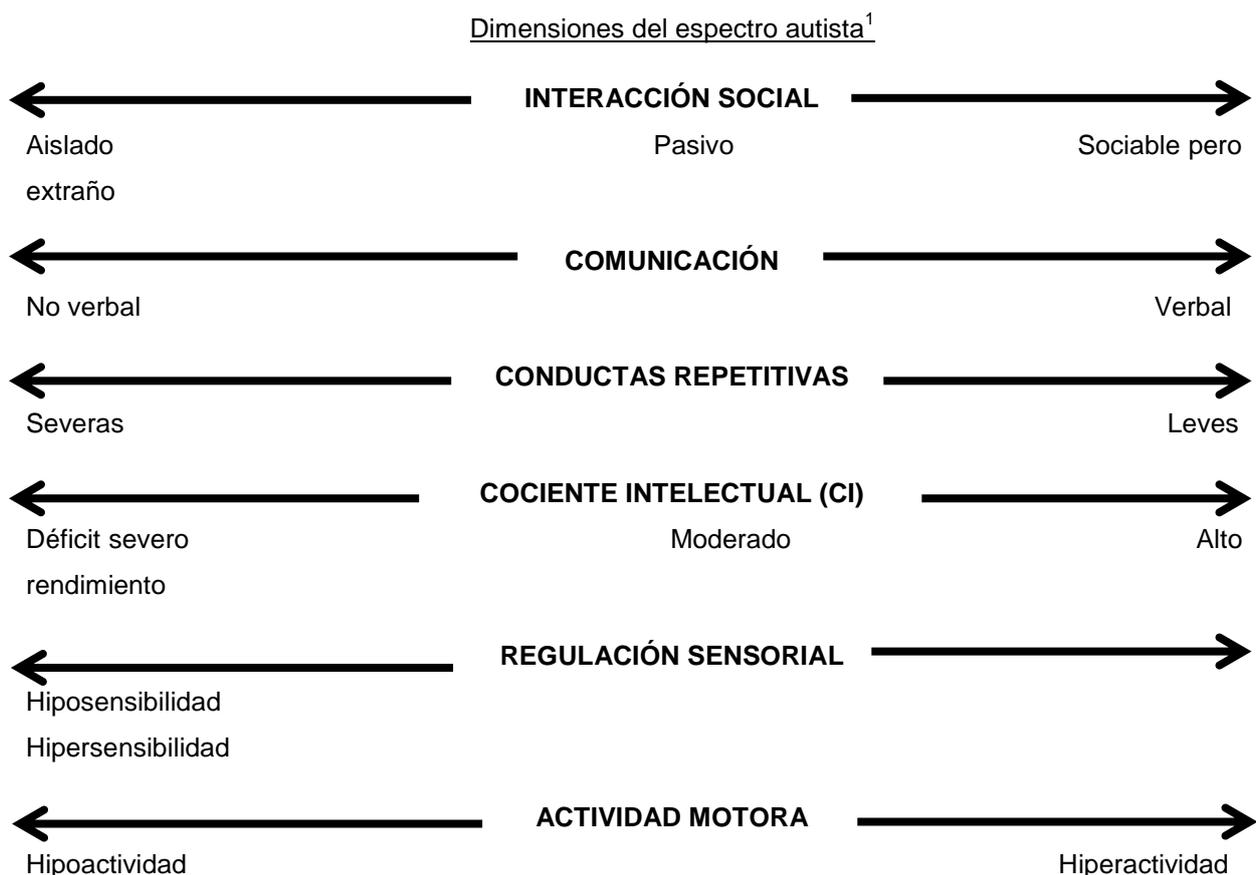
Finalmente, otro descubrimiento en el comportamiento de niños con TEA son las reacciones inusuales a los estímulos sensoriales. Los órganos sensoriales responden de diversas maneras y con niveles bastante diferenciados y de extrema variabilidad ante ciertos estímulos como la intensidad del sonido, del dolor, las luces, olores, texturas y sabores; por ello puede observarse comportamientos de rechazo, bloqueo o lejanía respecto a personas, contextos y situaciones varias.

¿Por qué hablamos de espectro?

Sabemos que cuando nos encontramos con un niño que manifiesta dificultades en todas las áreas de su maduración, estamos frente a un niño con un retraso global del desarrollo. Sin embargo, si estas dificultades se manifiestan en las áreas de la

interacción social, comunicación y lenguaje, con la presencia de conductas repetitivas e intereses restringidos, consideramos que tenemos frente a nosotros un niño que presenta un trastorno del espectro autista.

Hablamos de **espectro** porque los síntomas se presentan en diferentes grados en cada individuo en particular. Por ejemplo, un niño puede tener más dificultad en el lenguaje, otro manifestar conductas de inflexibilidad y restringidas, y un tercer niño puede mostrarse más aislado mostrando una interacción social sumamente lábil; y, sin embargo, todos ellos presentan el mismo diagnóstico, TEA, pero las características de manifestación en cada uno varía en relación al otro. A estas tres dimensiones o ejes, deben agregarse tres ejes más: el nivel cognitivo, el nivel de regulación sensorial y el nivel de actividad motora. Estas seis dimensiones o ejes pueden ir en rangos desde lo normal o esperado, a reducido o aumentado. El siguiente gráfico representa estas seis dimensiones y su variabilidad.



- ¹ Cuadro extraído del libro “Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista”. Grañana, N (Comp). (2014). Ediciones Paidós.

¿Qué nos dice el DSM-V?

Según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, el trastorno del espectro del autismo es definido teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al

dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo. (DSM-5, 2013, p.28)

¿Cómo procesa la información el cerebro de un autista?

Para responder a esta pregunta, es necesario conocer aquellas teorías que puedan explicar, cuál es el modo en que el cerebro de un individuo con TEA procesa la información. Se plantean las siguientes teorías neuropsicológicas:

- *Teoría de la mente (ToMM)*
- *Teoría de la coherencia central*
- *Funciones ejecutivas*
- *Otras teorías*

Teoría de la mente (ToMM)

La teoría de la mente fundamenta la habilidad que un individuo posee para reconocer los estados mentales propios y de otros; por ejemplo, simular, imaginar, crear, adivinar, engañar, pensar, entre otros; comprendiendo la relación existente entre las acciones y dichos estados. Es decir, esta teoría (ToMM), explica la capacidad que un individuo tiene para poder comprender la conducta de otro y de esa forma poder anticipar o inferir las acciones que llevará a cabo para la resolución de un problema que requiera de cierta complejidad.

Esta capacidad se desarrolla durante los primeros estadios del desarrollo, cuando el niño comienza a diferenciar que el otro puede pensar, creer o sentir de manera diferente a la propia porque tiene otra mente; y se completa alrededor de la

adolescencia. Esta habilidad o capacidad es la que permite el desarrollo de la empatía, poder ponerse en el lugar del otro, reconociendo que el otro es diferente a uno y aceptando esa diferencia.

La teoría ToMM posee bases neurobiológicas que la sostienen. Tirapu-Ustárrroz (2007) señalan que diversas áreas están incluidas en las alteraciones propias de los individuos que presentan TEA, expresan que existe una red que abarca el lóbulo temporal, los lóbulos frontales y la corteza cingulada anterior y que cada una de las áreas de esta red, cumple un papel específico. El área de la corteza cingulada anterior se vincula con los aspectos resolutivos, es decir con la capacidad de establecer soluciones a un problema novedoso llevando a cabo predicciones de las consecuencias a las que nos puede llevar cada una de las soluciones imaginadas; la corteza medial prefrontal se relaciona con el análisis de inferencias y ponerse en el lugar del otro, es decir, está implicado en la regulación emocional, el control de impulsos y en el comportamiento social; y el lóbulo temporal, a nivel del surco temporal superior y polo temporal, se enlaza con la memoria y los procesos afectivos y emocionales, además de la regulación de estímulos del medio, tanto visuales como auditivos.

En los niños con TEA, se ha demostrado que en su biología hay un déficit en el desarrollo de ToMM, ya sea porque está lentificado o ausente; por este motivo les resulta difícil inferir, anticipar o ponerse en el lugar del otro. Sobre todo, en situaciones sutiles tales como las emocionales. Por ello, prefieren relacionarse con objetos, eligen vínculos contingentes, que repiten un patrón, que no son inesperados, que no asustan o desconciertan, y para cuya comprensión y disfrute no hace falta la mentalización. (Grañana, 2014)

Teoría de la coherencia central

La teoría de la coherencia central fue formulada por Uta Frith en 1989. Se sustenta en la tendencia espontánea de un individuo para interpretar una situación integrándola en su contexto, dando un significado unívoco y holístico. Está vinculada a una mirada global de una situación que vivimos. Por ejemplo, si en una habitación hay niños sentados escribiendo y una persona hablando, interpretamos que es una clase o una conferencia y actuamos en consecuencia.

Esta teoría trata de explicar la dificultad que presenta un niño con TEA para integrar la información en un “todo” coherente y general. Ya que no entiende las

situaciones como un todo, sino que focaliza en detalles concretos, realizando un procesamiento fragmentario de la misma.

Funciones ejecutivas

Representan un conjunto de habilidades cognitivas que se utilizan para llevar a cabo actividades de manera autónoma, autorregulada. Nos permiten organizarnos, ser flexibles, anticipar, desarrollar un plan, marcarnos objetivos y metas, controlar los propios impulsos, entre otras. Estas habilidades nos permiten actuar en situaciones nuevas para las cuales no disponíamos de un plan previo de actuación.

En los individuos que presentan TEA, estos componentes se encuentran alterados por lo tanto muestran dificultades en la resolución de situaciones o problemas, hasta que no los hayan automatizado por aprendizaje y repetición. (Ozonoff, 2000)

Otras teorías

Teoría del cerebro masculino extremo

Esta teoría, propuesta por Baron-Cohen en 2002, se basa en la diferencia existente entre los cerebros masculinos y los femeninos. El cerebro de los hombres presenta como fortaleza la capacidad de la sistematización y como debilidad el desarrollo de la empatía, por eso expresa que el cerebro de una persona con TEA se compararía con las características de un cerebro masculino pero llevado al extremo.

Esto también explicaría la prevalencia de diagnósticos de TEA en hombres más que en mujeres.

Teoría del índice empatía/sistematización

Como fue formulado en la teoría de la mente, el individuo que presenta un diagnóstico de TEA revela un déficit en el desarrollo de la empatía. Sin embargo, dentro de sus fortalezas se encuentra la capacidad de sistematizar, es decir la habilidad para analizar los sistemas según sus reglas físicas. (Baron-Cohen, 2010)

Esto explicaría, por un lado, la manifestación de conductas repetitivas, por ejemplo, la tendencia a insistir en hacer las cosas de igual manera siempre, a analizar mapas o recorridos, a alinear, ordenar objetos, o mirar repetidamente la misma película o un segmento determinado, entre otros. Por el otro, la manifestación de conductas restringidas, es decir, intereses relacionados con sistemas de

colección (tipos de automóviles), sistemas numéricos (horario de trenes, calendarios), sistemas mecánicos (funcionamiento de celular), sistemas abstractos (música), sistemas naturales (meteorología, astronomía), entre otros.

Teoría magnocelular

La teoría propone que, en las personas con TEA, se presenta una disfunción específica en uno de los conductos visuales del cerebro (magnocelular: responsable de procesar el movimiento), es decir, existe una alteración en el procesamiento de vías visuales.

Sin embargo, esta teoría sugiere varios problemas:

- La hipersensibilidad sensorial también afecta a todos los sentidos, y no solo al de la vista.

- Esta teoría implica, que los individuos con TEA evitarían los movimientos o cambios, y lo cierto es que a muchos de ellos les atraen los objetos que se mueven siguiendo unos patrones.

- Además este problema en el conducto magnocelular, parece que también afecta a otro tipo de trastornos del lenguaje.

Memoria

¿Qué es la memoria? ¿Cómo se clasifica?

Tanto la memoria como la atención son funciones ligadas por su naturaleza, y fundamentales para los procesos de aprendizaje. Cuando nos encontramos frente a la búsqueda de la definición de MEMORIA, muchas son las respuestas encontradas; sin embargo, desde una perspectiva práctica podemos afirmar que memoria es la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar la información.

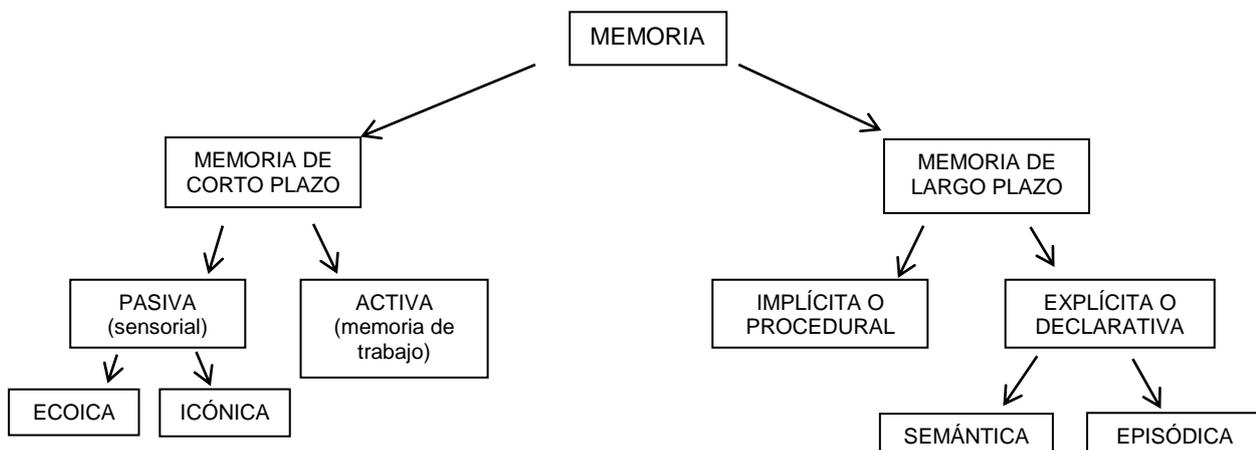
- Teniendo en cuenta el tiempo de almacenamiento y la posibilidad de recuperación de la información, podemos clasificarla en memoria de corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP).

- La MCP hace referencia al recuerdo de eventos y situaciones sucedidos en un pasado reciente, la demora para recuperar esa información es de segundos o pocos minutos, tiene una capacidad limitada; y a su vez se puede subdividir en pasiva, cuando la persona retiene por pocos segundos la información ligada a memorias sensoriales ecoica-auditiva e icónica-visual; y activa, el sujeto realiza un procesamiento que le permite reactivar y/o transformar la información - MT.

- La MLP comprende los conocimientos y los recuerdos que se almacenan a lo largo del tiempo y permite su evocación incluso años después de ocurridos. Se divide en memoria semántica, memoria de los conceptos; y la memoria episódica o autobiográfica, ligada a la experiencia personal del individuo.

Otra forma de clasificar la memoria es de acuerdo con la forma de codificación y evocación. Si la codificación y la evocación son inconscientes y automáticas la memoria es implícita o procedural (por ejemplo, andar en bicicleta); si la codificación y la evocación se realizan de manera consciente y manifiesta, la memoria es declarativa o explícita.

REDES DE MEMORIA²



Desarrollo de la memoria desde la infancia

El bebé desde el nacimiento desarrolla habilidades sensoriales y motoras, que van conformando una memoria implícita. A medida que crece, aprende a reconocer las personas significativas y objetos del entorno. En este momento existe una codificación y almacenamiento de la información, sin embargo, hasta el momento en que el niño adquiera la simbolización y el lenguaje, no podrá evocarla.

- ² Cuadro extraído del libro “Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista”. Grañana, N (Comp). (2014). Ediciones Paidós.

En cuanto a la MT, Gathercole (1998) analiza el desarrollo de sus componentes. De los 2 a 3 años, el sistema fonológico se presenta por medio de las unidades de almacenamiento, pero no será sino hasta los 6 o 7 años, cuando el niño descubra la estrategia de repetición a través del bucle articulatorio. El hecho de que el cerebro no pueda conservar intacta la información en la unidad de almacenamiento por más de unos segundos explica por qué los niños más pequeños (a los 3 años) son más sensibles a los efectos de similitud fonológica (como taza, casa, masa) y de longitud (a igual familiaridad, recuerdan mejor las palabras más cortas). Sin embargo, si estas palabras son representadas por dibujos, el efecto se pierde. Esto muestra que en este caso el niño recurre a su agenda visoespacial (que se desarrolla antes) para la codificación. Alrededor de los 7 años, se pone en marcha una doble codificación (a través del bucle fonológico y la agenda visoespacial), lo que aumenta la eficacia de la memoria.

Con relación a la MLP, teniendo en cuenta la memoria semántica, Gathercole afirma que el conocimiento de palabras genera una suerte de realimentación en los mecanismos de almacenamiento y activación de la memoria. Esto se pone de manifiesto cuando observamos la dificultad que muestran los niños para recordar no palabras o palabras desconocidas, dentro de una lista de palabras conocidas. Sin embargo, cuanto más parecidas sean estas no palabras a las ya conocidas más fácil será para el niño recordarlas.

En cuanto a la memoria episódica, se ha comprobado que los niños a los 13 o 14 meses pueden conservar recuerdos de experiencias vividas unas semanas antes. A partir de los 36 meses pueden evocar experiencias ocurridas 6 meses antes, y a los 4 años ya pueden estructurar un relato intencionalmente. A partir de allí, se van refinando las estrategias, tanto de decodificación, almacenamiento, como de evocación, recuperación.

La memoria en el autismo

Cuando nos encontramos frente a niños que presentan TEA, no se puede concluir que exista un déficit mnémico global, sin embargo puede observarse que presentan dificultades en el empleo de estrategias de codificación del material, teniendo como consecuencia una repercusión negativa tanto en el almacenamiento como en la recuperación de la información (un estrategia a considerar podría ser que los estímulos a presentarse para la adecuada codificación, organización y

almacenamiento deberían tener carácter no verbal y visual). En estos niños, también puede observarse que manifiestan pobres habilidades de memoria ejecutiva y bajo rendimiento en las tareas de memoria episódica. Similares resultados se comprueban en diversos trabajos que analizan la flexibilidad cognitiva, monitorización y la memoria prospectiva.

En cuanto a la Memoria a corto plazo verbal, en los niños con TEA, se ve condicionada por su nivel de lenguaje para la mayoría de las tareas.

Con relación a la Memoria implícita (memoria de procedimientos), la evidencia sostiene que no solo tienen adecuados procesos de aprendizaje y memoria implícita, sino que en ocasiones muestran habilidades altas en este sentido, incluso excepcionales (como sucede en muchas de las habilidades y rutinas que los niños adquieren espontáneamente se dan a través de este tipo de aprendizaje).

Los niños con TEA presentan claras deficiencias en la ME, pues se les dificulta evocar las acciones realizadas y el contexto de estas, así como manipular información actual para generar acciones y pensamientos futuros, lo que indica escasas estrategias para actuar de manera ejecutiva frente a las demandas actuales y prospectivas. Ello se ve explicado por los déficits en la MT, en la cual presentan compromisos en los diferentes componentes, bucle fonológico, agenda visoespacial y bucle episódico, en tanto este es un modulador mental que posibilita la generación de estrategias, no solo para evocar información, sino para utilizar la información según unas metas y propósitos determinados. Del mismo modo, aun teniendo intacta la memoria semántica, es de esperarse que tenga inhabilidad para utilizar la información semántica y actuar coherente con ello, tanto para la solución de situaciones presentes como futuras, dados los compromisos en la MT.

Atención

¿Qué es la atención? ¿Cómo se clasifica?

Cuando nos encontramos frente a la búsqueda del significado del término ATENCIÓN; observamos que, si bien es una de las funciones cognitivas más estudiadas, también es una de las más difíciles de definir.

Una aproximación a su enunciación podría ser la siguiente:

Es el mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/u operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad

psicológica. Por lo tanto, está presente en toda nuestra actividad cerebral durante la vigilia. (Grañana, 2014, P.178)

La atención presenta las siguientes características:

- *Oscilación*: es la capacidad de poder cambiar el foco atencional de un evento a otro.

- *Control*: consiste en la capacidad de controlar y regular los procesos cognitivos destinados a realizar una tarea mental de manera eficiente en función de las demandas del ambiente. Por ejemplo, dirigiendo la forma en que se orienta la atención, aprovechando al máximo los medios de concentración, suprimiendo las distracciones, inhibiendo respuestas inapropiadas, entre otros.

- *Amplitud*: cantidad de información que podemos atender al mismo tiempo y cantidad de tareas que podemos realizar de forma simultánea.

- *Intensidad*: cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea, por ejemplo, podemos realizar tareas prácticamente sin prestar atención (tareas automáticas) y otras que exigen altos recursos atencionales (tareas controladas)

La atención implica:

- *Alerta*: energía mínima del organismo que permite al sistema nervioso ser receptivo a toda información íntero o exteroceptiva

- *Alerta Fásica*: respuesta desde el instante que se advierte un estímulo.
- *Alerta Tónica*: estado propio de los momentos de vigilia

- *Vigilancia*: monitoreo del comportamiento para poder atender a los estímulos.

- *Sostenimiento o concentración*: mantenimiento del foco atencional, a pesar del aburrimiento o la fatiga.

Dentro de los modelos que han tratado de explicar y de definir la atención, encontramos el modelo Clínico. Desde esta perspectiva, se sugiere que la capacidad atencional es jerárquica, es decir que para llevar adelante tareas que impliquen los más altos niveles de atención, alternante y dividida, es necesario haber adquirido primero los niveles más bajos como la atención focalizada y sostenida. (Sohlberg y Mateer, 1989).

El modelo clínico diferencia cuatro tipos de atención:

- *Selectiva*: retiene sólo estímulos pertinentes para la actividad que está realizando. Inhibe la respuesta a otros estímulos presentes. Podría ejemplificarse como si el individuo utilizara un haz luminoso para barrer el campo o un zoom para agrandar los elementos buscados.

- *Sostenida*: mantiene el interés durante un período prolongado de tiempo sin discontinuidad.

- *Alternante*: cambia el foco atencional de manera flexible alternando entre diferentes estímulos, y

- *Dividida*: comparte la atención entre dos o más fuentes distintas, detectando estímulos de una u otra fuente de modo simultáneo. Los recursos atencionales pueden dividirse mejor si una de las tareas ha sido objeto de aprendizaje previo. En la medida en que una tarea sea automática, deja intactos los recursos de energía disponibles para efectuar la otra tarea de modo simultáneo.

Desarrollo de la atención desde la infancia

Sabemos que la capacidad atencional aumenta con la edad durante la niñez hasta alcanzar su máximo nivel de madurez hacia el final de la adolescencia; y que el desarrollo de las redes atencionales se produce en forma simultánea, aunque se analizan en forma separada. Veamos cómo es este desarrollo.

Red de orientación espacial

- De 0 a 3 meses, depende de estímulos exógenos ambientales, es inconsciente y son estructuras más reflejas.

- De 3 o 4 meses, el bebé es capaz de dejar la atención en un objeto para explorar otro.

- A los 6 meses, se comienza a desarrollar con control más endógeno mediador de sus propios intereses, la atención es más consiente propositiva y requiere mayor esfuerzo cognitivo.

- A los 3 años el control ocular motor mejora las habilidades de atención selectiva.

- A los 6 años, la orientación hacia estímulos externos es prácticamente la misma que en el adulto, en parte por la puesta en práctica de una estrategia de exploración sistemática (funciones ejecutivas), mientras que la orientación endógena continúa perfeccionándose durante toda la niñez.

- A los 7 años, madura la atención selectiva en el espacio, luego lo que mejora son los tiempos de realización de la tarea.

Atención focalizada

Desde el nacimiento los niños tienen una atención más global, a partir de los 4 o 5 años (comienzo de la escolarización) se vuelve más localizada, con un estrechamiento del foco atencional.

Red ejecutiva y control atencional

- Entre los 4 y los 5 años hay un importante incremento del control atencional y de la posibilidad de inhibir respuestas motoras. Este hecho coincide con el mayor desarrollo prefrontal, y es esencial para poder cumplir con las rutinas académicas y sociales que se presentan frente a la escolarización.

- La atención sostenida o capacidad de concentración se incrementa a lo largo de toda la infancia y llega a su etapa madura al inicio de la adolescencia.

- La atención dividida se desarrolla progresiva y regularmente entre los 6 y los 11 años, y su consolidación y madurez se producen una vez iniciada la adolescencia.

- La amplitud atencional presenta una progresión casi lineal entre los 3 y los 13 años. Juega, por ejemplo, un rol muy importante para que el niño pueda registrar las consignas que le da la maestra.

La atención en el espectro autista

Los niños con TEA muestran en algunas situaciones cierto déficit atencional, con tendencia a fijarse en detalles irrelevantes, perdiendo o ignorando de este modo la mayor parte de los estímulos significativos ambientales; sin embargo, en otros momentos, tienen la capacidad para concentrarse de manera excluyente y durante largos períodos en algún objeto de su interés.

Tomando en cuenta los resultados de diferentes investigaciones, se puede afirmar que, en el niño con TEA, existe la presencia de diferencias en el procesamiento de las tres redes atencionales.

Red de orientación espacial

Teniendo en cuenta el desarrollo de diversas investigaciones, se ha llegado a la conclusión que los niños con TEA no presentan dificultades para orientar la

atención en el espacio, sino que les lleva más tiempo y el proceso es menos automático, por lo tanto, requiere mayor esfuerzo cognitivo.

Atención focalizada

Algunas investigaciones concluyen que los niños con TEA presentan un estrechamiento en el foco atencional, con mejor procesamiento local y de los detalles, y menor rendimiento en tareas que impliquen procesamientos globales.

Otras investigaciones sugieren que existe una sobreexpansión del foco atencional, lo que explicaría por qué se detienen o captan estímulos irrelevantes; por qué suelen tener mayor habilidad para subitar (determinar la cantidad de un conjunto de un vistazo sin necesidad del conteo) y por qué son más proclives a tener hipersensibilidad sensorial. Es decir, se plantea un déficit para filtrar información sensorial periférica.

A modo de conclusión, podríamos afirmar que la dificultad reside en la capacidad de alternar rápidamente entre estrechar y expandir el foco atencional.

Red ejecutiva y control atencional

Algunos estudios sugieren que el control inhibitorio es similar a los normotípicos en los primeros años y luego en la adolescencia el rendimiento es menor. Esto podría deberse a un menor nivel de desarrollo final de esta habilidad en los niños con TEA.

Funciones ejecutivas

¿Qué son las funciones ejecutivas?

El concepto de FUNCIONES EJECUTIVAS (FE), apunta fundamentalmente a las capacidades de dirección, control y regulación de las operaciones cognitivas como también de los aspectos emocionales y conductuales necesarios para resolver problemas de un modo eficaz, particularmente frente a situaciones nuevas.

Para Pennington y Ozonoff (1996), las FE implican desarrollar planes para futuras acciones, y retener esos planes y la secuencia de acciones en la memoria de trabajo hasta que se ejecuten, mientras se inhiben acciones irrelevantes.

Para Lezak (2004) las FE poseen cuatro componentes fundamentales: la voluntad, la planificación, un propósito y un desempeño eficaz.

Según Richard y Fahy (2005), las FE están constituidas por procesos y componentes. Sus componentes son:

- Atención.
- Control inhibitorio.
- Memoria de trabajo.

Los procesos por su parte son:

- Selección de objetivos
- Planificación y organización
- Iniciativa y persistencia.
- Flexibilidad.
- Automonitoreo.

No hay una definición exacta de las FE, sin embargo, la mayoría de los autores entienden que éstas comprenden:

- La elaboración de un plan (implica tener en cuenta el punto de partida y llegada, con las estrategias intermedias para llevarlo a cabo).

- La toma de decisiones (elegir la acción más apropiada para alcanzar el objetivo trazado).

- El juicio (interviene la evaluación de las opiniones más pertinentes).

- La automonitoreo y la corrección (aseguran el control y mantenimiento de la propuesta en curso hasta completarla).

Además, las FE son esenciales para el desarrollo de las habilidades académicas. El nivel de FE de un niño explica una proporción significativa de su rendimiento en lengua y matemática.

Desarrollo de las FE a lo largo de la niñez y la adolescencia

El desarrollo y maduración de las FE se extiende desde el crecimiento intrauterino hasta entrados los 20 años, y están ligados al desarrollo de los lóbulos frontales.

Anderson (2002), presentó un modelo del desarrollo de las FE. Este modelo está basado en dos dominios nucleares (flexibilidad cognitiva y establecimiento de objetivos), y dos dominios subsiguientes de los anteriores (control atencional y procesamiento de la información).

- Flexibilidad cognitiva hace referencia a la habilidad para alternar entre diferentes opciones, para dar una respuesta adaptativa.

- Establecimiento de objetivos refiere a la habilidad para anticipar respuestas y predecir las consecuencias en las diferentes demandas situacionales, así como para evocar las rutinas aprendidas.

- Control atencional implica poder focalizar, sostener y atender selectivamente la información durante el tiempo que sea necesario, y a la vez inhibir respuestas inapropiadas, mientras se planifican y ejecutan las conductas apropiadas. Conlleva también el control de la impulsividad.

- Procesamiento de la información, refiere al rendimiento y la conducta que se logra a partir de la integración del procesamiento sensoriomotor, el asociativo y el ejecutivo; en relación con la velocidad y eficacia. También implica la fluencia verbal y las habilidades internas de procesamiento del lenguaje.

DESARROLLO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS³

EDAD	FLEXIBILIDAD COGNITIVA	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	CONTROL ATENCIONAL	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
6 – 12 m			Emerge el control inhibitorio, aunque el niño no puede inhibir respuestas previamente aprendidas. Puede tolerar demoras y aun así focalizar la atención	
1 – 2 a	18 – 24 m, el niño comienza a identificar si dos patrones de construcción son iguales o no.		El niño puede inhibir algunas conductas y cambiar nuevas respuestas. Hay algo de automonitoreo para identificar errores, pero es inconsciente. Persisten conductas distractoras e impulsivas.	
2 a	El niño demuestra conocimiento de reglas, pero			

³ Información extraída del libro "Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista". Grañana, N (Comp). (2014). Ediciones Paidós

	persevera.			
3 a	Puede seguir una regla de manera flexible.	El niño tiene dificultades para organizar planes y acciones, y para el razonamiento conceptual. Se usan estrategias fragmentadas o ineficaces. Las elecciones son azarosas o ineficaces. La espera de la recompensa es menor.	Se produce un incremento continuo en atención, autocontrol, concentración e inhibición, y una gradual disminución de la impulsividad, aunque persiste. La conducta perseverativa es ocasional.	Se incrementa la fluencia verbal. Hay una mejora gradual en la velocidad de procesamiento. Y en la precisión en tareas de control de impulsos.
4 a	Comienza a alternar y flexibilizar entre dos tareas. Completa más tareas.	El niño comienza a hacer elecciones ventajosas. Es capaz de generar nuevos conceptos e ideas.		El niño procesa información de 2 a 3 pasos.
5 a	El niño tiene dificultad para alternar entre reglas múltiples, incluso si se le dan claves verbales.	Comienza a demorar la recompensa para obtener algo mejor después. Emergen estrategias de planificación.		El niño procesa información de 4 pasos.
6 a	Se acelera el desarrollo de la flexibilidad. Declinan las respuestas perseverativas. Emerge la capacidad de aprender de los errores y crear estrategias alternativas.	El niño demuestra más frecuentemente estrategias y planifica objetivos, elecciones y conductas, pero todavía no se domina.	El niño tiene habilidad para resistir distractores y sostener la concentración.	Se internaliza el lenguaje como mediador. El lenguaje se hace más complejo. La fluencia verbal se incrementa.
7 a	El niño tiene dificultades para alternar entre	Hay un rápido desarrollo de planificación y	Atención selectiva:	Hay un continuo y
8 a			inhibiendo distractores	
9 a			comienza a terminar de	

	situaciones que requieren diferentes comportamientos de acuerdo con múltiples demandas.	organización considerando metas a largo plazo que no involucran solo los propios deseos. Aparecen mejores	madurar.	significativo incremento de la velocidad de procesamiento y la fluencia hasta llegar casi a la adultez.
10 a	Disminuyen las conductas perseverativas o no orientadas al objetivo, mientras sigue mejorando la capacidad de alternar entre múltiples tareas. Aparecen mejores estrategias	conductas estratégicas y razonamiento eficiente.	La atención selectiva está cerca de la madurez. Hay una mayor capacidad de concentración e inhibición de distractores ambientales. El control de los impulsos comienza a acercarse al nivel adulto.	
11 a	alternativas y autocorrecciones ante problemas más complejos.		El niño tiene capacidad para monitorear y regular las acciones. Se llega a la madurez de las funciones atencionales. Hay un incremento de la impulsividad por periodos breves.	
12 a		Se produce un desarrollo acelerado del establecimiento de objetivos. Hay un incremento de la habilidad para usar estrategias para resolver problemas. La planificación compleja está cerca de la madurez. Pueden mostrarse niveles de planificación y mantenimiento de los objetivos similares a los de un adulto.		
Adolescencia	Relativa madurez de la flexibilidad cognitiva. Flexibilidad para alternar entre las demandas del ambiente y las propias. Iniciativa	Habilidades más complejas de planificación y organización. Continúa mejorando el desarrollo de estrategias más complejas y	Hay algunos errores perseverativos, y un incremento significativo de la MT.	Fluencia verbal adulta. Incremento continuo en eficacia y velocidad de procesamiento hasta niveles adultos. A partir de los 15 años, hay mínimos incrementos en

	para realizar conductas provechosas.	multidimensionales. Continúa mejorando la toma de decisiones, la selección de objetivos y la capacidad para cumplirlos.		velocidad de procesamiento.
--	--------------------------------------	---	--	-----------------------------

Cabe considerar que, en la adolescencia, se produce la “segunda poda neuronal”, este mecanismo neurofisiológico que permite reforzar las conexiones sinápticas que han sido utilizadas, al mismo tiempo hace que se pierdan las menos utilizadas; esto determina la madurez de las funciones con la mayor eficacia de procesamiento.

Sin embargo, esto genera que en la adolescencia las FE parezcan menos eficaces. En los niños que presentan TEA, estos cambios traen como consecuencia ciertas crisis conductuales y en muchos casos la pérdida de aprendizajes que habían sido adquiridos previamente en las terapias.

Las FE en el autismo

El déficit de las FE es una de las teorías que explica el TEA. En estos niños el nivel de las FE suele estar más ligado con el nivel cognitivo general (inteligencia) y de lenguaje del niño. Ahora bien, veamos cómo cada dominio se comporta en los niños que presentan TEA.

Flexibilidad cognitiva

Este proceso cognitivo se caracteriza por la capacidad de flexibilizar una conducta y la habilidad de escoger una estrategia más eficaz comparada con la que está siendo utilizada en ese momento para la resolución de la situación teniendo en cuenta los cambios del ambiente.

Las fallas en este proceso se asocian al daño en el circuito frontal dorsolateral. Cuando este proceso falla, el resultado es la presencia de conductas perseverativas.

Planificación

Implica la identificación y organización de pasos a seguir para realizar una tarea o cumplir un objetivo.

Algunos estudios muestran que los niños con TEA manifiestan ciertas dificultades al momento de planificar, las hipótesis sugieren que este resultado es debido a la falta de flexibilidad ya sea para llevar a delante la elaboración de pasos para alcanzar un objetivo como así también, la imposibilidad de generar nuevas estrategias de resolución.

Sin embargo, con relación a las tareas cotidianas en las que se pone en juego la propia motivación, los niños que presentan TEA suelen manifestar una adecuada planificación de los pasos que los llevará al cumplimiento de sus deseos.

Razonamiento y transferencia conceptual

Si consideramos el razonamiento abstracto, los niños con TEA suelen ser literales en su pensamiento y muestran dificultades para transferir conceptos a otras situaciones o generalizar. Sus ideas son concretas, los detalles mantienen su focalización y manifiestan escasa comprensión y aprovechamiento de la información dadas por otros o por las reglas impuestas.

Sin embargo, son buenos sistematizadores, es decir son buenos clasificando, ordenando, repitiendo acciones y encontrando patrones. Esta cualidad es una fortaleza y una herramienta útil que debemos considerar al momento de llevar adelante los aprendizajes.

Memoria de trabajo

En numerosos estudios se ha llegado a la conclusión que los niños que presentan TEA no muestran dificultades en las tareas de amplitud directa (retención de dígitos de forma directa, por ejemplo), sin embargo, los resultados son diferentes en tareas de amplitud inversa (por ejemplo, aquellas donde tienen que repetir una secuencia al revés) y en MT.

En relación con la MT, en la práctica puede observarse cierta disminución de su rendimiento en aquellas tareas que requieren un número mayor de procesamiento de información, por ejemplo, cuando necesitan procesar simultáneamente aspectos fonológicos, semánticos y sintácticos del discurso, sumado a la disminución de la atención que presentan frente a los estímulos verbales.

Fluencia

La fluencia implica la habilidad de generar la mayor cantidad de respuestas diferentes posibles ante una consigna. En este aspecto los estudios demuestran una menor variedad de respuestas y mayor número de repeticiones de las respuestas ya enunciadas.

Control inhibitorio

Se refiere a la habilidad de atender a un estímulo relevante a una tarea, mientras se inhibe la atención y/o respuestas a estímulos irrelevantes.

Los estudios han demostrado que las dificultades se dan cuando la regla que hay que seguir es arbitraria y requiere además una codificación verbal de la información.

Para finalizar este apartado es importante destacar que las situaciones estructuradas y estandarizadas en las que se realizan las tareas de evaluación de las FE, no coincide con lo que sucede en la vida cotidiana. La demanda en estas ocasiones es mayor y más compleja. Y generalmente, en ellas surgen factores ligados al control emocional y las competencias sociales.

Lenguaje y comunicación

Comunicar es el acto de transmitir una idea, sentimiento o necesidad, a un semejante. Si bien parece una definición sencilla, muchos son los mecanismos necesarios para que esta tarea se lleve a cabo.

La herramienta más evolucionada que tiene la comunicación es el lenguaje oral, pero antes de lograr esta función, existen numerosos procesos previos que es necesario desarrollar.

¿Cómo se desarrolla la comunicación?

El avance de la comunicación acontece desde etapas muy tempranas y está vinculado con el desarrollo de aspectos emocionales. Cuando un niño de 3 meses mira y sonríe al adulto que le sonríe, estamos frente a uno de los primeros indicios involucrados en la comunicación y es un predictor fundamental en el mecanismo de atención conjunta (compartir la atención con otros). Para poder desarrollar este proceso es preciso mirar y ser mirado por un adulto responsable de dar significación al intercambio.

Predictores de la comunicación

Un niño de desarrollo típico, a los 12-18 meses puede comenzar a decir sus primeras palabras. Sin embargo, sus habilidades de comunicación comienzan a activarse antes de la aparición del habla; están presentes desde estadios muy tempranos del desarrollo, y dependen de la emergencia y combinación de diferentes destrezas para poder desplegarse de modo apropiado.

Estas destrezas son:

Contacto visual

Edad	Características
1 m	Al final del primer mes el niño logra el contacto visual.
3 m	El niño logra hacer seguimiento horizontal (un lado y el otro), vertical (de arriba abajo) y de convergencia ("hacia adentro", fijan los ojos cuando toman la mamadera).
4 m	Los ojos deben mantenerse alineados, dar una idea de profundidad, y realizar movimientos en todas direcciones.
6 m	El niño distingue los colores vivos (rojo y verde). Distingue una cara de un dibujo. El color de los ojos está definido. Los movimientos de los ojos están totalmente desarrollados.

Cabe destacar que son síntomas de alarma para los padres o pediatras si el niño a los 3 meses no logra mantener el contacto visual; y si a los 6 meses desvía los ojos hacia adentro o hacia afuera.

Atención conjunta

Esta habilidad es un predictor fundamental en el desarrollo posterior de la teoría de la mente. Es conocida como una habilidad triádica, ya se trata de compartir la atención con otra persona sobre un determinado objeto o evento, utilizando el contacto visual.

Gestos

Desde estadios muy tempranos de la vida de un niño, el uso de gestos protoimperativos (donde el fin es solo pedir) suele ser uno de los recursos activos con los que cuenta para satisfacer sus necesidades; pasando luego a los gestos protodeclarativos (donde el fin es compartir con otros la atención: como saludar, llamar, festejar).

En los niños con TEA, los gestos son un recurso de enorme valor, ya que su carácter visual y repetitivo, suele acompañar de manera segura a la palabra. El hecho de combinar los gestos con la palabra les da la posibilidad de retener y recibir por dos modalidades sensoriales (visual y auditiva) informaciones que antes solo recibían por el canal auditivo. De esta manera se ve favorecida la comprensión de los mensajes orales.

¿Cómo se desarrolla el lenguaje verbal?

La construcción del código

El lenguaje oral se compone de tres grandes bloques: el contenido, la forma y el uso social (pragmática). El contenido y la forma hacen referencia a la construcción del contenido, el acopio de la información (semántica), la organización de las estructuras (gramática) y a la selección y secuenciación de los sonidos componentes de las palabras (fonología). La correcta combinación y uso de estos planos garantizan una comprensión y expresión verbal adecuada.

Existen señales que ponen de manifiesto dificultades en la recepción, entre ellas encontramos:

- dificultad para responder a órdenes simples, aunque manifieste buena disposición e interés frente al intercambio;
- desconciertos frente al vocabulario recibido;
- restricciones en la comprensión de estructuras verbales complejas como las frases reversibles “El chico corre al perro” frente a “El perro corre al chico”; o en aquellas donde hay pautas temporales que alteran el orden de la información, como por ejemplo “Dame la cuchara, pero antes tráeme el vaso”. Esta orden suele ser sumamente compleja porque la acción a realizar es inversa a la forma en la que se expresa.

En cuanto a las alteraciones en la expresión encontramos:

- las ausencias o vacíos en la búsqueda de rótulos verbales;
- incapacidad o dificultad de reconocer o recordar los nombres de las cosas;
- el uso de rodeos para acceder a las palabras; y
- la presencia de retraso o desvío en los procesos de selección y secuenciación

de los sonidos componentes de las palabras, originados en fallas de la construcción mental de estas y no en defectos articulatorios. Estos niños en la repetición pueden decir los términos solicitados de modo ajustado, pero en la producción espontánea agregan sonidos, los cambian por otros, o reducen la cantidad de sílabas. Otra situación se plantea con niños con escasa fluencia verbal donde la repetición es igual a la producción espontánea; por ejemplo, aquellos niños con grandes restricciones en la producción de palabras y sistemáticamente usan un único sonido o una sílaba para nombrar determinada palabra. En este caso suele inferirse la prevalencia del componente dispráxico.

El desarrollo de la comprensión

El desarrollo de la comprensión del lenguaje es un proceso lento y complejo que depende de diversos factores. En un principio, todo aquello que percibimos con nuestros oídos está vinculado a situaciones, personas u objetos; y requiere de una asociación con referentes, la carencia de estos referentes lleva a una incompreensión y a la utilización de recursos como la ecolalia.

Este camino de construcción supone diferentes niveles:

- Nivel lexical.
- Nivel morfosintáctico.
- Nivel discursivo.
- Nivel inferencial.

Nivel lexical

Este nivel supone asociar palabras aisladas con su referente, si bien uno podría decir que ese camino es sencillo, llegar a esto es laborioso y complejo.

El procesamiento lexical supone los siguientes pasos:

- a) Cuando uno escucha una palabra el sistema de procesamiento realiza el primer monitoreo denominado *análisis auditivo*, consiste en examinar las propiedades acústicas de los sonidos, cotejando si esos sonidos forman parte de los sonidos habituales del alfabeto.
- b) El siguiente paso, denominado *léxico-auditivo*, se identifica la palabra recibida como perteneciente o no al idioma, es decir, existe un reconocimiento superficial de la palabra. Así por ejemplo es cuando sabemos que la palabra “casa” corresponde al español, pero no la palabra “tolibe”.
- c) Luego se accede al *sistema semántico*, que posee un acceso multimodal ya que accede por la audición, pero también por la vista, el tacto, el olfato y el gusto.

Este sistema actúa como concentrador de significados. Cuando uno piensa en la palabra “auto”, puede llegar a su significación por medio del rótulo verbal, de la imagen, del sonido que hace al andar, del olor que desprende en funcionamiento, etc.

Hasta aquí el proceso corresponde al ingreso de la información lexical, de afuera hacia adentro.

La expresión del lenguaje hace un recorrido inverso. De adentro hacia afuera. El inicio se produce en el *sistema semántico*, porque para decir algo, primero debe pensarlo, activar el significado, para luego pasar al *sistema léxico fonológico*.

- d) En el nivel *léxico fonológico*, se busca la etiqueta verbal que representa la imagen activada en el sistema semántico.
- e) Cuando esta etiqueta es encontrada, se activa el *almacén de fonemas* de dicha etiqueta. Cuando estos sonidos son hallados, son retenidos por el bucle fonológico (memoria verbal inmediata), por pocos milisegundos.
- f) Mientras tanto se comienzan a ejecutar los movimientos necesarios en los órganos fonoarticulatorios para *emitir la palabra*.

Esta es la vía semántica, porque existe la activación del significado. Pero existe además una segunda vía, denominada asemántica, donde no es necesario acceder al significado.

En esta vía los pasos son los siguientes:

- a) La palabra escuchada, es procesada mediante el primer monitoreo del *análisis auditivo*.
- b) Luego se realiza la conexión directamente con el *almacén de fonemas*.

c) Y a partir de este se pone en funcionamiento la ejecución de los movimientos de los órganos fonarticulatorios para expresar la palabra.

Cuando es activada esta vía, se puede realizar la repetición de palabras de significado desconocido y de pseudopalabras; no existe activación del sistema semántico. Si bien mediante esta explicación se puede comprender el proceso de ingreso y egreso lexical; el lenguaje es una función mucho más compleja, donde juega un papel esencial la gramática.

Nivel morfosintáctico u oracional

Para darle sentido a una frase es necesaria la combinación de dos tipos de palabras; las de fuerte contenido o imaginabilidad (sustantivos y verbos), y las funcionales (aquellas que no tienen ninguna representación mental y que para cobrar valor requieren estar incluidas en un contexto oracional).

El armado de la frase supone:

1. Planificación del mensaje: en primer lugar, se activa el sistema semántico.
2. Construcción de la estructura: luego se elige la estructura y el orden de las palabras dentro de la frase.
3. Completamiento de la estructura con las palabras de contenido, para lo cual es necesaria la activación del nivel léxico-fonológico.

Para el desarrollo del nivel morfosintáctico, entonces, es necesario activar el nivel léxico, conocer las reglas gramaticales correspondientes a la lengua y estimular la memoria operativa. Los rasgos prosódicos y paralingüísticos (expresión gestual de las emociones y del contenido semántico de los mensajes) ayudan al oyente a segmentar sintácticamente los enunciados.

Nivel discursivo

Luego de la comprensión del discurso; el oyente, elabora proposiciones que no están aisladas, sino que forman una estructura caracterizada por su *coherencia local*, que constituye la *microestructura*.

La *coherencia* de un relato se establece a partir de la *repetición de los argumentos*.

La *macroestructura* tiene que ver con la construcción de inferencias.

Quien escucha aplica tres macrorreglas:

- *Supresión* de la información irrelevante.

- *Generalización* o búsqueda de una expresión u oración que contenga información de otras oraciones.

- *Integración* o construcción de proposiciones nuevas.

Nivel inferencial

Inferir significa poder comprender más allá de lo que dice la microestructura. La inferencia funciona en dos sentidos: *hacia atrás*, cuando es preciso relacionar lo escuchado con algo oído con anterioridad, y *hacia delante* cuando a partir de lo escuchado es posible predecir lo que ocurrirá.

Algunas de las causas que generan problemas comprensivos son: desconocimiento léxico, falta de atención a los mensajes, problemas de procesamiento auditivo, problemas de extracción del significado que se transmite a través de la estructura sintáctica, limitaciones en la memoria y falta de capacidad inferencial (Mendoza, 2001).

El papel de la coherencia central

La coherencia central es una característica del procesamiento de la información que permite integrar la información diversa del contexto para elaborar representaciones significativas globales; proporciona la coherencia perceptiva y conceptual en dominios tanto verbales como visuales (Crespo- Eguilaz y Narbona, 2011).

Las informaciones visuales se elaboran en dos sistemas de integración después de alcanzar el lóbulo occipital: el sistema occipitoparietal (vía del dónde, identifica las relaciones espaciales y el movimiento de los objetos) y el occipitotemporal (vía del qué, reconoce los objetos mediante el acceso a la memoria semántica). El reconocimiento de una imagen visual necesita de la interacción entre las dos vías visuales y de la confrontación con la memoria semántica, en la que intervienen el lóbulo frontal y el sistema hipocampotalamocortical.

Teniendo en cuenta esta teoría, las personas con autismo tienen ventajas significativas en aquellas tareas en las que es útil un procesamiento preferente de las partes sobre el todo, pero manifiestan desventajas en las que requieren una interpretación de los elementos individuales en función del contexto y del significado global. Por ejemplo, en el procesamiento de caras, no tienen dificultades para procesar rasgos faciales, pero sí para reconocer la expresión emocional, porque en este caso es necesario un procesamiento global de los rasgos.

La coherencia central permite identificar lo principal de una historia, captar con facilidad lo relevante de lo superfluo en una situación, registrar el sentido de palabras ambiguas según el contexto, etc. En consecuencia, tener una coherencia central débil significa poseer un estilo cognitivo que tiende al procesamiento de detalles y que muestra dificultad para integrar la información en un todo coherente. Esta debilidad está relacionada con las alteraciones en algunas funciones ejecutivas, por ejemplo, la inhibición de respuestas incorrectas en función del contexto.

La expresión del lenguaje

En general, la expresión del lenguaje en un sujeto suele responder a las habilidades relacionadas con su comprensión, salvo en aquellos casos en que la persona presente una apraxia verbal pura. Este proceso de expresión, como ya se mencionó, va de adentro hacia afuera. El primer escalón corresponde a la ideación, es decir, a pensar en aquello que se va a transmitir. Al mismo tiempo, esta ideación, encuentra su motor en el interés relativo a algo o alguien. En algunas ocasiones, la idea puede ser confusa, por razones relativas a fallos en la conexión y/o en la comprensión verbal.

El siguiente paso corresponde a la necesidad de encontrar una etiqueta verbal para nombrar el objeto; en este nivel es necesario contar con un almacén mental en el que se depositen esos rótulos verbales aptos de ser evocados. Las etiquetas verbales no se consiguen como listas de términos agrupados por temas, sino en contextos comunicativos en donde aparecen esas palabras de manera que luego puedan ser utilizadas funcionalmente para darle significación y asegurar su aprendizaje.

Alteraciones en el desarrollo del lenguaje en el autismo

Una de las particularidades en los niños que presentan TEA, es el característico retraso en la adquisición del lenguaje.

Los niños que muestran un desarrollo típico emiten sus primeras palabras e indican comprender algunos vocablos y frases simples entre los 12 y los 15 meses de edad; y hasta los 18 meses, el crecimiento del léxico comprensivo-expresivo es gradual. Hacia los 24 meses los niños son capaces de combinar dos palabras en una frase telegráfica. Es en esta etapa donde se inicia el desarrollo de la conversación; el niño aprende a reconocer la obligación conversacional de

responder al habla con habla. Aparecen las preguntas rutinarias como: “¿Dónde está la muñeca?”, “¿Qué es esto?”, “¿Cómo hace el perro?”.

Generalmente, cuando los padres realizan una consulta hacia los dos años de vida del niño se debe a la ausencia del lenguaje. En los niños con TEA, la adquisición de las primeras palabras se encuentra demorada, lo mismo ocurre en el proceso de construcción de frases.

Se observan características similares en la producción de lenguaje de niños con TEA, como el uso de la segunda persona del plural, la existencia de ecolalias, que pueden ocurrir de manera directa, diferida o diferida apoyada en términos extraídos de la televisión o de películas. Ciertas investigaciones mencionan que, en algunas ocasiones la ecolalia puede constituirse en una función comunicativa, y en otras, surge como un recurso para autodirigir la propia conducta. En la medida en que aumentan las habilidades comunicativas, decrecen las ecolalias.

Dificultades en la habilidad social de comunicar

Caracterización de los trastornos pragmáticos

Una de las características más observadas de los niños con TEA que han desarrollado apropiadamente el lenguaje, es la presencia de desajustes pragmáticos; es decir, la incapacidad para modificar el código lingüístico en función de las circunstancias sociales.

Aquellos niños que presentan un desarrollo típico, cuando se encuentran en edad escolar y participan en una conversación, conocen los intereses e intenciones de su interlocutor, al igual que las convenciones sociales que determinan qué decir, cómo hacerlo y cómo escuchar con atención. Los niños con TEA pueden presentar la prosodia, y en particular, el tono de voz, extraños. Ocasionalmente, la fluidez es demasiado rápida y es posible que la conversación se vea alterada, porque el sujeto puede estar pensando qué decir en voz alta o hacer cambios de tema que resultan ilógicos. Bishop y Norbury (2005) mencionan como puntos esenciales la escasa flexibilidad en los temas y la dificultad para generar ideas congruentes. Los niños que presentan alteraciones de tipo pragmático exhiben fallas en la capacidad para analizar la información auditiva conjugada con el contexto y los datos paraverbales.

A continuación, se presentan conductas de desajuste pragmático en niños con TEA⁴

- 1- Dificultad para reconocer preguntas con encabezadores como qué, quién, dónde.
- 2- Problemas para identificar las diferencias de entonación.
- 3- Fallas para comprender el uso de pronombres personales.
- 4- Escaso manejo de la información; hablan de más, brindando información irrelevante, o hablan menos de lo necesario, con lo cual no dan la información suficiente para comunicar sus ideas.
- 5- Alteraciones en el uso de pronombres.
- 6- Confusiones frecuentes entre términos mentalistas, es decir, que se refieren a sensaciones o a características de personas y objetos, como “se parece a”, “cree que”.
- 7- Dificultad en el uso de términos relacionados con el espacio y con el tiempo.
- 8- Preferencia por el uso de términos sofisticados (palabras complejas e inusuales), a palabras más comunes pero polisémicas (es decir, aquellas que poseen más de un significado y cuyo sentido se puede determinar solo en contexto), ya que según Bishop (2000), resulta más simple adquirir un término complejo de baja frecuencia, pero de utilización inequívoca que comprender en qué sentido esta dicha una palabra de uso corriente.
- 9- Limitación en el uso de funciones del lenguaje, se limita al uso instrumental (pedir), regulador (mandar), con muy poca o casi nula producción de relatos espontáneos o de producciones relativas a estados mentales internos.
- 10-Restricciones en los temas de conversación.
- 11-Dificultad de ajuste a las normas del contexto social; en grupo, suelen no tener en cuenta el aporte de los demás y repiten sistemáticamente la misma información.
- 12-Escaso respeto a las reglas de la conversación; en este caso, los síntomas se relacionan con el hecho de no saber utilizar las fórmulas que sirven para

⁴ Información extraída del libro “Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista”. Grañana, N (Comp). (2014). Ediciones Paidós

pedir la palabra. Suelen pasar de un tema a otro sin avisar y sin utilizar fórmulas de transición.

- 13-Dificultad para reparar malentendidos; no consiguen reformular o completar un enunciado que no haya sido comprendido por el interlocutor. Tienden a repetirlo textualmente.
- 14-Alteraciones de la prosodia; pueden mostrar intensidad excesivamente fuerte o débil, o monotonía y falta de entonación expresiva en las palabras relevantes. La prosodia suena artificial, amanerada o como si imitaran voces.
- 15-Respuestas inadecuadas a preguntas; resulta frecuente el uso de ecolalias y la presencia de perseveraciones, es decir, vuelven a dar las respuestas que ya habían dado.
- 16-Alteraciones de la expresión no verbal, suele ser pobre; presentan contacto ocular insuficiente o inadecuado, expresividad facial reducida o no adecuada; es decir que el lenguaje corporal y/o facial suelen no acompañar a la palabra.

Habilidades sociales

¿Qué son las habilidades sociales?

Los seres humanos somos esencialmente sociales, a medida que crecemos nos vamos convirtiendo en expertos en relacionarnos con otros: desde una mirada directa a los ojos, mediante la interpretación de emociones y manifestaciones gestuales, hasta el momento donde nos iniciamos en la creación de lazos vinculares que nos van a permitir entablar, por ejemplo, una amistad e incluso tener la posibilidad de resolver conflictos. Este proceso requiere tanto de nuestra predisposición biológica como así también de la presencia de un otro. Estas capacidades específicas que nos permiten llevar delante de manera competente una tarea interpersonal son conocidas con el nombre de "Habilidades Sociales". Algunos ejemplos: tomar decisiones, tener en cuenta diferentes puntos de vista, resolver conflictos, detectar las propias emociones y la de los otros, y responder al contexto social logrando lo que uno quiere sin dañar al otro. Para ser hábil en el uso de estas conductas es necesario saber **QUE** decir, **A QUIEN**, **COMO**, **DONDE** y **CUANDO** decirlo.

En este sentido se vuelve indispensable el desarrollo de la flexibilidad comportamental, es decir de la habilidad para cambiar de manera rápida nuestro comportamiento adecuándolo al cambio del ambiente. Este proceso requiere de conciencia social.

Se distinguen las habilidades sociales básicas y las habilidades sociales avanzadas. Habilidades sociales básicas son:

- Saber escuchar.
- Iniciar y mantener conversaciones.
- Hacer preguntas.
- Dar las gracias.
- Presentarte y presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

Habilidades sociales avanzadas son:

- Empatía o la capacidad de ponerte en el lugar de la otra persona.
- Disculparte
- Pedir ayuda.
- Participar
- Dar instrucciones o seguir instrucciones.
- Afrontar críticas
- Convencer a los demás.
- Dar tu opinión sobre lo que piensas al respecto de algo.

A las habilidades sociales avanzadas podemos añadir:

- Habilidades afectivas, como conocer nuestros propios sentimientos y de los demás, enfrentarnos con el enfado de otros, animar a otra persona, etc.

- Habilidades alternativas a la agresión, como compartir algo, negociar, autocontrol emocional, defender nuestros derechos, evitar peleas, etc.

- Habilidades para hacer frente al estrés, como saber responder y formular una queja, enfrentarse a opiniones contradictorias, hacer frente a las presiones del grupo, etc.

Hay que tener en cuenta que es necesario aprender primero las habilidades sociales básicas, antes de desarrollar las avanzadas. En las habilidades avanzadas es importante nuestra autoestima, el asertividad, la inteligencia emocional y la empatía.

¿Cómo se desarrollan las habilidades sociales?

Las habilidades sociales, no se trata sólo de “hacer” o “tener amigos”, sino que son necesarias las competencias emocionales. Para poder avanzar sobre el reconocimiento de las emociones es necesario tener autoconciencia, es decir, poder identificarlas en uno mismo para poder verlas en los demás. Las emociones podemos visualizarlas mediante la conducta. Por tal motivo, las conductas emocionales son pilares del desarrollo, no solo de las habilidades sociales sino también de los aprendizajes y del lenguaje. Tener la capacidad de estar regulado, tranquilo, atento a sí mismo, en contacto con el mundo que lo rodea, es previo al desarrollo de la capacidad de resolver problemas sociales. Durante la escolaridad se le propone al niño tomar decisiones, practicar el respeto por la toma de turnos, buscar diferentes estrategias para resolver los conflictos, ponerse en el lugar del otro, en simultaneo con la adquisición de los aprendizajes académicos. El niño ira ejercitando estas habilidades consigo mismo, con un par y con un grupo; luego como adulto podrá desarrollar la capacidad para tener vínculos estables y ser miembro activo en una comunidad. Como vemos, las habilidades sociales, la teoría de la mente y el desarrollo emocional, van de la mano.

En las primeras etapas de vida, un bebe tiene dos desafíos que se dan de manera simultánea: por un lado, lograr sentirse tranquilos y equilibrados; y por el otro, utilizar todos sus sentidos para explorar el mundo. Según Greenspan, en su teoría de desarrollo emocional (Greenspan, 1985), esta capacidad de organizar las sensaciones, constituyen una primera fase, que da paso a una segunda etapa donde logra la capacidad de desarrollar un interés por el mundo de los humanos donde descubrirá sonrisas y gestos. Este afecto coincide con las primeras etapas del desarrollo de la teoría de la mente (cuando se adquiere la habilidad de mirar al otro a los ojos).

Cuando el bebé comienza a dialogar (entre los 3 y 10 meses), aparece la tercera etapa. ya no sonríe indiscriminadamente sino como respuesta a la sonrisa de sus padres, comienza a ver como el mundo se trata de causa-efecto. Hacia los 10-12 meses el niño aprende a vincular cada una de las pequeñas sensaciones y la conducta social correspondiente con pautas más complejas y organizadas. Hacia los 14-15 meses el niño organiza una compleja pauta social y conductual que

comprende sus deseos; por ejemplo: ya no llora para pedir algo, sino que se hace entender. Además, comprende que los objetos tienen funciones, por ejemplo, toma un cepillo y se peina.

El mundo simbólico aparece, inicia interacciones comunicativas acompañadas con gestos de forma intencional.

En la cuarta etapa, se inicia en la resolución de problemas de manera conjunta, se complejizan las emociones y el lenguaje se vuelve dominante. Los logros aquí adquiridos son claves en el incremento de las capacidades socioemocionales. Aquellos niños que no puedan responder por ejemplo a las expresiones faciales, gestos o posturas, tendrán dificultades para saber qué hacer y cuándo hacerlo.

En la quinta etapa, de 18 a 36 meses, el niño es capaz de formar una imagen mental, física o emocional, adquiere la habilidad de crear ideas. Es el momento de utilizar símbolos para crear un estado interno de seguridad y para pensar en su mundo interior y su entorno.

En la sexta etapa, entre los 30 y los 48 meses, descubre la relación causa-efecto aplicada a las emociones. Se da cuenta que sus conductas o sentimientos pueden llevar a castigos o enojos por parte de sus padres. Comienza la construcción de una futura conciencia moral.

¿Qué sucede con las habilidades sociales en el espectro autista?

Teniendo en cuenta lo revisado en los apartados anteriores, concluimos que los niños que presentan TEA muestran dificultades para entender el comportamiento social adecuado. Es decir, no comprenden las reglas implícitas de la conducta social. Por lo general presentan dificultades en aprendizaje incidental, secundario; no son capaces de tomar pistas del ambiente. Por lo general, sus aprendizajes sociales muchas veces son rígidos y no son completamente comprendidos.

Algunos sujetos son eficaces en interacciones simples y rutinarias, pero no pueden extender esta interacción de manera significativa. Entablar una conversación puede significar hablar sobre su tema de interés propio sin tener en cuenta al otro.

En primer lugar, para saber qué decir y cómo decir algo a alguien sin dañarlo y logrando lo que uno quiere, es necesario hacer un análisis contextual de la situación. Poder predecir lo que el otro piensa y siente. Es necesario manejar la teoría de la mente, es decir otorgarle al otro pensamientos y sentimientos, diferentes a los de

uno mismo. Los sujetos con TEA tienen dificultades en esta área por lo que hay que trabajar este aspecto en primer lugar para que sean más competentes en el área de las habilidades sociales. Se trata de ofrecerles códigos de conducta para situaciones concretas, es decir, hacer explícitos los aspectos sociales que un niño con TEA no es capaz de interpretar sin ayuda. Lo más importante para explicar las normas sociales es dejarles claro lo que sí tienen que hacer y lo que no, el por qué y las consecuencias.

Por otra parte, también es importante para el desarrollo de estas habilidades hacer un buen uso de las funciones ejecutivas. Esto es, poder atender a los signos del ambiente y de los sujetos con los que se interactúa, planificar la acción, poder resolver posibles problemas que se presenten y ser flexible para buscar más de una solución evaluando las consecuencias de cada una.

En resumen, el trabajo en teoría de la mente y funciones ejecutivas es indispensable para el desarrollo de las habilidades sociales.

Capítulo II: Arteterapia

¿Qué entendemos por arteterapia?

Con el fin de acercarnos a una posible respuesta, comenzaremos definiendo las palabras Arte y Terapia. Tomando como referente la Real Academia Española (RAE), se entiende como:

- **Arte**, la “manifestación de la actividad humana mediante la cual se interpreta lo real o se plasma lo imaginario con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros”; y,
- **Terapia**, el “tratamiento”.

Continuaremos con un breve recorrido (Amanda López Molina, 2003), de las concepciones que distintos autores han realizado sobre el Arteterapia. Veamos tres de ellas:

- T. Dellay (1984) afirma que la terapia artística es la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéutico de tratamiento y que la esencia de la terapia artística reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo.

- M. Naumburg (1958) expone que el proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras.

- Según Ullman (1961) los procedimientos terapéuticos están diseñados para ayudar a que se produzcan cambios favorables en la personalidad o en la forma de vivir, que permanezcan después que haya acabado la sesión misma.

La Asociación Americana de Arteterapia, expresa que el Arteterapia proporciona la oportunidad de expresión y comunicación no verbal, para solucionar conflictos emocionales como así también para fomentar la autoconciencia y desarrollo personal. Se trata de utilizar el arte como vehículo para la psicoterapia, ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interior y exterior. (AATA 2013).

Finalmente, tomando como referencia lo mencionado con anterioridad, podríamos definir el término **Arteterapia** como: “el conjunto de prácticas terapéuticas mediadas por diversas modalidades expresivo-creativas o por la aplicación integrada de varias de ellas”. Desde esta mirada, estaríamos hablando de un modo de intervención que utiliza los medios expresivos de manera holística y coordinada; es decir que promueve un carácter interdisciplinario en el tratamiento de un paciente.

A través de métodos integradores, el Arteterapia involucra la mente, el cuerpo y el espíritu. Lo cinestésico, sensorial, perceptual y simbólico, son oportunidades que invitan a modos alternativos de comunicación receptiva y expresiva, que pueden eludir las limitaciones del lenguaje.

En Arteterapia se utilizan diferentes medios artísticos (papel, rotuladores, lápices de colores, material para collages, música, materiales convencionales y no convencionales...) para ayudar a las personas a expresar sus pensamientos, sentimientos y experiencias. De este modo, esta disciplina se convierte en una modalidad de elección para ayudar a niños y adultos que tienen dificultades para verbalizar sus sentimientos y reconocerlos, debido a su edad, grado de desarrollo, falta de confianza, miedo a reconocer lo desconocido o por padecer alguna enfermedad mental o trastorno. Teniendo en cuenta estas consideraciones, este modo de intervención es sumamente favorable para mejorar las habilidades sociales, aumentar la confianza al expresarse de modo gráfico y verbal, ayudar a expresar e integrar las emociones o disminuir la ansiedad, entre otras cosas. A través de estas experiencias, el Arteterapia se revela como un procedimiento sugerente y útil para mejorar la calidad de vida de estos niños y adultos.

Como vemos, el concepto de **Arteterapia** es amplio y acoge a múltiples interpretaciones y enfoques según el marco terapéutico desde el que se aplica. Es por ello, que se puede considerar desde aproximaciones terapéuticas, con una finalidad educativa, desde el conductismo y cognitivismo, desde la terapia ocupacional, la psicoterapia sistémica y la analítica por el arte, la psicoterapia humanística y la Gestalt. (Cabe aclarar que, en el marco escolar, el Arteterapia no se aplica como un tratamiento, tal como se lo entiende en el sistema de salud, sino como herramienta de desarrollo personal).

Ahora bien, la efectividad del Arteterapia como una modalidad de tratamiento está bien documentada en la literatura profesional, pero la mayoría de los trabajos que avalan esta efectividad emplean una metodología cualitativa de estudios de caso, mientras que solamente se han publicado algunos trabajos con metodología cuantitativa que pongan de manifiesto que el proceso terapéutico y educativo permite un cambio actitudinal y comportamental en los sujetos (Saunders y Saunders, 2000).

El paciente que forma parte de una intervención interdisciplinaria, en la que se emplea el Arteterapia, no necesita contar con aptitudes artísticas para beneficiarse

de esta modalidad de tratamiento; además, se puede ofrecer como única modalidad de tratamiento o en conjunción con otras intervenciones terapéuticas, desde un ámbito individual como así también desde una propuesta grupal.

Mediante este tipo de intervención, se pretende ayudar a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de un modo satisfactorio.

En Arteterapia lo importante no es conseguir un producto estético final sino ayudar al individuo a reflexionar sobre sí mismo. Las imágenes y objetos artísticos, creados en un entorno seguro y en presencia del arteterapeuta posibilitan la contención, expresión, exploración de emociones y resolución de emociones conflictivas.

La modalidad de tratamiento es muy diversa y variará en función del sujeto y de las características de este. No podemos hablar de sesiones preestablecidas y rigurosas, sino que deberán adaptarse a las necesidades específicas de cada sujeto tomando en consideración sus características, limitaciones y peculiaridades, sin olvidar el entorno que lo rodea. Uno de los elementos a considerar en la planificación, es el encuadre de las sesiones. Un encuadre claro hará posible:

- La contención y la elaboración de ansiedades y de sentimientos poderosos.
- El desarrollo de un proceso artístico.
- El desarrollo de una relación significativa (arteterapeuta-paciente-objeto).
- La exploración e interpretación de nuestros pensamientos.

Una sesión de Arteterapia podría verse metafóricamente como un viaje desde el hemisferio izquierdo hacia el hemisferio derecho, con una parada en el inconsciente y de vuelta al hemisferio izquierdo. Se parte de lo verbal: la demanda, el problema, el síntoma, la molestia, el tema a trabajar... y vamos hacia el interior a través de la conciencia corporal. Desde ahí se proponen múltiples dinámicas para favorecer la expresión, la transformación, la re-creación. A través de los lenguajes expresivos y de la conexión con nuestra faceta creadora, se da un proceso de transformación y simbolización que hace que cada persona elabore sus propias creaciones y resuelva, a su ritmo y manera, los temas que trabaja en las sesiones. Y este es el punto más importante: el proceso, donde la persona está conectada con su capacidad creadora y, a través, de los materiales (pintura, gesto, voz, movimiento, foto, escenas, etc) está procesando lo que puede y necesita, sin que

tenga importancia el valor estético de los resultados. Este proceso es lo que se vuelve a compartir con el hemisferio izquierdo, el que nos ayuda a entender y organizar el mundo, la persona que está en sesión pone entonces palabras a su propia vivencia y de esta manera va encontrando el camino, sus propias respuestas.

En definitiva, el **Arteterapia** puede ser dirigido a múltiples colectivos, desde niños a ancianos, a personas con diferentes patologías o personas que hayan padecido situaciones traumáticas. Así mismo, se puede llevar a cabo en diferentes ámbitos, desde instituciones públicas como colegios, hospitales o centros cívicos hasta instituciones privadas como organizaciones no gubernamentales y podrá realizar como terapia individual o en grupos.

Artes que intervienen en la terapia

Dentro de las expresiones artísticas que se utilizan en esta disciplina encontramos la música, la escritura, la plástica, el teatro y la danza; teniendo en cuenta la situación terapéutica. Es importante saber que, si bien este tipo de intervención es útil a cualquier edad, lo importante es que el paciente al iniciarla tenga voluntad para emprender su proceso artístico.

Veamos las diferentes expresiones artísticas:

- **Artes escénicas:** utilizan el movimiento del cuerpo y la actuación como forma de expresión e integración social. La danza accede a partes de la mente que la comunicación verbal no alcanza. Es posible leer todo lo que el cuerpo expresa a través de la danza. Los terapeutas deben ser capaces de traducir y analizar los movimientos que realiza el paciente en la danza. En teatro, la principal herramienta es la improvisación teatral para así “jugar” a las historias reales de la vida, así se crean personajes que se manifiestan desde el inconsciente. Juntamente con la danza y el teatro, se encuentra la expresión corporal.

- **Artes plásticas:** Utilizan materiales que pueden ser modificados o moldeados por la persona para así crear una obra. El principal objetivo del Arteterapia con estas técnicas es que el paciente siga sus impulsos de forma espontánea a través de texturas, trazos, colores o formas; ya que al dibujar o pintar, por ejemplo, se le puede dar salida a sentimientos y deseos ocultos. Dentro de las diferentes propuestas encontramos: dibujo y pintura, arcilla, collage, máscaras, fotografía, cerámica, mandalas, escultura, etc.

- **Artes musicales:** utilizan como elemento principal la música y sus elementos (el sonido, el ritmo, la melodía, la armonía). En este caso el paciente y el terapeuta tocan un instrumento o cantan. Ambos deben escucharse para que en una de las sesiones creen su propia canción o melodía. No importa si el paciente tiene o no conocimientos musicales, lo interesante es que el terapeuta reconozca la entonación y el tiempo para entender los deseos o emociones que no se expresa verbalmente.

- **Artes literarias:** utilizan como instrumento la palabra escrita, que puede ser leída o escuchada. La escritura posibilita a partir de las propias experiencias y vivencias nuevas formas para jugar con la imaginación, aparecen situaciones y compañeros imaginarios, itinerarios diversos, hasta llegar a la recreación de relatos y cuentos, en la ficción. Entre las propuestas encontramos los cuentos, poesías, y escrituras creativas.

Como se mencionó en un comienzo, esta disciplina puede darse en una propuesta interdisciplinaria teniendo en cuenta las diferentes expresiones artísticas, veamos algunos ejemplos de cómo sería esta modalidad:

- En música, comenzar por un movimiento corporal que nos lleve a la creación musical, incorporar la voz, como el instrumento musical de mayor riqueza, expresividad y penetración emocional, pasando a una creación plástica de la música, sus colores, trazos, densidades, y finalizando por poner palabras a esa música.

- En plástica, se podría iniciar con la interacción del lenguaje corporal con el lenguaje plástico, a través de los matices que nos proporcionan los materiales, la persona va descubriendo, cómo la obra nos habla, como un espejo.

- En escritura, podríamos iniciar con una propuesta corporal: la expresión corporal en un espacio simbólico conduce al sujeto a encontrar un lugar, de esa danza se pasa al dibujo de una palabra (inventada) en el espacio, y seguidamente, como parte del proceso, se puede pasar a construir un texto utilizando la palabra creada. Desde ese movimiento se encuentra el sonido y la palabra se vuelve dibujo, grafía, etc.

Intervención del arteterapeuta

La intervención del Arteterapeuta podría definirse como un acompañamiento sutil, discreto y sobrio desde una presencia activa, ajustada e intuitiva. El Arteterapeuta, está al lado de la persona, custodiándola en su proceso de creación,

sin prisas, respetando sus tiempos, interviniendo a veces más y otras menos, estando atento a lo que manifiesta, necesita y siente. Se hacen sugerencias, como tirando de un hilo, para ofrecer nuevas posibilidades y alternativas a la persona, que habla a través de sus producciones.

Cuando acompañamos, estamos con y para la otra persona. Se parte de la persona, la historia de cada uno es irrepetible, no hay dos vidas iguales, el método del Arteterapia se adapta a la persona. La práctica arteterapéutica, se ha de reinventar cada vez, constituyéndose en un proceso de investigación-acción adaptado a cada caso particular.

El Arteterapeuta busca:

- Posibilitar la evolución y la transformación de la producción, es decir, cómo pasar de la expresión a la creación.

- Propiciar el hablar desde el “él” (por ejemplo, de un personaje) de la producción: Pasar del yo (aquí y ahora), a el “él” / “ello” (en otro lugar, a través de un cuento, una historia, un dibujo, un volumen), para ello se propicia un marco que permita el poder hablar de sí mismo sin decir yo.

- La no interpretación de las producciones surgidas, así como el no juzgarlas.

- El proceso de acompañamiento a la persona y la dirección que toma ese proceso. Estar al lado de la persona, desde la forma de las producciones y la evolución de esas producciones, con una actitud ajustada, prudente, sutil, discreta y sobria. El proceso arteterapéutico trata de acompañar a la persona en su creación y ayudándole a que no se instale en el sufrimiento o en la comodidad.

- Respetar, sostener, mostrarse comprensivo, ofrecer posibilidades de evolución.

- Favorecer la aparición de la singularidad del sujeto y la diversidad en el grupo.

- Mantener un hilo entre las propuestas, dándose un proceso de una producción a otra, como un encadenamiento sucesivo de producciones.

- Favorecer la flexibilidad en las propuestas.

- El aprovechamiento de todo aquello que sucede en el marco del trabajo, las sugerencias del otro, gestionando aquello que surge como imprevisto.

- La escucha de los intereses, demandas, necesidades de la persona, del grupo.

- Propiciar un ambiente que permita a la persona que se tome su tiempo y no se precipite en la acción.

- Desarrollar el ritmo del taller: La organización y la estructuración del tiempo, un ritual de entrada, introducción, calentamiento, producción, significación, ritual de salida, recogida, cierre.

Capítulo III: Arteterapia y Autismo

¿Por qué es importante su utilización?

Teniendo en cuenta lo mencionado en los capítulos anteriores, podemos concluir que la utilización del Arteterapia en niños que presentan TEA resulta sumamente interesante y apropiado desde una perspectiva tanto social, educativa como terapéutica. Sabemos que este tipo de intervención es el encuentro entre dos proyectos, uno artístico y el otro terapéutico. Se trata de brindarles acompañamiento, de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones genere un proceso de transformación de sí mismos y les ayude a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa. Mediante este tipo de propuesta, pretendemos que los niños encuentren herramientas que les ayuden en sus actividades cotidianas para afrontar y confrontar los problemas que van surgiendo.

Las personas gozamos con el arte, disfrutamos y nos divertimos pintando, dibujando, haciendo collage, modelando arcilla, con la escultura, el arte abstracto, la fotografía, el cine, la música y la danza. Sin embargo, todas las personas no somos iguales, diferimos en gustos, aficiones e intereses; pero estas diferencias no radican en nuestra raza, cultura o patologías, sino que difieren en nuestro pensamiento. Los niños que presentan TEA tienen alteradas las funciones superiores básicas (de lenguaje, inferencia mentalista, ficción simbólica, acceso intersubjetivo, organización narrativa de la experiencia y “self” subjetivo) y como consecuencia no pueden adquirirlas por los mismos procesos que otros niños. Aunque sí pueden desarrollar, por “vías alternativas”, competencias asociativas básicas que sustituyan o compensen parcialmente los cauces típicos de desarrollo.

Cuando hablamos de niños que presentan TEA, debemos tener presente que pueden disfrutar con el arte, pueden expresar su forma de ver el mundo, de entender las formas, los colores, o incluso detalles que para ellos son importantes y para los demás imperceptibles. El arte es un lenguaje al que probablemente tengan mejor acceso que al de las palabras. Los materiales ofrecen una gran variedad de posibilidades sensoriales y para cada caso deberemos pensar cuáles son los más adecuados. Habrá casos en los que la manipulación directa de materiales sea muy difícil, pero deberemos estar atentos para reconocer la vía de acceso más activa en ese caso concreto: la visión (los colores, las formas los contrastes, los movimientos, los brillos...), el oído (los sonidos de los materiales, los golpes, rasgados, ritmos...),

el olfato (olor del barro, de la pintura, la cola...) o el tacto (las sensaciones de suavidad o dureza, aspereza, frío o calor, texturas...). Además, conocemos que los niños con TEA presentan limitaciones en el juego, pero no por ello no poseen creatividad, sino que son capaces de crear un arte diferente, un arte especial. Una de las más importantes contribuciones que se han realizado en el siglo XX, relacionado con la creatividad, es el reconocimiento de que todos somos creativos en mayor o menor medida, reconociendo la capacidad creativa como habilidad y por ello, como destreza que puede ser desarrollada. Debemos trabajar con los niños con TEA la creatividad, el dibujo y el arte de un modo guiado al principio para desarrollar paulatinamente la producción espontánea.

Numerosos trabajos vinculados al desarrollo del Arteterapia en niños con TEA coinciden en los beneficios que la actividad artística puede ofrecer con una regulación terapéutica adecuada, capacitándolos para un mejor desarrollo en cuanto a sus habilidades sociales y comunicativas. Veamos algunos de ellos:

- El medio artístico proporciona una herramienta capaz de comunicar a niveles no verbales.
- El acto de realizar cualquier actividad artística permite al individuo experimentar sensaciones físicas del movimiento y explorar el espacio de las formas representadas.
- Los procesos artísticos favorecen el desarrollo de la imaginación y capacidades de juego.
- Los procesos artísticos pueden afectar a la autoestima y calmar frustraciones ya que proporcionan oportunidades de éxito. No hay forma errónea de manipular los materiales en una actividad artística.
- Los procesos artísticos proporcionan experiencias de cambio y transformación. Es muy difícil realizar dos obras plásticas literalmente iguales.
- La presencia física de los materiales, objetos e imágenes facilita que la persona con TEA interactúe con el terapeuta de una manera menos directa de la que se puede plantear en una situación verbal.
- El uso en sí mismo de los materiales artísticos proporciona un beneficio a la persona, no necesariamente se ha de llegar a la manufactura de un producto final.
- Los materiales pueden ser explorados a través de sus cualidades sensoriales: visuales, táctiles, sonoras.

Entonces, ¿POR QUÉ utilizaríamos el Arteterapia como modalidad de intervención? por lo siguiente:

- *Terapia no verbal*: El trabajo con las diferentes expresiones artísticas, permite representar diversas experiencias simbólicas tales como sueños, fantasías e imágenes del pasado, sin tener que traducirlos a palabras; lo que suele ser una fortaleza en muchos niños con TEA.

- *Proyección*: La realización de un producto tangible, espontáneo, concreto, que no persigue un objetivo estético permite suponer que se relaciona con el mundo interno del autor, como una proyección de su experiencia de vida.

- *Catarsis*: En el proceso de expresión artística se estimula la liberación intensa de emociones. De esta manera se ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar demasiada ansiedad. En este proceso se transforman las estereotipias o comportamientos repetitivos en expresiones creativas.

- *Integración de opuestos*: En el proceso creativo se expresan polaridades del creador, lo que permitiría la integración de estas.

- *Disminución de las defensas*: El arte es un medio menos utilizado que el lenguaje y por lo tanto es menos susceptible de controlar, de esta manera salen a relucir cosas inesperadas.

- *Integración del mundo interno y externo*: El creador debe relacionar sus sentimientos e impulsos internos con las impresiones externas, de esta manera estaría ordenándose y descubriéndose a sí mismo y a su entorno desde una perspectiva diferente y novedosa. Los procesos de exploración y creación son transformadores en sí mismos; la persona se transforma durante el proceso y también el producto creado impacta y transforma a su creador.

- *Permanencia*: La obra creada conlleva una experiencia, por lo que se puede revivir los sentimientos que se tuvieron al crearla, con solo mirar la obra.

- *Modelo de un funcionamiento sano*: Con la representación artística se promueve un comportamiento sano que estimula la expresión de sentimientos, la disminución de las defensas rígidas, la integración de la realidad interna y externa, etc. De esta manera, lo logrado en este espacio se puede extender a otras áreas en la vida del paciente.

- *Experiencia gratificante*: La experiencia creativa es gratificante en sí, lo que lleva al paciente a motivarse con el proceso terapéutico. Genera placer, disfrute y

disminución del stress y ansiedad. Fortalece la autoestima, aumentando la autoconfianza.

- *Desarrollo de habilidades sociales:* Facilita la conexión con los otros, a través de la toma de turnos, el respeto por las diferencias individuales, saludar a otros participantes, trabajar de forma colaborativa, respetar el espacio de otros, e involucrarse en la actividad artística grupal. Favorece la flexibilidad al dejar en evidencia las perspectivas y puntos de vista de los otros a través de sus creaciones artísticas. Mirar el trabajo de otro es mirar de manera concreta su punto de vista.

- *Entrenamiento de las funciones ejecutivas:* por medio de una propuesta de Arteterapia, se puede trabajar en el establecimiento de metas, el diseño de planes, el seguimiento de secuencias, la selección de las conductas más apropiadas, la autorregulación del comportamiento, monitoreo de las tareas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y la organización de la tarea propuesta en el tiempo y en el espacio.

En definitiva, podemos concluir que el Arteterapia proporciona a las personas con TEA un medio de comunicación no verbal y alternativo, sobre todo, para aquellos cuya utilización del lenguaje o comprensión de este sea parcial o inexistente. Para las personas con autismo el arte puede suponer el puente entre sus pensamientos internos y el mundo que los rodea.

Aportes de su aplicación en niños con TEA

En este apartado observaremos los aportes que el desarrollo de intervenciones basadas en el Arteterapia, ofrecen a los niños con TEA. Es importante aclarar, que esta división debe entenderse como un intento organizativo, ya que todos los aspectos tratados se deben pensar de forma interrelacionada. Además, a modo de ejemplificar se utilizará la definición de actividades que responden al orden de las expresiones plásticas, sin embargo, lo expuesto es aplicable a las diversas expresiones artísticas que se empleen en la intervención fundada en el Arteterapia.

Sensorialidad e indiferenciación

El Arteterapia ofrece la posibilidad de comunicarse a través de un sistema que no requiere pensamiento simbólico. Nos comunicamos con las sensaciones que despiertan los materiales, dándonos una amplia gama de matices sensoriales que nos permitirán ir trabajando sobre la conciencia del propio cuerpo y de sus límites.

Las producciones de los pacientes con TEA a menudo expresan un gran cúmulo de sensaciones que invaden sus sentidos, sin organización y que entorpecen o paralizan el correcto funcionamiento mental. También es bastante común la dificultad de mantenerse dentro de los límites de la hoja, la mesa, recipientes, por ejemplo, como manifestación de sus complejas relaciones con los límites internos y externos, el yo y el no—yo. Al igual que la necesidad imperiosa de mezclar materiales como pintura, plastilina, cola, su propia saliva..., consiguiendo una masa pegajosa y sin forma que evoca justamente su experiencia interna de quedar adherido a las sensaciones y no poder dar forma, es decir, ni simbolizar ni mentalizar la experiencia. En las sesiones de arteterapia van a permitirnos acercarnos a este caos y empezar desde este punto a hablar sobre lo que podemos diferenciar de esta masa, algunos colores o materiales que se distinguen, las marcas del recuerdo del proceso, que les permitan ir saliendo del caos físico y, de forma paralela, del mental. En muchas ocasiones, frente a experiencias plásticas, se utilizan recipientes amplios donde poder ir haciendo esta mezcla, paralelamente brindar la posibilidad que este caos quede contenido en un lugar concreto y delimitado. En la medida que este continente externo vaya “incorporándose” mentalmente, hasta que ya no fuera necesario, el recipiente iría desapareciendo, porque el continente en última instancia ha de ser uno mismo y su propia capacidad de regular las emociones.

Por otro lado, si nos encontramos con niños que no pueden, o no desean, hacer representaciones (en este caso, plásticas), es especialmente útil estimularlos a hacer diferentes movimientos con el cuerpo que dejen la marca de este en el papel, ya que eso los aproxima a la creación y a la diferenciación.

A nosotros como terapeutas, estos registros serán los testigos de nuestro encuentro terapéutico, y nos permitirán recordarlo accediendo a ellos en otros momentos del tratamiento.

Aislamiento/rechazo a la relación

Los materiales empleados en las expresiones artísticas también pueden ser usados para aislarse de la relación con el terapeuta, autogenerándose un mundo de sensaciones donde no cabe el pensamiento, y en el cual pueden quedar sobreexcitados por la experiencia sensorial. Si esto llega a suceder, debemos emplear esta información para comprender que estamos frente a su problema

nuclear y que al momento de relacionarse con los demás se asustan, se vuelcan en sus sensaciones conocidas y se quedan atrapados en ellas sin poder pensar. Nuestro trabajo será ayudarlos a no sentir tanto miedo y poder disfrutar de la experiencia sensorial sin quedar perdidos en ella. Otros pacientes ni se acercan a los materiales, como si no estuvieran ahí, esta actitud en muchas ocasiones esconde la dificultad para tocarlos o ensuciarse. En ciertas circunstancias es recomendable sugerir ese acercamiento y en otras, es el terapeuta quien inicia ese juego sobreactuando el encuentro con el material para llamar la atención.

Recordemos que es sumamente importante encontrar el material acorde a cada caso en particular.

Rechazo al significado compartido

Hace referencia a la significación que se le da esa actividad compartida, por ejemplo, tomemos el trabajo con plastilinas: hacer agujeros en la masa puede comenzar siendo una propuesta significativa, sin embargo, puede ir derivando hacia actividades solitarias y “autísticas”, quedando de esta forma fijados en la autosensorialidad y el no pensamiento, que los retrae del mundo externo. Por lo que debemos mantener una atención activa ajustada, que nos ayudará a recuperar la relación y, poco a poco, el significado compartido de la actividad que se realice.

Voracidad

Otra de las características que podemos observar en los pacientes con TEA es la necesidad de utilizar la máxima cantidad de material posible, parece que nunca hay suficiente. Ésta se entiende como la necesidad de llenar sus vacíos internos, vacíos en la comprensión y en la relación, que les genera malestar y que, en la búsqueda de calmarse, buscan cosas concretas (en este caso, materiales) que les satisfagan; pero una vez que tienen estos objetos se dan cuenta de que el malestar continúa, y vuelven a buscar más y más de forma compulsiva.

Una alternativa frente a esta necesidad es la de proponer material variado pero limitado, que no se puede reponer hasta la próxima sesión, lo cual permite reflexionar sobre las carencias y las insatisfacciones internas. En este punto es importante diferenciar entre una demanda insaciable y una concreta, como el que se haya acabado un determinado color de pintura, por ejemplo.

Destrucción

En algunos casos, a la necesidad insaciable de material debemos añadir la necesidad de destruirlo. Cuando esto sucede es importante transformar la agresión más descontrolada hacia una actividad más concreta, como romper papeles, arrancar, arañar plastilina, recortar...

En ocasiones la destrucción puede ser más sutil, como es el caso de quienes acaban destrozando su producción. Pueden hacer un dibujo o una pintura que poco a poco van tapando con colores, o capas de pintura, o una forma de arcilla que luego acaban desmenuzando... En estos casos, ver que son capaces de hacer cosas les hace sentir demasiado diferenciados, que avanzan por el camino del crecimiento, un camino lleno de inseguridades, de riesgos, de incertidumbres y de un gran deseo de volver hacia lo conocido y retroceder. Es por todo esto que es tan importante permitir los estados de destrucción y dar tiempo para que puedan conectar, no solo con el miedo, sino también con el deseo de crecer y avanzar. En este punto, el terapeuta es quien debe transmitir confianza, de este modo los miedos podrán ser contenidos y quizás los fantasmas tan temidos no dan tanto temor.

Experiencia de fragmentación

Esta experiencia de fragmentación deriva de la gran dificultad que tienen los niños con TEA para generalizar la experiencia, para captar la globalidad y aplicar un patrón lógico a lo que sucede en su entorno. A menudo encontramos la expresión de esta fragmentación en formas inconexas o trozos de material sin relación aparente. También se puede ver reflejada en dibujos aislados, poco organizados en la hoja, o sin relación entre los diferentes elementos.

La experiencia global del Arteterapia puede ayudar a hacer esta integración de las partes, al ver que el cuerpo se vincula al movimiento y este a la representación. Cuanto más integrado sea el movimiento al cuerpo, más integrada será la posibilidad de representación.

Baja tolerancia a la frustración

En las sesiones de Arteterapia los pacientes tienen que lidiar necesariamente con la frustración, ya que los materiales poseen una realidad física concreta que se rige por las leyes de la materia, con las que se han de enfrentar para realizar su producción artística. Este enfrentamiento posibilita ir encontrando un equilibrio entre

lo que “la realidad me permite realizar y lo que yo deseo”. Las limitaciones que se encuentran en la ejecución de la propuesta nos permiten ir encontrando soluciones, las cuales también nos ayudan a entender cómo se enfrenta en la vida cotidiana a las dificultades.

Aceptar que hay una discrepancia entre la realidad y la representación no siempre es fácil. Hay pacientes que nunca parecen satisfechos con su producción, intentan mejorarla y se esfuerzan en perfeccionarla en un intento de hacerla igual a la realidad, lo que implicaría una dificultad para simbolizar.

Repeticiones, rutinas y rituales

En el tratamiento de niños que presentan TEA es fácil verse enredado en rituales y rutinas de difícil manejo. A pesar de que estos rituales los tenemos que comprender como una manera de defenderse de un exterior que consideran amenazador y que, como defensas que son, no las debemos destruir, también hay que tener en cuenta que pueden necesitar de nuestra ayuda para poder salir de ellas. El arteterapeuta debe ofrecer posibilidades de cambio desde los materiales, con las diferentes formas de explorarlo y manejarlo: pintar en vertical, en horizontal, con mucha agua o poca... Motivarlos con las propuestas nuevas puede desbloquear una rutina alojada. Lo importante es que el arteterapeuta mantenga la capacidad de pensar y transgredir la rutina de forma creativa.

A modo de conclusión, estas son algunas de las características más relevantes del Trastorno del Espectro del Autismo, y he tratado de mostrar cómo se pueden manifestar en las sesiones de Arteterapia. Asimismo, hemos podido ver de qué manera, esta modalidad de intervención ofrece una amplia gama de respuestas y posibilidades que permiten trabajar en el camino de la salud mental y el crecimiento personal.

Pensemos cómo el arte de la mano de una intervención terapéutica puede ayudar a un niño con TEA a optimizar la autoexpresión de sus sentimientos, emociones y pensamientos, además de favorecer el desarrollo de otros aspectos como la creatividad, el pensamiento abstracto, el conocimiento de sí mismo y su cuerpo, la motricidad fina, la relajación, y la percepción de los sentidos.

Hagamos del arte un método que sirva de terapia para aquellas personas que lo necesitan.

Bibliografía

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

Bassols, M. (2007). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 19 Vol. 1 (2006): 19-25*.

Calderón, L., Cognote, C., Richard, S., Sierra, S. & Vélez, C. (2012). *Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista*. Revista CES Psicología, 5 (1). 77-90.

Correa Silva, M. T. (2005). *Explorando con el arte. El silencioso mundo de un autista*. (Proyecto final para optar al curso de especialización en postítulo en terapias de arte, mención arte terapia). Universidad de Chile. Facultad de artes. Escuela de Postgrado. Santiago.

Domínguez Toscano, P. Ma. *Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación*. Obra subvencionada por el Fondo Social de la Unión Europea y la Junta de Andalucía (Consejería de Educación y Ciencia). ISBN: 84-609-3113-7

Duncan, N. (2007). Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 39 Vol. 2 (2007): 39-49*.

Gómez Juárez, M^a R. (2016). Arteterapia y Autismo: El desarrollo del arte en la escuela. *PublicacionesDidacticas.com*, volumen (69).

Grañana, N (Comp). (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Ediciones Paidós.

Grimbergen, P. F. (2013 – 2014). *“Aproximación y análisis de las características perceptivas y comunicativas de personas con Trastornos del Espectro Autista y cómo estas influyen en su creación e interpretación del arte. Un estudio de caso con adolescentes.”* (trabajo fin de máster). Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid.

Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 11 Vol. 1 (2006): 11-18*.

Martínez Díez, N. Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol. 1 (2006): 45-67.*

Mesa García, B. *TEA y Arte. Un mundo de emociones.* (Trabajo final de grado). Universidad de Barcelona.

Nieto Cobo, Paula y Chacón Gordillo, Pedro (2017). *El arte como terapia para niños/as con autismo: una ayuda a la comunicación y expresión a través de procesos pictóricos.* ARTE Y MOVIMIENTO. Nº 16. Enero, 2017. Universidad de Jaén. Págs. 29-49.

Recio Crespo, M. (enero 2014). Aplicaciones del arteterapia en los trastornos del espectro autista. *Temas de psicoanálisis.* (Núm. 7).

Regis Sansaloni, P. J. (2016) Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué? *Sophia, vol. 12, núm. 2,* pp. 187-194. Universidad La Gran Colombia Quindío, Colombia.

Regis Sansaloni, P. J. (2016). *Un proyecto de intervención socioeducativo en niños y adolescentes con síndrome de asperger por medio del arteterapia.* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén. Facultad de humanidades y ciencias de la educación. Departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal. Jaén.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413746578003>

Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2008, Vol.8, No.1, pp. 23-46

Valdez, D (Comp). (2016) *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo.* (1a ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidós.