

BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
Acercamiento a la Arteterapia con Fines Terapéuticos en Niños Autistas						
SUBTÍTULO, SI LO TIENE						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Valencia Ospina			Karen			
Arriola Echeverri			Itziar			
DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Ramos Arenas			María Victoria			
FACULTAD						
Psicología						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccione con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
X						
Nombre del programa académico						
Psicología						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Martín Emilio Gáfaró						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
Psicóloga						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá		2013			102	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
<p>Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p>						
MATERIAL ACOMPAÑANTE						
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO			
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?	

Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					

DESCRPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS

Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. *(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).*

ESPAÑOL	INGLÉS
Autismo (SC 04850)	Autism (SC 04850)
Habilidad Artística (SC 03930)	Artistic Ability (SC 03930)
Psicoterapia (SC 42110)	Psychotherapy (SC 42110)
Desarrollo Psicosocial (SC 41920)	Psychosocial Development (SC 41920)

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)

La presente tesis se presenta integrada por capítulos que pretenden abordar las concepciones generales del autismo y la arteterapia, con el fin de lograr una comprensión que aúne perspectivas teóricas y permita constituir un modelo de intervención para niños autistas. En un primer capítulo, se hace referencia a Leo Kanner como el pionero en el estudio del autismo, y posteriormente a Frances Tustin, Bruno Bettelheim, Donald Meltzer y Margaret Mahler como autores que siguieron una línea investigativa desde el psicoanálisis en el estudio del autismo como síndrome o trastorno del desarrollo. En el segundo capítulo, se realiza una revisión similar de arteterapeutas influyentes durante el siglo XX y XXI: Tessa Dalley, Edith Kramer y Judith Rubin; autoras que forjaron sus teorías y postulados en las concepciones psicoanalíticas; concibiendo el arte como vehículo terapéutico, con el fin de ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interno y externo. La revisión de dicho capítulo dio paso a una profundización de las teorías de Donald Winnicott y Daniel Stern, próximas a la línea del desarrollo, para enfocar este tipo de terapia hacia la intervención con niños del espectro autista, fundamentándose en el modelo interactivo de Kathy Evans y Janek Dubowski. Finalmente el acercamiento teórico, permitió el planteamiento de una propuesta personal derivada de los postulados de los distintos autores abordados; así como, señalar las diversas limitaciones y recomendaciones que presenta la práctica y proceso arteterapéutico dentro del contexto actual.

This paper is written by chapters that are meant to explore general conceptions of autism and art therapy, in order to accomplish a comprehension that reunites various theoretic perspectives, thus allowing us to propose an intervention model for autistic children. In the first chapter, Leo Kanner is referred to as the pioneer in the study of autism, and afterwards Frances Tustin, Bruno Bettelheim, Donald Meltzer y Margaret Mahler as authors that fallowed the same line of investigation parting from their psychoanalytic perspective. In the second chapter, a similar revision is made of the most influential art-therapists of the XX y XXI centuries: Tessa Dalley, Edith Kramer y Judith Rubin; authors that forged their theories through a psychoanalytic point of view. They conceived art as a therapeutic vehicle that helps the individual find a more compatible relation between his inner and outer world. The revision of this chapter led to the study of Donald Winnicott and Daniel Stern's theories which are close to the development line of study, and offer a better understanding of this kind of artistic intervention in autistic children, based on the interactive model proposed by Kathy Evans y Janek Dubowski. This theoretical approach gave way to a personal proposal derived from the different assumptions of the reviewed authors and the exposition of the various limitations and recommendations that should be taken into account throughout the process of art therapy nowadays.

Acercamiento a la Arteterapia con Fines Terapéuticos en Niños Autistas

Itziar Arriola Echeverri y Karen Valencia Ospina

Pontificia Universidad Javeriana

Tabla de contenido

Introducción	4
I. Exploración del Autismo desde un Enfoque Psicoanalítico.....	10
Contextualización.....	10
Mahler, Margaret	16
Bettelheim, Bruno	19
Tustin, Frances	23
Meltzer, Donald.....	27
Propia mirada del Autismo	32
II. Arteterapia	34
Contextualización.....	34
Dalley, Tessa	39
Kramer, Edith	43
Rubin, Judith	50
Visión Personal de la Arteterapia.....	60
III. Otros Planteamientos Teóricos Necesarios para Comprender la Arteterapia en Autismo.....	63
Winnicott, Donald	63
Stern, Daniel.....	67
Evans, Kathy & Dubowski, Janek.....	70
Propuesta y recomendaciones	96
Referencias.....	107

Acercamiento a la Arteterapia con Fines Terapéuticos en Niños Autistas

El arte se ha utilizado dentro de ámbitos psicológicos por muchos años y de muchas maneras en diversos países, tanto para la evaluación, como para el tratamiento de psicopatologías. En este sentido, la terapia a través del arte o arteterapia, tiene hoy en día una variedad de ramificaciones que tienen sus orígenes en diversos pensadores y movimientos de la historia (Hogan, 2001). Luego, si bien existen diferentes modalidades de arteterapia -en grupo e individual primordialmente-, en el presente trabajo se hará énfasis en el área individual para el tratamiento del autismo en niños. Asimismo, el producto aquí planteado es una revisión de la arteterapia que se practica en una gran cantidad de países en la actualidad y que tiene para nuestros fines teóricos, sus bases en el psicoanálisis. Se trata entonces, de realizar una revisión documental que permita postular la arteterapia como técnica de intervención terapéutica en niños con autismo, dado que su condición particular describe una marcada dificultad para establecer contacto con las personas y con la realidad, y a la vez pone en duda su capacidad de creatividad e imaginación. Al partir de la idea de que el fomentar o ejercitar el proceso creativo por medio de la realización de una obra de arte es en sí terapéutico, resulta necesario también identificar las limitaciones de la arteterapia en lo que respecta al ámbito de tratamiento de dicho trastorno.

En la infancia temprana, el desarrollo de habilidades artísticas es parte de la evolución del desarrollo general del niño. Según arteterapeutas como Evans y Dubowski (2001), una comprensión de los procesos del desarrollo que permiten a los niños comenzar a formar representaciones mentales, en vista de las dificultades que los niños dentro del espectro autista experimentan con el funcionamiento simbólico. Ellos también creen que el arte, como medio de expresión simbólica, da una forma particular a aquello que está siendo experimentado, expresado y comunicado. Como el lenguaje, el arte tiene sus propias estructuras y mecanismos para crear, formar y concretar “significados”. Tanto el hacer arte, como los productos de arte en sí mismos, tiene propiedades comunicativas particulares que comienzan a emerger durante las etapas más tempranas del desarrollo; etapas en las cuales se pueden empezar a observar deficiencias en el desarrollo afectivo, cognitivo y psicosocial del niño autista.

A continuación se expondrán las justificaciones de distinto orden, que de alguna manera acogen los motivos y razones de carácter disciplinar, interdisciplinar, social, institucional y personal,

por los cuales este trabajo tiene un lugar significativo dentro del ámbito académico. En primer lugar, se le otorga relevancia disciplinar a la temática tras reconocer que son más bien pocos aquellos estudiosos o autores los que han escrito acerca de la creatividad en niños autistas, eje central del presente trabajo. Lo anterior se debe, en parte, a la sospecha implícita de que pareciera imposible que los niños autistas -a causa de su patología- pudiesen tener indicios de algún tipo de proceso creativo dentro de ellos. En segundo lugar, el tema al parecer, todavía no llega a concernirle a una población académica amplia, debido a la complejidad que se le atañe. Cuando nos adentramos en las investigaciones recientes, los datos que se logran recopilar como antecedentes dentro de la temática que vincula el autismo con la terapia artística, se reducen a someras experiencias aisladas y diferentes a los supuestos que abordaremos en la presente tesis. No obstante, existe gran cantidad de literatura acerca de los tan aislados casos especiales llamados, “idiot savant”, que en muchas ocasiones se ha demostrado, son niños con coeficientes intelectuales muy altos y tienen estos “islotos de habilidad o creatividad”; también señalados como niños con Síndrome de Asperger o autistas de alto nivel (Mahler, 1969).

A nivel mundial en diversos lugares como Reino Unido, Estados Unidos (Carolina del Norte), Alemania y Japón, entre otros, actualmente se están haciendo un número de investigaciones y estudios acerca de Arteterapia enfocada al espectro autista, que han demostrado resultados alentadores e innovadores en cuanto al método y la intervención para el futuro de la presente disciplina. Inclusive, en el Reino Unido ya se ha documentado una tesis doctoral con gran preeminencia mundial referida a la temática: “Evans, K., R. (1997), Art Therapy and development of communicative abilities in children with autism. PhD. Thesis. University of Hertfordshire, UK”. También en España, se ha consolidado un centro dedicado a desarrollar la expresión artística como medio de ayuda y expresión de los niños con la presente problemática, que además de realizar exposiciones de los trabajos y proceso creativo de los niños -proveyendo una gran fuente de documentación-, ha difundido los mismos a través de la ayuda de la Asociación Internacional de Autismo de Europa y la Federación Española de Autismo, permitiendo al público reconocer lo que es la Arteterapia y su función específica en niños autistas. Trata entonces, de que el público general pueda reconocer y sensibilizarse a las dimensiones y trato de las personas autistas, teniendo en cuenta que ésta como otras problemáticas

psicológicas no debe ser un tabú o un motivo de discriminación en nuestra sociedad. Lo anterior se ha logrado en Burgos en gran medida, mediante la exposición del 2000 “Exposición Internacional Itinerante de Arte de personas con Autismo” (Rivière y Martos, 1997, p. 26).

Por lo anterior, es de suma importancia mencionar que en las últimas décadas es cuando el trabajo de las arteterapeutas Caroline Case, Tessa Dalley, Judith Rubin y Diane Waller han influenciado más la teoría y técnica en arteterapia desde la perspectiva del modelo psicoanalítico. Por lo mismo, para dar validez al presente trabajo teórico, debemos tener en cuenta -como menciona Dowmat (2003)- , que las formaciones profesionales de arteterapia están muy establecidas en muchas partes del mundo, siendo -como se viene relatando- pioneros especialmente Estados Unidos y Gran Bretaña. Asimismo, la profesión es reconocida y regulada por el Estado en los países anteriormente mencionados, como también en Canadá e Israel. Sin embargo, en Colombia aún no es una práctica realizada, estudiada o regulada y no existen parámetros para poder ejercer, sigue siendo malinterpretada como terapia ocupacional y los académicos aún son escépticos a la entrada del arte y la expresión artística dentro del marco terapéutico, sea para fines diagnósticos o para el tratamiento.

En lo que respecta al lugar que puede tener la disciplina psicoanalítica al interior de este tipo de trabajos, puede decirse que se constituye como una herramienta teórica que llega a mediar en el ensanchamiento de los horizontes de comprensión de muchos de los fenómenos propios a varias disciplinas, tales como la psicología y la arteterapia. A esta especie de mediación hermenéutica es a lo que se denomina “psicoanálisis aplicado” y no constituye otra cosa que la aplicación de dicha disciplina a otros productos de la creación humana, con el fin de facilitar o ampliar la comprensión de fenómenos relacionados con conflictos o eventos vinculares o relacionales entre los entes que configuran dichas disciplinas.

Habiendo dado cuenta de las respectivas razones disciplinares, interdisciplinares y metodológicas que otorgan a la presente investigación un enorme horizonte de sentido a nivel investigativo, se hace necesario cerrar el presente apartado dando cuenta de las premisas que hacen de esta tesis un material de alta importancia a nivel institucional. La presente investigación constituye un elemento potenciador del desarrollo de investigaciones de carácter psicoanalítico, ya que constituye

un intento por validar la importancia de la disciplina psicoanalítica como un método no sólo vital sino eficaz para comprender, desde una perspectiva particular, la profundidad y complejidad del comportamiento humano. De igual forma, la siguiente investigación se instituye dentro la misión de la Pontificia Universidad Javeriana como una promotora del trabajo investigativo con alcances reales, en la medida en que parece ofrecer a la comunidad académica un proceso investigativo por lo que se refiere propiamente a la necesidad de responder a las demandas de una realidad social particular.

Según Vélez, Rojas, Borrero y Restrepo (2010), el autismo hoy en día es diez veces más común de lo que era en los años ochenta, evidenciándose que la tasa promedio va en aumento. Los autores afirman, que si bien hoy en día hay una mayor consciencia en los profesionales de la salud mental acerca del trastorno autista y mejor información en las familias, la etiología aún no ha sido esclarecida y por tanto su tratamiento es meramente sintomático. No obstante, ellos afirman que un trabajo clínico en equipo junto con los familiares en un ambiente estructurado, predecible y de fácil referencia estimula respuestas del niño autista a su entorno. Se trata de una labor que demanda esfuerzos, paciencia y costos y que se canaliza en la modalidad de hospital día o instituciones especializadas, que aún son precarias o insuficientes en Colombia. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera de gran relevancia social ahondar en la problemática y explorar técnicas de intervención que puedan servir de complemento a aquellas que la sociedad colombiana ya ofrece; lo que se convierte en el interés primordial para realizar el presente trabajo, ya que se presta para afianzar los conocimientos en psicología y arteterapia que las investigadoras han adquirido a lo largo de su formación profesional.

Los patrones comunicativos emergentes que culminan en el desarrollo de modos sofisticados como el lenguaje y el arte representativo, tienen sus orígenes durante las etapas más tempranas de la vida. Para algunos niños con autismo, los síntomas del trastorno pueden afectar estas estrategias comunicativas tempranas de tal forma, que la posterior emergencia del lenguaje se ve severamente bloqueada. Por ello los autores han explorado la relación existente entre lenguaje verbal y otras formas de comunicación, particularmente la comunicación a través del arte y para ellos es claro que en el caso de niños con autismo, la intervención terapéutica temprana sería beneficiosa. En efecto, al entender estos procesos del desarrollo, el terapeuta puede realizar intervenciones potentes con el infante autista, mientras el paciente está pasando por ese proceso de desarrollo en su momento actual. La arteterapia

con niños autistas puede ser aplicada, según Evans y Dubowski (2001) de forma muy temprana entre los doce y dieciocho meses de edad.

Con el fin de profundizar en lo dicho anteriormente, la presente investigación documental-teórica comprende el desarrollo de una lectura crítica y heurística de un conjunto de artículos, investigaciones y demás publicaciones debidamente seleccionados y metódicamente analizados a la luz de un marco de referencia conceptual psicoanalítico que de sentido al procesamiento de dicha información. Al abordar la problemática desde un enfoque psicoanalítico, se debe considerar que dicho enfoque comprende una disciplina hermenéutica que intenta develar el sentido no aparente del comportamiento del analizado, es decir, del infante autista. Así, se plantea con varios objetivos que pretenden aportar comprensiones que nacen de la revisión detallada y meticulosa de los planteamientos propuestos por distintos autores sobre las temáticas del autismo y la arteterapia desde una perspectiva psicoanalítica.

La presente tesis se presenta integrada por capítulos que pretenden abordar las concepciones generales del autismo y la arteterapia, con el fin de lograr una comprensión que aúne perspectivas teóricas y permita constituir un modelo de intervención para niños autistas. En un primer capítulo, se hace referencia a Leo Kanner como el pionero en el estudio del autismo, y posteriormente a Frances Tustin, Bruno Bettelheim, Donald Meltzer y Margaret Mahler como autores que siguieron una línea investigativa desde el psicoanálisis en el estudio del autismo como síndrome o trastorno del desarrollo; y caracterizando el autismo “infantil” dentro de las afectaciones que se dan en distintos niveles del desarrollo psíquico, en lo que respecta a tres núcleos de alteraciones: en las relaciones objetales (es decir, con otros individuos) y consecuentemente en la formación de la estructura del self (sí-mismo) y en el desarrollo de la comunicación con el otro y el lenguaje. En el segundo capítulo, se realiza una revisión similar de arteterapeutas influyentes durante el siglo XX y XXI: Tessa Dalley, Edith Kramer y Judith Rubin. Autoras que forjaron sus teorías y postulados en las concepciones psicoanalíticas; concibiendo el arte como vehículo terapéutico, con el fin de ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interno y externo. La revisión de dicho capítulo dio paso a una profundización de las teorías de Donald Winnicott y Daniel Stern, próximas a la línea del desarrollo, para enfocar este tipo de terapia hacia la intervención con niños del espectro autista,

fundamentándose en el modelo interactivo de Kathy Evans y Janek Dubowski. Finalmente el acercamiento teórico, permitió el planteamiento de una propuesta personal derivada de los postulados de los distintos autores abordados; así como, señalar las diversas limitaciones y recomendaciones que presenta la práctica y proceso arteterapéutico dentro del contexto actual.

I. Exploración del Autismo desde un Enfoque Psicoanalítico

Contextualización

Primeros estudios sobre el autismo

Debemos a Leo Kanner la primera investigación sistemática del autismo, la cual fue publicada en 1943 tras la revisión exhaustiva de once casos que hacían del autismo infantil una entidad diagnóstica en la que se podría identificar tres núcleos de alteraciones: trastornos cualitativos de la relación, alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y la falta de flexibilidad mental y comportamental. En sus escritos posteriores, el autor hace una descripción de la enfermedad más concisa: Los rasgos característicos consisten en una retirada profunda de todo contacto con personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación muy hábil con los objetos, la retención de una fisonomía inteligente y pensativa, además de mutismo o de un tipo de lenguaje que no parece destinado a la comunicación interpersonal.

Concretamente, el autor llega a identificar una serie de síntomas comunes en los once casos. A partir de esta serie de características comunes esenciales, Kanner conforma un único síndrome que gira en torno a un desorden fundamental: su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida. Por un lado refiere una silenciosa sabiduría que genera una sensación de autosuficiencia en estos niños. Observa también un contraste entre sus relaciones con las personas y con los objetos. Las manifestaciones amistosas o de interés por las personas son muy pocas o inexistentes, lo que sugiere que los niños autistas no logran establecer un vínculo afectivo con las personas y se comportan como si los demás no importaran o existieran (pueden acercarse a alguien, sin mirar nunca a la persona). Por otra parte, los niños parecen encontrar mayor placer en la relación con los objetos, mostrando imaginación e iniciativa en algunas ocasiones (particularmente encuentran fascinante los objetos redondos y hacerlos girar). Cuando el trato con otra persona se hace inevitable, entonces se forma una relación temporal con la mano o el pie de la persona (las distintas partes del cuerpo de las personas), como un objeto claramente separado, pero no con la persona misma.

Ocho de los once niños estudiados por Kanner, adquirieron la habilidad de hablar a la edad normal o con algún retraso, pero en ninguno de los casos el lenguaje fue empleado para transmitir significados a otras personas. Su lenguaje se compone más bien de combinaciones de palabras oídas a veces, que son repetidas inmediatamente y a menudo “almacenadas” por el niño y emitidas más tarde. El autor lo describe como una ecolalia demorada. Igualmente, algunas afirmaciones se indican mediante la repetición literal de una pregunta. «Sí» es un concepto que tardan muchos años en adquirir. Aparentemente el significado de una palabra se hace inflexible y no puede utilizarse con ninguna otra connotación que la adquirida originalmente. Todas las declaraciones relacionadas consigo mismo las hacía en segunda persona, como repeticiones literales de cosas que se le habían dicho con anterioridad.

“No presentan dificultad con los plurales y los tiempos verbales. Pero la ausencia de formación de frases espontáneas y la reproducción ecolálica, han hecho surgir, en todos y cada uno de los niños que hablan un fenómeno gramatical peculiar. Los pronombres personales se repiten tal como se oyen, sin ninguna modificación para ajustarse al cambio de situación.” (Discusión, párr. 13)

Existe una frase establecida, no-modificable, para cada ocasión específica. Kanner llamó a este fenómeno inversión pronominal, designando la forma en que el niño utiliza el pronombre <tu> en lugar del <yo>. La fijación pronominal permanece hasta aproximadamente el sexto año de vida, en que el niño, de forma gradual aprende a hablar de sí mismo en primera persona, y del individuo al que se dirige en tercera persona. Con respecto a esto, Kanner, a raíz de una mayor profundización en términos longitudinales, concluye que estos niños entre los cinco y los seis años abandonan poco a poco la ecolalia y aprenden espontáneamente a utilizar los pronombres con la referencia adecuada.

También se observó que estos niños tenían una marcadísima tendencia a obsesionarse. Las rutinas diarias debían realizarse rígidamente, pues el más leve cambio ocasionaba estallidos de pánico. En la mayoría de los casos, les contrariaba cualquier cambio en un patrón acostumbrado; cualquier otra actividad tenía que completarse desde el principio hasta el final, de la manera en que se había comenzado originalmente. “El miedo al cambio y a lo incompleto parece ser el factor principal en la explicación de la repetitividad monótona [que también puede observarse en el lenguaje empleado por

los niños autistas], y en la resultante limitación en la variedad de las actividades espontáneas” (Discusión, párr. 20)

También, según lo dicho por los padres de los niños en relación a un funcionamiento más temprano de éstos, el autor refiere un fracaso de los niños para asumir una postura anticipatoria, preparatoria para ser cogidos en brazos. El niño en el curso de un desarrollo normal aprende durante los primeros meses a ajustar su cuerpo a la postura de la persona que lo sostiene. Los niños que estudió Kanner no fueron capaces de hacerlo durante dos o tres años.

No obstante, a pesar de las limitaciones identificables, Kanner concluye que todos estos niños están indudablemente dotados de buenas potencialidades cognitivas. Observa en ellos un sorprendente vocabulario en los niños que hablan (teniendo en cuenta su falta de vinculación afectiva con otro), una excelente memoria para acontecimientos sucedidos varios años antes, o para recitar muchas oraciones, rimas infantiles, poemas y nombres, modelos y secuencias. Estas habilidades demuestran inteligencia en el sentido en que este término se utiliza. Gracias a esta memoria realmente extraordinaria es que el niño logra recordar y reproducir modelos complejos, sin sentido aparente, sin importar lo desorganizados que sean, exactamente de la misma forma en que fueron construidos.

Posteriormente, el autor señala que es de gran importancia tener en cuenta que la mayoría de los niños autistas procedían de familias muy inteligentes, sugiriendo que los niños llegan a esta afectación precisamente por la predisposición que tienen debido a unas capacidades cognitivas especialmente superiores a lo normal. También recalca que en muchos casos es posible identificar una gran obsesividad en el entorno familiar asociado a otros factores:

“Otro hecho destaca prominentemente: en todo el grupo hay muy pocos padres y madres realmente cálidos; la mayoría de los padres, abuelos y otros familiares, son personas muy preocupadas por abstracciones de naturaleza científica, literaria o artística, y con un limitado interés genuino por la gente. Incluso algunos de los matrimonios más felices son a menudo fríos y formalistas en sus relaciones. Tres de los matrimonios fueron un fracaso total. Surge la pregunta de si, o hasta que punto, este hecho ha contribuido a la condición de sus hijos. La soledad de los niños

desde el nacimiento hace difícil atribuir el cuadro general exclusivamente al tipo de relaciones parentales tempranas con nuestros pacientes” (Comentario, párr. 7).

En relación con lo anterior, Kanner describe a estos niños en términos físicos. Afirma que todos tienen fisonomías sorprendentemente inteligentes, al mismo tiempo que sus caras dan la impresión de seriedad, y en presencia de otros de una ansiosa tensión, probablemente a causa de la inquietante anticipación de una posible interferencia a su estado de retraimiento. “Todas las actividades y expresiones están gobernadas, rígida y consistentemente, por el poderoso deseo de soledad e igualdad.” En cambio, cuando están solos con objetos, a menudo tienen una sonrisa placida y una expresión de beatitud, a veces acompañadas por un murmullo y un canto feliz aunque monótono. El estudio longitudinal demostró que en los niños el deseo básico de soledad e igualdad permaneció esencialmente inmutable, pero que en algunos casos hubo variaciones en el grado de emergencia de la soledad, una aceptación de al menos algunas personas.

Kanner reconoció desde un principio que, si el esquizofrénico se retira del mundo, el autista jamás ha conseguido entrar en él. A pesar de las notables similitudes, la condición del niño con autismo infantil difiere en muchos aspectos de todos los otros casos conocidos de esquizofrenia infantil. Plantea que no es una retirada de una participación que existía con anterioridad la que tiene lugar, sino una soledad autística extrema que los hace extraños al mundo desde prácticamente su nacimiento. Afirma que todos los niños con los que trabajó mostraron su extrema soledad desde el nacimiento, no respondiendo a nada que procediera del mundo exterior.

“[...] estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con las personas, biológicamente proporcionado, al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas” (Comentarios, párr. 8)

Distintas nociones del autismo

De lo anterior es posible afirmar que el autismo fue considerado en los años cincuenta como un trastorno psicogénico; con márgenes claros y presentación clínica similar en todos los pacientes. Afectaciones de este tipo se concibieron predominantemente como el resultado de un deficiente trato

familiar, cercanas a las psicosis. No obstante, a lo largo de los años transcurridos desde entonces, la comprensión y la clasificación del trastorno autista ha ido variando en función de los hallazgos científicos. Los estudios disponibles a partir de los años setenta mostraron la falsedad de estas nociones y se empezó a entender el autismo como un trastorno del desarrollo de ciertas capacidades (de la socialización, la comunicación y la imaginación) y posteriormente las clasificaciones internacionales los ubicaron en el eje correspondiente a problemas ligados al desarrollo.

En la medida en que se fue obteniendo mayor conocimiento sobre el autismo, la concepción de enfermedad -planteada en términos de causa-efecto- se fue remplazando gradualmente por el concepto de síndrome, que comprende una etiología multifactorial en lugar de una causalidad lineal. Más bien lo que denota es una confluencia de factores en constante interjuego que varían en grado y cualidad de un sujeto a otro (Brainsky, 2003). De esta manera, lejos de constituir un problema único, cuando se estudiaron los casos de autismo se identificaron trastornos diferentes; se reconoció la presencia de cuadros parciales; se apreció la variabilidad de los síntomas con la edad y el grado de afectación; se describió su asociación con otros problemas del desarrollo y se llegó incluso a aceptar que se debían a problemas relacionados con un malfuncionamiento cerebral.

En los últimos años se adopta el término Trastornos del Espectro Autista (TEA) para referirse a la noción dimensional de un continuo (no una categoría), en el que se altera de manera cuantitativamente y cualitativamente variable un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la imaginación. Entre los individuos que se encuentran dentro del espectro autista es posible encontrar diversos trastornos; una diversa afectación de los síntomas clave que va desde los casos más acentuados a aquellos rasgos fenotípicos que rozan la normalidad; unos casos asociados a discapacidad intelectual marcada, como también aquellos que presentan un alto grado de inteligencia; desde unos vinculados a trastornos genéticos o neurológicos, a otros en los que aún no ha sido posible identificar las anomalías biológicas subyacentes.

El trastorno del espectro autista se define como una afectación generalizada en el desarrollo de las funciones cognitivas superiores e independiente del potencial intelectual inicial de niños que se encuentran en una etapa temprana de su desarrollo. Estos niños presentan dificultades cualitativas en

áreas de lenguaje y comunicación social y un rango de intereses restringido y repetitivo. Estas dificultades se inician antes de los 30 meses y no se deben a enfermedades progresivas, trastornos epilépticos, déficit sensorial, cognitivos globales o deprivación afectiva o social. El TEA incluye, entonces, el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo y trastornos perturbadores del desarrollo no especificados (TPDNE).

Distintas concepciones en el marco de un mismo enfoque.

Ésta conceptualización del TEA es el resultado de varias décadas de investigación desde distintos enfoques clínicos y psicológicos. Desde Kanner, fueron muchos los autores que se interesaron por el trastorno y que a través de estudio de casos, fueron formulando sus propias teorías respecto a la etiopatogenia del autismo.

Cuando Kanner publicaba los resultados de su primera investigación, la psicoterapeuta inglesa Frances Tustin se introducía en el psicoanálisis en un curso de desarrollo infantil en la Universidad de Londres, dando sus primeros pasos en miras de convertirse en terapeuta de niños. No obstante, sus planes son interrumpidos por el desenlace de la Segunda Guerra Mundial. En 1950, cuando la guerra había acabado, comienza su formación en la Tavistock Clinic bajo la supervisión de John Bowlby, interesándose de ahí en adelante especialmente en el entendimiento y tratamiento de estados autistas en niños y adultos. Durante esta misma época comienza su propio análisis con Bion. Es cuando Tustin se muda a Boston, Estados Unidos, que tiene su primer contacto con niños autistas en el James Jackson Putman Center, donde comienza su estudio de casos. Cuando retorna a Londres, busca seguir trabajando con niños autistas utilizando la técnica Kleiniana de análisis que había aprendido en su entrenamiento junto con figuras como Donald Meltzer, Herbert Rosenfeld and Martha Harris, entre otros.

La Segunda Guerra Mundial también marca la vida de otros terapeutas de niños. Por un lado, se encontraba el estadounidense, de origen austriaco, Bruno Bettelheim, quien permanece en los campos de concentración de Dachau y Buchenwald durante once meses hasta su liberación en 1939. Luego viaja a Estados Unidos como refugiado y se instala en Chicago. En 1944 obtiene la nacionalidad

y comienza a trabajar como profesor de Psicología en la Universidad de Chicago hasta que se retira en 1973. Además, ejerce como director de la Sonia Shankman Orthogenic School; un hogar para niños con perturbaciones emocionales, con quienes desarrolla su propuesta terapéutica de manera que dichos niños pudieran formar fuertes vínculos afectivos con adultos en un ambiente estructurado de cuidados.

Margaret Mahler también, quien se había formado como pediatra y psicoanalista en Alemania, se ve obligada a mudarse a Londres y luego a Nueva York, donde continúa sus estudios e investigaciones en psicoanálisis con niños psicóticos o con graves perturbaciones emocionales. Funda junto con Manuel Furer, el Masters Childrens Center en la ciudad de Nueva York, donde desarrolla su modelo de tratamiento basado en la triada que se establece con la participación de la madre en el proceso terapéutico del niño. Mahler siempre recalcó la importancia de un ambiente adecuado para el desarrollo del niño. Con respecto a la relación madre-hijo, procuró documentar el impacto que tiene la separación en la individuación de los niños.

Finalmente, entre los autores que se tratarán a continuación, se encuentra también el psiquiatra y analista estadounidense Donald Meltzer, quien luego de terminar sus estudios de medicina en la Universidad de Yale en Nueva York y haber comenzado a psicoanalizarse, viaja a Londres para continuar su proceso de análisis con Melanie Klein en la British Psychoanalytical. Durante la década de los 60s se dedica a enseñar en la Tavistock Clinic de Londres y a mediados de los 70s publica un trabajo conjunto con varios colaboradores sobre observaciones clínicas respecto a estados autistas y post-autistas como el desmantelamiento y la identificación adhesiva.

Mahler, Margaret

Conceptualización del trastorno.

Según la autora, la atrofia del instinto de conservación y la inmadurez de la cría humana al nacer hacen que ésta dependa por completo de una madre o figura materna para sobrevivir. Es decir, una simbiosis social entre el niño y su madre es necesaria. Dentro de la etapa temprana que Freud denominó narcisismo primario, el bebé muestra escasas señales de poder percibir algo más allá de su

propio cuerpo. Parece vivir dentro de un mundo de estímulos que provienen de su interior. Luego, no es una forma de imitación sino más bien una apropiación de sensaciones, en la que el niño busca ser el objeto de manera parcial en tanto es reconocido como una sensación. Más adelante en el desarrollo, el niño empieza a reconocer que existe un objeto constante que le procura estas sensaciones tanto placenteras como displacenteras, y que se diferencia de él. A partir de esto, el niño pasará a no desear ser el objeto, sino a tenerlo (identificación secundaria). No obstante, los síndromes de la psicosis infantil, tanto del tipo autista como del tipo simbiótico, representan fijaciones o regresiones a las dos primeras etapas del desarrollo dentro de ésta indiferenciación entre madre e hijo (Mahler, 1952).

A una fase autista normal de la unidad (indiferenciación) madre-hijo, precede a una fase simbiótica propiamente dicha. El bebé a los 3 o 4 meses de edad logra percibir -así sea temporalmente-gestálticamente, una pequeña parte de la realidad externa que es representada por el seno de la madre, su cara y sus manos. Esto ocurre en el ámbito de las secuencias de gratificación y frustración oral que ocurren durante el amamantamiento. Esta fase de leve percepción del objeto que satisface las necesidades marca el comienzo de la fase de simbiosis en la que el bebé se comporta como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente. Esta fase simbiótica es seguida de aquella que comprende la separación-individuación. Esto ocurre paralelamente con la maduración y consolidación de funciones autónomas del yo como lo son la locomoción y los comienzos del lenguaje. Desde el punto de vista socio-biológico de la autora, los niños autistas permanecen fijados o regresados a la fase autista de la vida extrauterina o incluso a una fase aún más arcaica y fetal de funcionamiento (Mahler, 1952).

Etiología y factores desencadenantes.

Son dos las condiciones que propone la autora para que se de la estructuración del yo y la neutralización de los impulsos para poder alcanzar la individuación, o en otras palabras, un sentido de identidad propio. Por un lado, la estimulación tanto externa como interna no debe ser tan persistente e intensa como para que no se pueda formar una estructura. Por otro, al no tener el niño un “organizador interno”, el compañero simbiótico -como lo denomina la autora- debe poder servir como amortiguador frente a estímulos internos y externos, ayudando al niño a organizarlos gradualmente de

manera que pueda establecer límites entre lo interno y lo externo. Así, cuando la transición gradual de la identificación primaria a la identificación secundaria con el objeto falla, pareciera que toda la libido es repentinamente retraída del mundo objetal. Se da, entonces, una confusión entre las representaciones del objeto y sus cualidades introyectadas. Después del retraimiento del mundo exterior, el niño recrea en su propia realidad interna tanto a su madre como a sí mismo. Al introyectar al objeto amado, el niño logra restaurar su anterior unidad simbiótica con su madre. En relación a lo anterior, la autora señala la duda que existe respecto a si el déficit perceptual y el resultante aislamiento del mundo exterior es innato o adquirido a manera de defensa (Mahler, 1952).

En un segundo momento, la autora hace referencia a las posiciones de Hermann y Bak sobre la esquizofrenia. Para estos autores la predisposición a la psicosis tiene su origen a situaciones tempranas de angustia psicológica en relación a una incompatibilidad psicofisiológica entre la unidad madre e hijo durante las primeras semanas de vida extrauterina. En relación con lo anterior, la autora describe cómo en la infancia temprana se dan situaciones en las que la estimulación es desbordante debido a enfermedades o a un ambiente adverso para la relación simbiótica con la madre, que conllevan a la desorganización de impulsos agresivos. En algunos casos, la severidad de la agitación fisiológica no solo impide la adecuada actividad perceptual y por ende la formación de estructura (yo), pero también impide desarrollar la facultad primaria para discriminar entre objetos vivientes e inanimados. Mahler (1952) afirma que tales cambios y reacciones parecen ser los agentes patógenos del autismo infantil. Además, plantea que la principal perturbación que se observa en los niños con autismo es la incapacidad para percibir la Gestalt de sus madre; pareciera que no existiera en ellos una consciencia perceptual de un mundo interior versus un mundo exterior, ni tampoco un reconocimiento de su propio yo como entidad diferenciada del ambiente inanimado.

Tipos y/o naturaleza del trastorno.

Mahler (1952) hace una distinción entre autismo infantil y el síndrome psicótico-simbiótico. Éste último representa una fijación o regresión a la segunda etapa indiferenciada de la unidad madre-hijo, la cual comprende la fase delirante de fusión omnipotente y simbiótica con el objeto que satisface las necesidades del niño. Así, si la lucha por la individuación-separación se pierde, como en el caso de

la psicosis simbiótica, la fragmentación del yo trae como consecuencia el completo desmantelamiento de las funciones integrativas en todos los niveles. De esta manera la propiocepción puede confundirse con la percepción sensorial.

En el autismo infantil también se presenta una deficiencia del aparato perceptivo, que se da junto con una falta de jerarquización de la libidinización por zonas. Esto se evidencia en la relativa escasez de actividades auto-eróticas y en un predominio de hábitos auto-agresivos tales como el golpearse la cabeza y morderse. Actividades auto-agresivas como estas representan un intento cuasi-restitutivo de afianzar la propiocepción del cuerpo y de sus límites, por lo general a expensas de ciertas partes de la imagen corporal que se sacrifican (Mahler, 1952).

Mahler (1952) retoma lo dicho por Kanner para afirmar que la incapacidad de los niños autistas para utilizar un compañero simbiótico que ejerza por ellos las funciones de un yo estructurado, los obliga a buscar mecanismos de adaptación substitutos que determinarán la sintomatología del autismo infantil. La fase negativista del niño es la reacción comportamental que acompaña al proceso de individuación y desprendimiento de la simbiosis madre-hijo. Según Mahler (1952), un yo que no pueda funcionar separadamente de su compañero simbiótico, intentará volver a consolidarse en una fantasía delirante de unidad con la madre omnipotente, coartándola al asumirla como una extensión de sí mismo. Esta forma de operar, fomenta la alienación de la realidad; de aquella que aún es representada casi exclusivamente por la madre.

Bettelheim, Bruno

Conceptualización del trastorno.

Bettelheim (1967) da comienzo a la discusión sobre el autismo señalando que conocer al otro está necesariamente en función de conocerse a uno mismo; un deficiente conocimiento del sí significa un deficiente conocimiento del otro, de manera que la introspección motiva la observación. Sin embargo, explica que la introspección no nos permite recuperar nuestra experiencia más originaria de nuestra infancia temprana, en la cual se dan los orígenes de nuestro entendimiento, y que determinará nuestro posterior desarrollo. La experiencia del bebé está en un principio dominada por sensaciones

táctiles y olfativas, siendo la distinción entre sujeto y objeto un desarrollo posterior. Hay niños que se quedan detenidos en aquel primer estadio del desarrollo emocional e intelectual dominado por las percepciones sensoriales. El autor afirma que ciertas acciones y reacciones, o la ausencia de ellas, de estos niños que padecen autismo infantil, no se deben a alguna carencia de capacidad potencial, sino al hecho de que, por una u otra razón, ese potencial no ha sido desarrollado.

Cuando Bettelheim (1967) habla sobre el bloqueo de la personalidad de estos niños en una etapa temprana del desarrollo, se refiere a que los niños autistas se retiran del mundo antes de que su humanidad (entendida ésta como el producto de un proceso de socialización) se haya desarrollado, dando paso a un aislamiento emocional y social que truncan su proceso de individuación.

Etiología y factores desencadenantes.

Según Bettelheim (1967), la primera infancia comprende un tiempo de pasividad; una época de narcisismo primario en la que se experimenta el sí mismo identificado o confundido con el todo. A pesar de este estado de dependencia inevitable, cuando se le impide al bebé ser activo en sus relaciones o cuando su acción no suscita respuesta alguna, una rabia impotente lo abrumba y se vuelve víctima de tensiones internas.

“[...] la lactancia y todo lo que tiene lugar a propósito de ella parece ser la experiencia nuclear a partir de la cual se desarrollan los posteriores sentimientos sobre uno mismo y las otras personas, así de importante es esta experiencia inicial de actuar por propia cuenta dentro de un contexto de mutualidad, de haber sabido lo que significa ser plenamente activo, de haber modelado la experiencia pese al estado de dependencia” (Bettelheim, 1967, p.39).

El niño no se hace activo únicamente a través de la experiencia de la mutualidad con su madre sino también en la medida en que logra establecer una comunicación bidireccional entre ella y él, saliendo así del solipsismo y participando en la experiencia de otro. Según Bettelheim, el aprendizaje se puede realizar sin comunicación verbal e incluso sin la comunicación no verbal de las emociones, pero para que se de el desarrollo de la personalidad, es necesario al menos una de ellas. Asimismo, la frustración pasajera (en el sentido de que es superable) refuerza su conciencia de que existe un mundo

exterior. A medida que se presentan las inevitables frustraciones y demoras de la satisfacción de las necesidades, el bebé se ve forzado a buscar nuevas soluciones que traigan consigo una disminución del displacer. La vía de la regresión conllevaría a la alucinación, que proporcionaría un alivio momentáneo pero irreal que no impediría el creciente displacer. Por esta razón, la realidad se termina imponiendo, de manera que se da paso al proceso secundario que permite la creación de símbolos y de pensamiento lógico formal, y comprende experiencias de representación sometidas al juicio de realidad. Éste último implica capacidad de espera, de aplazamiento y por lo tanto, el comienzo del proceso de pensamiento (Bettelheim, 1967).

Sin embargo, cuando las necesidades del bebé son desatendidas por completo, el niño queda sumergido en las sensaciones desagradables, hasta el punto de que puede creer que afuera no existe nada; sus propios esfuerzos por establecer contacto con otros tienen que haberle dado cierta distinción mínima entre él y lo que no es él. Sensorialmente el individuo antes de instaurar el juicio de realidad no diferencia entre lo interno y lo externo. La diferenciación entre el yo y el no-yo o mundo exterior (objetos), se va dando paulatinamente sin que se pueda afirmar con seguridad un punto final en la estructuración del yo de un individuo. El juicio de realidad, entonces, dará paso al desarrollo de la conciencia (poder percibir propios estados psicológicos, darles una explicación inicial, relacionarlos e integrarlos con el resto de vivencias actuales y pasadas). No obstante, partiendo de la necesidad del niño de comunicar sensaciones y afectos y de experimentar una réplica emocional apropiada,

“[...] la experiencia de que sus propias acciones no conducen a nada, le impide convertirse en ser humano, pues ello le desanima para la interacción con otros y por tanto, para formar una personalidad (un sí mismo) mediante la cual relacionarse con el medio que le rodea” (Bettelheim, 1967, p.48).

Bettelheim propone, entonces, el concepto de *Anlage* (factor predisponente en el desarrollo) autista, haciendo referencia a la convicción que tiene el niño de que los esfuerzos propios no tienen fuerza para influir en el mundo, debido a la anterior convicción de que el mundo es insensible a las propias reacciones.

Tipos y/o naturaleza del trastorno.

Con respecto a la dinámica del autismo, Bettelheim (1967) afirma que todo disturbio afectivo se distingue por un desarreglo grave de la comunicación con los demás. El lenguaje, y también la comunicación pierden valor cuando no se obtiene respuesta diferenciada, cuando la palabra hablada comunica una cosa y el sentimiento detrás de ella comunica una cosa distinta, o cuando acontecimientos nefastos se dan como consecuencia. En esta medida, el niño puede no responder correctamente porque interpreta mal las señales que recibe en términos de angustia o de hostilidad, o bien porque las interpreta demasiado bien.

“Debido al dolor o a la incomodidad y a la angustia que éstos [estímulos] ocasionan, o porque interpreta mal las acciones o los sentimientos de la madre, o bien porque interpreta correctamente los sentimientos negativos de ésta, el niño puede retirarse de ella y del mundo. La madre por su parte, frustrada en sus sentimientos maternos o a causa de su propia angustia, puede que responda, no con insistencia dulce, sino con ira o indiferencia ofendida” (Bettelheim, 1967, p.114).

En lo que concierne a la retirada de la realidad a al abandono de la acción se puede decir que se dan porque la angustia ha alcanzado las proporciones del pánico, pues el individuo cree que ya no puede hacer nada por reducir los peligros que la ocasionaron. Bettelheim distingue tres niveles de este retraimiento. El nivel más bajo de funcionamiento correspondería al individuo que ha abandonado toda acción y no reacciona a su medio (niños autistas mudos). Le sigue el nivel del individuo que aún actúa (niños autistas con habla que tienen arrebatos de ira y de destrucción). Luego está el individuo encerrado en una lucha con un medio que le resulta hostil y aplastante. Sus acciones no son efectivas a la hora de cambiar la realidad porque se basan principalmente en sus propios procesos psíquicos internos desorganizados (niños esquizofrénicos) (Bettelheim, 1967).

“Ver esta retirada simplemente como una huida de un medio amenazador es comprender este proceso sobre una base excesivamente racional, como si fuese producto de una decisión consciente y razonada. No es éste el caso, ni muchísimo menos; el solo hecho de suponerlo atenta contra el funcionamiento del psiquismo humano. En realidad, se trata más bien de un proceso dialéctico.

Para cada uno de nosotros, la supervivencia implica una lucha continua hacia una síntesis de contrarios” (Bettelheim, 1967, p.120).

Incluso la angustia más radical resulta más manejable si se logra limitarla o identificarla como proveniente de una persona u objeto en particular. Al volverla concreta y específica se pueden adoptar determinadas medidas de protección en lugar de dejarse atrapar por una angustia sin forma. De esta manera, un sí mismo, para no desintegrarse, tiene que confrontarse continuamente con el no-sí, en un proceso de afirmación activa. No obstante, esto sólo se logra cuando se desarrolla la propia personalidad y la comprensión de un mundo externo, al interesarse por objetos distantes y finalmente por el pensamiento abstracto (Bettelheim, 1967).

Tratamiento.

“[...] el tratamiento de los niños autistas no es de ningún modo un capítulo cerrado, sino un capítulo que apenas se empieza a escribir ahora” (Bettelheim, 1967, p.27). Se trata de hacerles comprender a los pacientes que cada uno de ellos tiene una vida propia que dirigir. En relación a la necesidad del niño de ser activo, Bettelheim afirma que aquellos venían a la vida sólo cuando se consigue crear las condiciones o ser los catalizadores, que los inducían a obrar por su propia cuenta. El autor defiende que la visión del niño de su sí mismo y del mundo dependerá del fracaso o el éxito de sus esfuerzos y que “la no gratificación o recompensa sistemáticas a su actividad puede incluso provocar el abandono de todo intento de conformar sus interacciones y entregarse a la pasividad” (Bettelheim, 1967, p.37).

En condiciones óptimas, o en el transcurso de un tratamiento, la persona es capaz de llevar a su conocimiento y al de los demás sus sentimientos y pensamientos, y de recibir correctamente la comunicación de los otros, entonces su perturbación desaparece (Bettelheim, 1967).

Tustin, Frances

Conceptualización del trastorno.

Tustin (1977), remitiéndose a lo dicho por Leo Kanner, denomina el autismo infantil precoz (AIP) como un síndrome psicótico.

“[...] el autismo ha sido definido como un estado dominado por las sensaciones, en el cual la percepción es elemental, limitada o totalmente anormal. En sus aspectos normales, constituye un estado de ilusión primitiva. En sus aspectos patológicos, se desarrolla un círculo vicioso en el cual la ilusión de la realidad interfiere en la percepción de ésta y, a su vez, se intensifica al no ser modificada por la realidad misma.” (Tustin, 1977, p. 97)

Etiología y factores desencadenantes.

“La escuela psicoanalítica se inclina a considerar el autismo como un producto de una defectuosa comunicación y falta de entendimiento entre los adultos y el bebé en sus primeros momentos de vida” (Tustin, 1977, p. 10).

En condiciones óptimas, a través de procesos mentales como el reconocimiento, la clasificación, la creación de objetos y la empatía, el niño elabora una representación interna de la realidad y se torna consciente de sí mismo. No obstante, en el caso de los niños autistas este proceso se ve truncado. Mahler (1952, citado por Tustin, 1977) define lo que llama “objeto amoroso simbiótico” como la fusión del sí mismo y las representaciones objetales, y afirma que cuando en el curso del proceso de maduración el individuo se enfrenta al hecho de la separación, las representaciones simbólicas fusionadas de sí mismo y el objeto no dan lugar a un progreso a favor de la individuación. De esta manera, una separación puede experimentarse como una ruptura de la continuidad corporal y como una pérdida de parte del propio cuerpo del niño. Así, debido a la relación que se genera entre la propia imagen corporal y la representación del seno de la madre, la pérdida de éste último puede suscitar en el bebé una sensación de carencia [o pérdida] de partes de su propio cuerpo.

“[...] Surge la desesperación por remplazar algo que se ha <ido>. Lo que se ha <ido> se convierte en un vacío hostil del <no-yo>, que el niño ha de evitar con todas sus fuerzas. El

hecho de que la manera misma de evitarlo genera ulteriores vacíos es la tragedia del autismo patológico.” (Tustin, 1977, p. 81)

A la base de la detención o retraimiento del desarrollo emocional y cognitivo normal, se encuentra lo que Winnicott llamó “depresión psicótica”; un periodo de aflicción y duelo que precede y preanuncia inevitablemente la total ruptura psicótica con la realidad (Mahler, 1961, citado por Tustin, 1977). “Al seguir utilizando su propio cuerpo como si fuera el de su madre, y éste como si fuera el suyo propio, el pequeño se ve protegido [de la depresión psicótica] por una ilusión de continuidad, pero sigue sumido en un estado no diferenciado de la madre, o confundido con ella” (Tustin, 1977, p.34). Surgen, entonces, los procesos de autismo secundarios que buscan proteger al individuo de una depresión psicótica (sentimientos de desamparo, terror e imperfección).

Tipos y/o naturaleza del trastorno.

La autora describe a los niños autistas como individuos que no son capaces de mantener un adecuado vínculo afectivo, troncándoles su aprendizaje y su respuesta a estímulos del ambiente. Afirma además, que estos niños sólo mantienen conexión con el mundo exterior por medio de intensas experiencias sensoriales (el hecho de no sentir algo anula su existencia) o por la orientación que les provee unos pocos objetos.

El síndrome del autismo comprende la detención o regresión a una etapa temprana del desarrollo (en la cual predominan las sensaciones) que se intensifica y se vuelve rígida progresivamente. En consecuencia, el desarrollo emocional y cognitivo se ven detenidos o deteriorados. La autora señala también la existencia de un autismo de la primera infancia o normal y un autismo patológico que difiere del primero no tanto en forma sino en grado e intensidad. Asimismo, hace una diferenciación entre los dos sistemas de funcionamiento del autismo patológico: el autismo infantil precoz y la esquizofrenia infantil (Tustin, 1977).

El autismo primario normal hace referencia a los estados globales no diferenciados del funcionamiento inicial del bebé; la diferenciación entre la madre y aquel y entre las distintas partes del cuerpo de ambos es mínima o inexistente. Tustin (1977) afirma que para el bebé, el “ser” constituye

una corriente de sensaciones. En la medida que la madre del niño le provee adecuadamente los cuidados necesarios a su bebé y lo ayuda gradualmente a que haga las cosas por sí solo, también está ayudándole a que desarrolle una mente independiente. “En los estados de autismo el pequeño se halla <cómodo> durante gran parte del tiempo, por cuanto los procesos autistas producen autosatisfacción y un pseudosentido de autosuficiencia. [...] el bebe y el niño psicótico utilizan los <objetos autistas> con el fin de generar ese sentido de autosuficiencia” (Tustin, 1997, p.60). El niño percibe un objeto de este tipo como parte total del “yo” en un intento por disipar el sentimiento de frustración.

Ahora bien, Tustin (1977) describe tres formas del síndrome del autismo. Por un lado, el autismo primario anormal (APA), hace referencia a una prolongación anormal del autismo primario debido a una falta total o parcial de cuidados elementales, y puede conllevar a un autismo secundario de un tipo u otro, dependiendo de la forma en que el individuo se defiende del trauma de separación.

“Los bebés que desarrollan un estado de autismo pueden verse aquejados por ciertos factores congénitos que los hacen más propensos a experimentar sacudidas o a sufrir los efectos de la separación física de manera prematura y cruel. Ello puede deberse al estado inusualmente sensible de uno o más órganos de los sentidos, o a una inteligencia innata anormalmente elevada, o al hecho de hallarse dotados de un talento específico en grado inusualmente alto” (Tustin, 1977, p. 75).

En el APA se ve afectada la capacidad de percibir diferencias, y se produce en el individuo una subdiferenciación con el fin de evitar el trauma generado por la frustración. Por otro lado, en el autismo secundario encapsulado (ASE), generado por un trauma de separación, se establece una diferenciación excesiva entre el “yo” y el “no-yo”, quedando el individuo excluido totalmente de la realidad exterior; se encierra en sí mismo y experimenta a los objetos externos como parte de su propio cuerpo. La inhibición del pensamiento se da como defensa. Partiendo de esta noción, Tustin hace referencia a las capacidades creativas del niño con ASE:

“En su mundo situado <a través del espejo> no hay mayor lugar para la originalidad, la creatividad o la simpatía, puesto que para que ellas se desarrollen debe tomarse consciencia de

la separación de otras personas cuya diferencia se respeta y valoriza. Asimismo, debe existir una aguda percepción de la diferencia existente entre los objetos y los seres humanos. [...] La manipulación de materiales, a menudo sumamente habilidosa, puede pasar por actividad creadora. Pero no son éstos los frutos de la imaginación creadora ni de la solicitud por los congéneres.” (Tustin, 1977, p. 80)

El síndrome psicótico central asociado con el ASE es el autismo infantil precoz. Este último presenta una combinación de síntomas característica. Por un lado, se asocia por lo general con una dotación genética de potencial de inteligencia bueno o elevado. Asimismo, el retraimiento se da muy temprano en la infancia y los niños quienes lo padecen evitan toda forma de contacto con otras personas. Tienen además, una capacidad extraordinaria para el reconocimiento de figuras y formas y los órganos de los sentidos hipersensibles. Cabe mencionar, también, que presentan un lenguaje es nulo o precario, basado en la ecolalia (Tustin, 1977).

Finalmente, el autismo secundario regresivo (ASR) se asocia a una regresión en el desarrollo de la personalidad como defensa y una desintegración en la que los procesos de escisión excesiva conllevan a una fragmentación del objeto y del yo. La fragmentación y confusión extremas de las partes del sí mismo y de los objetos (demás personas) provoca un pensamiento desorganizado y confuso y una desintegración de la personalidad. “Los niños ASR se han diferenciado de la madre de modo precario y luego sufren una regresión, <encerrándose en la propia madre>, cuando el trauma oral de la separación física resulta demasiado para ellos” (Tustin, 1977, p.84).

El síndrome psicótico central asociado con el ASR es la esquizofrenia infantil. En esta última los síntomas graves se dan después de haber pasado un periodo de normalidad en el que el niño se muestra dócil y de fácil manejo. Se puede observar en los niños con ASR, una gran confusión y desorganización en sus movimientos y lenguaje. Asimismo, su potencial de inteligencia es variable entre un caso y otro y pueden presentar juego fantasioso, pero primitivo y confuso (Tustin, 1977).

Meltzer, Donald

Conceptualización del trastorno.

Meltzer (1979) habla de un síndrome patológico particular al referirse al autismo (propriadamente dicho). Según el autor, éste síndrome comprende dos grandes categorías de interferencias en el desarrollo: las interferencias en la formación de la estructura de la personalidad y la excentricidad obsesiva de las relaciones objetales.

En lo que respecta a la estructura de la personalidad, el autor se refiere, por un lado, a la organización funcional de la división entre self y objetos, y por otro, a la geografía de la personalidad y la organización del espacio vital en cuatro (cinco en realidad) regiones: dentro del self, fuera del self, dentro de los objetos internos, dentro de los objetos externos, y un “no-lugar” que correspondería al sistema delirante. Partiendo de esta dimensionalidad de la personalidad, la formulación teórica que hace el autor acentúa la función de la fantasía inconsciente de los niños, describiendo así una geografía de la fantasía. Los niños autistas sufren un retardo en el desarrollo porque no pueden diferenciar estas cuatro áreas de la fantasía (Meltzer, 1979).

“Mientras que el mundo desmentalizado del autismo propriadamente dicho se puede caracterizar como unidimensional, el mundo del estado postautista es claramente bidimensional.” (Meltzer, 1979, p. 14). Por un lado, la unidimensionalidad hace referencia a aquel estado en que aún no hay diferenciación entre el yo y el objeto (no-yo), dándose una continuidad sensoperceptual entre el individuo y su ambiente, de tal forma que incorpora el objeto a su propio cuerpo sin ningún tipo de diferenciación (identificación primaria). Por otro lado, la bidimensionalidad se establece cuando la significación de los objetos se experimenta como inseparable de sus cualidades sensoriales que pueden captarse como superficies, de manera que la concepción de sí mismo queda limitada. “Esta superficie sensible puede ser maravillosamente inteligente en la percepción y la apreciación de las cualidades de la superficie de los objetos, pero sus objetivos van a ser cercenados por una empobrecida imaginación, dado que carece de medios para construir en su pensamiento objetos o hechos distintos de aquellos experimentados de manera concreta.” (Meltzer, 1979, p. 199).

La segunda categoría a la que hace referencia el autor es la excentricidad obsesiva de las relaciones objetales. Los mecanismos obsesivos tienen que ver principalmente con el control omnipotente y la separación de los objetos en la constelación edípica. Este mecanismo ataca la capacidad de integrar las diversas experiencias sensoriales a las cuales se les puede asignar significado de tal manera que se tienden a separar las experiencias sensoriales a través del desmantelamiento, de modo que se les quita su significado. “[...] Al ser confrontado por una división del objeto, lealtades incompatibles llevan al self a dividirse de la misma manera.” (Meltzer, 1975, p.25), dando paso a un estado esencialmente desmentalizado y a una suspensión temporaria del reconocimiento del pasaje del tiempo. “[...] Cuando el self se desmantela en sus componentes sensoriales debido a la suspensión de la función yóica de la atención, un yo coherente deja de existir temporariamente: cada fragmento o componente se reduce a su estado primitivo, dominado por el ello y por su economía y dinámica.” (Meltzer, 1975, p.27)

El desmantelamiento implica que los diversos sentidos, se adscriban al objeto más estimulante del momento. La capacidad para suspender la atención permite a los sentidos vagar, cada uno dirigido al objeto más atractivo del momento. Esto produce el desmantelamiento del self como aparato mental. Así, “[...] los mecanismos autistas son intentos de una simplificación masiva de la experiencia, capaz de dispersar la experiencia de objetos en modalidades sensoriales y motrices, pero que, por supuesto, se superponen a sí mismos y caen en el otro lado de la línea divisora entre eventos y experiencias psíquicas.” (Meltzer, 1975, p. 187). El autor hace la distinción entre evento y experiencia explicando que los eventos son discontinuos, no aptos para ligarse y en consecuencia fundamentalmente inaptos para el recuerdo. Al decir que la esencia del proceso autista propiamente dicho es una suspensión de la vida mental, el autor se está refiriendo a la incapacidad del niño para tener un flujo de recuerdos que se agreguen y se organicen en experiencias llenas de sentido.

Etiología y factores desencadenantes.

“A través del reconocimiento de las cualidades de la mente que son peculiares al estado y al funcionamiento de estos niños fuera del dominio del autismo propiamente dicho, podemos ver desplegadas separadamente varias tendencias que, cuando se ejercitan en conjunto, producen el estado

autista.” (Meltzer, 1979, p. 23). Meltzer describe una serie de tendencias mentales que son requisitos de la aparición del autismo como condición patológica, agrupándolas en factores económicos, estructurales, dinámicos y genéticos. El autor, a pesar de no establecer ninguna causa específica, plantea una serie de características o condiciones necesarias que implican fallas propias del niño, más que de la madre o el ambiente; inclusive deja la puerta abierta para contemplar la posibilidad de factores neurológicos.

En cuanto a los factores económicos, el autor identifica los siguientes: “gran inteligencia, mínimo sadismo y en consecuencia mínima persecución, sensibilidad perceptiva y emocional del estado de otros, permeabilidad primitiva a las emociones de los demás, vulnerabilidad a las experiencias depresivas catastróficas, ansiedades persecutorias, disposición gentil, posesividad inflexible del objeto materno de manera tierna y altamente sensual, e intensa tendencia a la repetición. Para referirse a los factores estructurales, es necesario volver a plantear que el estado autista propiamente dicho se puede separar de los estados mentales que existen en el mismo niño fuera del autismo y que la estructura del autismo propiamente dicho es un estado desmentalizado, tal como se describió en el primer apartado. Ahora bien, los factores dinámicos atañen a la tendencia compulsiva a la separación omnipotente y el control de los objetos, que induce ansiedades persecutorias o depresivas, de forma que en los estados obsesivos hay un interjuego de motivos primarios y secundarios de defensa contra la angustia. Finalmente, en relación a los factores genéticos, el autor afirma que “es concebible que el grado de atraso en el desarrollo bien podría tener una relación casi aritmética con el tiempo vital pasado en el estado autista propiamente dicho durante la vigilia y tal vez durante el sueño” (Meltzer, 1979, p.28).

Tipos y/o naturaleza del trastorno.

Meltzer establece una distinción entre el estado autista (autismo precoz infantil propiamente dicho) y los estados postautistas, caracterizando la relación entre uno y otros según la concepción clásica de enfermedad y secuela. Es decir, el autor divide el estado autista propiamente dicho de las cualidades de la mente en general que aparecen en estos niños durante el desarrollo, y que están en cierta forma fuera del autismo propiamente dicho; lo que se llamaría estado residual del autismo. Lo

que caracteriza al estado autista es la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental. La desmentalización que lo caracteriza se compone de una serie de hechos o eventos, pero no de experiencias en cuanto a acontecimientos significativos capaces de almacenarse como símbolos mnémicos a la manera de elementos alfa de Bion. Asimismo, el desarrollo del estado postautista depende de la interacción de las tendencias particulares del niño, especialmente su obsesión y el deterioro de la dimensionalidad en sus relaciones. En el desmantelamiento que caracteriza a los estados postautistas se suspende tanto la percepción del paso del tiempo como de la atención. Los sentidos vagan y se adscriben versátiles a los estímulos más llamativos del momento, descomponiendo el aparato mental. De cierta manera, es como si el proceso de desmantelamiento del self en tanto imposibilita el tener experiencias perceptuales consensuales y la introyección de objetos integrados, se encontrará al servicio de preservar la parte sana de la personalidad de la invasión o sometimiento por parte de aquellas enfermas (Meltzer, 1979).

“De estas dos dimensiones generales de la estructura de la personalidad, organización de la geografía del espacio vital y organización del self y los objetos, la primera parece ser de fundamental significación en la psicopatología de la personalidad postautística (como la llamaremos en adelante, significando tanto lo que queda fuera del estado autista propiamente dicho, como la secuela del autismo precoz infantil.” (Meltzer, 1979, p. 30).

En el estado autista, el niño no puede experimentar, durante ningún período de tiempo, la diferencia entre estar dentro y fuera del objeto; presentan una fuerte tendencia a la fusión con el objeto. Por otro lado, en los estados postautistas, el niño parece relacionarse con un objeto bidimensional rico en cualidades de superficie pero carente de sustancia. “Esto produce un fracaso primario de la función continente del objeto externo y en consecuencia, del concepto de un self continente.” (Meltzer, 1979, p.31). “La consecuencia de esto es un grado extraordinario de dependencia no sólo de los cuidados, sino también de las funciones mentales del objeto externo” (Meltzer, 1979, p.32). De esta manera, el niño emplea y busca controlar omnipotentemente el objeto externo (el objeto de la transferencia materna) como una extensión del self para ejecutar las funciones del yo. “[...] La dependencia observada en el estado postautista es muy semejante a la del recién

nacido, que necesita del objeto tanto para que lo atienda como para que realice sus funciones yóicas.”
(Meltzer, 1979, p.33)

Propia mirada del Autismo

Tras haber hecho la revisión teórica de los autores, se busca ahora formar una intelección propia sobre en qué consiste el Autismo Infantil, basándose en los aspectos más significativos de los distintos puntos de vista de dichos autores. El autismo infantil implica afectaciones en distintos niveles del desarrollo psíquico, en lo que respecta a tres núcleos de alteraciones: en las relaciones objetales (es decir, con otros individuos) y consecuentemente en la formación de la estructura del self (sí-mismo) y en el desarrollo de la comunicación con el otro y el lenguaje. Al no haber una clara diferenciación entre self y objetos tanto internos como externos, se puede observar que los niños autistas parecen carecer de un sentimiento de identidad y habitar un mundo bidimensional de objetos planos e incontinentes; un mundo de sensaciones más que de emociones.

Las dificultades del niño autista en relación a la separación y la individuación y su frágil consciencia de la propia identidad, pueden ser abordadas partiendo del concepto que Freud denominó narcisismo primario, que hace referencia a una etapa temprana del desarrollo en la que el niño, indiferenciado de su madre, parece vivir dentro de un mundo de estímulos que provienen de su interior. La fase inicial de no diferenciación con los objetos puede ser concebida como un punto del desarrollo del niño en el que puede producirse una fijación y al que la regresión puede llevar de nuevo. No obstante, sigue estando no del todo esclarecido si el autismo infantil es el resultado de una regresión o de una detención en el desarrollo. Más bien, nos inclinamos a creer que a diferencia de la psicosis –en la que el individuo rompe con la realidad para regresar a un estado de confusión entre él y los demás y entre él y la realidad-, en el autismo no se da una plena diferenciación entre el self y el mundo (con los objetos), por lo cual el niño autista se encuentra a merced de los estímulos y de las pulsiones, sin saberse capaz de modificar la realidad y sin saber que requiere de otro para satisfacer sus necesidades.

En relación a lo anterior, es importante mencionar que cuando el niño no tiene un “organizador interno”, la madre debe poder servir como amortiguador frente a estímulos internos y

externos, ayudando al niño a organizarlos gradualmente de manera que pueda establecer límites entre lo interno y lo externo. La estimulación que recibe el niño tanto de su interior, como del exterior, no debe ser tan persistente e intensa como para que no se pueda formar una estructura psíquica. De esta manera, estímulos inofensivos para la mayoría de las personas, pueden resultar traumáticos para otras, como los niños autistas, que tienen una predisposición especial de bajos umbrales sensoriales.

Es posible entonces, describir el autismo como una formación masiva de reacciones evitativas frente al dolor psíquico que genera una separación con la madre, que se dio antes de que el aparato psíquico del niño estuviera preparado para sobrellevar la tensión. Cuando estos niños son abrumados por el efecto de estímulos demasiado intentos que resultan traumáticos, su aparato psíquico se cierra al aflujo de nuevos estímulos. Específicamente, en el autismo hay una falta de interés selectiva por, o una evitación de, los estímulos humanos. Así, ante el trauma de separación, el funcionamiento psíquico de estos niños puede quedar congelado e inmovilizado. Cuando en el momento de la separación, el niño no ha tenido un desarrollo adecuado, la pérdida de objeto implicará una pérdida adicional de una parte del niño y un duelo patológico por una fusión y un estado de continuidad con la madre que no podrá volver a recuperarse y que genera un agujero o vacío que no puede llenarse. Se da, entonces, una no-integración de la personalidad, en la que predominan la abolición de las diferenciaciones con los objetos y una búsqueda constante de mantener una dependencia de carácter simbiótico con la madre.

Se observa luego una retirada profunda de todo contacto con personas, pues ante la incapacidad de desarrollar un sentido del si-mismo, el niño es incapaz de concebir al otro como un individuo distinto en sí-mismo con el cual resulta beneficioso comunicarse o relacionarse. Observando la actitud particular de los niños autistas, se podría pensar que son solitarios y extremadamente independientes en su actuar. Sin embargo, al carecer de un organización interna y de un adecuado desarrollo del sentido del sí-mismo, los niños autistas en realidad son sumamente dependientes, no solo de cuidados, sino también de objetos externos que él pueda utilizar como una extensión del self para ejecutar las funciones de un self que no se ha podido conformar. De esta manera, el niño emplea y busca controlar omnipotentemente los objetos externos, satisfaciendo así una necesidad obsesiva de sentir que controla lo que sucede.

II. Arteterapia

Contextualización

Visión holística del proceso de creación de imágenes.

El proceso de creación de imágenes, o bien de obras de arte, es un proceso que atañe los contenidos inconscientes del individuo. En la práctica, al modificar plásticamente una imagen, al actuar sobre una obra determinada que produce un individuo particular, se produce paralelamente una transformación. Dicha reforma o modificación en la obra es reflejo de lo que ella representa internamente para el sujeto; sus esquemas, patrones de pensamiento, formas inconscientes, mecanismos de defensa, entre otros. Así, un proceso arteterapéutico podrá seguir diversas vertientes de trabajo, pero todas ellas tienen entre sí un factor común, “la creatividad”. Ésta se entiende como aquella capacidad de ser generadora de nuevas ideas, de soslayar barreras, llegar profundamente dentro de nosotros mismos (Ledoux, 1984). El valor del potencial terapéutico que encierra la creación de imágenes plásticas será recolectado en la amplia literatura que posteriormente se desarrollará por apartados específicos, y según la visión adoptada de los autores centrales de este método de terapia.

Ahora bien, el proceso de la creación de imágenes reviste gran importancia en arteterapia, pues compone uno de los medios más poderosos de comunicación no verbal y es agente de cambio y desarrollo propio y unitario observable, inclusive en aquellos casos vistos donde las personas tratadas sufren de trastornos o perturbaciones graves. En la relación particular que se da entre paciente y arte terapeuta, éste último desarrolla su rol atendiendo a tres pilares básicos de intervención sobre el sujeto: el estético, el pedagógico y el terapéutico. En relación a estas tres esferas, los terapeutas actuarán dependiendo de las condiciones del caso particular; pero en todo caso se tendrá en cuenta que aquellas serán simultáneas, alternativas o excluyentes según la evaluación que realice el arte terapeuta, acerca de las necesidades particulares en cada sujeto actuante (Ledoux, 1984).

El sentido último que impulsa esta investigación mantiene una total coincidencia con la opinión del psicólogo argentino Magnasco:

“Escribir, pintar, dibujar, filmar, para atrapar por y en el texto alguna cosa, algo que el paciente no puede decir. Algo muchas veces inarticulable, imposible de ser apropiado, un desorden infantil: lo que no habla, pero es hablado. El resto de la infancia que perdura en el adulto. Un taller de arteterapia puede ser definido como el momento para comenzar un relato; que nunca es desde el principio y siempre será inacabado. Sin embargo, contiene una lógica interna, un círculo, una frase que comienza con el deseo de participar y que tiene su punto de sentido en la circulación de los trabajos más allá del primer Otro observador, el terapeuta. Más allá también del grupo de iguales, cuando la exposición puede circular en un campo abierto de la comunidad” (Magnasco 2000, citado por Dowmat, 2003, p.19).

Breve historia de la arte terapia.

Según Hogan (2001), se puede afirmar que los comienzos de la arteterapia se remontan a los años 40, después de la Segunda Guerra Mundial. La inserción inicial del arte dentro de un marco terapéutico era mayoritariamente parte de una terapia recreativa u ocupacional en hospitales psiquiátricos en los años 40 y 50. Los primeros terapeutas que utilizaron el arte en sus consultas eran personas que habían tenido algún tipo de formación básica en arte y quienes, a su vez, tenían como responsabilidad mantener al paciente “calmado”, expresando sus emociones de una manera menos amenazante.

El término <Arteterapia> fue utilizado por primera vez por Adrian Hill en 1938, un artista y profesor británico que usó medios artísticos mientras estaba en un sanatorio con tuberculosis y motivó a otros pacientes a hacer lo mismo. En dicho sanatorio, además de los pacientes con tuberculosis, se encontraban pacientes de la Segunda Guerra Mundial. El proceso de pintar y dibujar ayudó a los mismos, a expresar sus ansiedades sobre la enfermedad y verbalizar sus sentimientos acerca de las escenas de guerra de las que habían sido testigos. “Hill consideraba que la arteterapia, además de ayudar al paciente a contrarrestar la atrofia mental y física, tenía un valor en el diagnóstico para indicar el origen de las perturbaciones o malestares psíquicos de los pacientes” (Hogan, 2001, p. 37).

Simultáneamente, en Estados Unidos Margaret Naumburg y Edith Kramer trabajaban en arteterapia y comenzaban a desarrollar una teoría según sus experiencias. Ambas basaron sus trabajos en el pensamiento Freudiano; “Naumburg enfatizaba más en el aspecto de interpretación, mientras que Kramer lo hacía en el proceso artístico” (Hogan, 2001, p. 45). Según Hogan (2001), los conceptos de comunicar las ideas propias o personales por medio de la expresión artística o plástica y conseguir al mismo tiempo que lo anterior produjese cierto bienestar o alivio a nivel afectivo como resultado de crear “Arte” subjetivamente, es una concepción antigua. No obstante, la disciplina de la arteterapia, que es la representación viva de dichos conceptos, es supremamente nueva e innovadora. De esta forma, los primeros libros que se adentran en el ámbito, datan no más allá de la década de los 40, precisamente cuando Naumburg, formuló por primera vez teorías que concernían al uso terapéutico mediante la expresión gráfica.

Naumburg, educadora de profesión con estudios en psicología, dedicó gran parte de su trabajo a desarrollar técnicas de arteterapia y establecer la arteterapia como una profesión. Ella consideraba que la disciplina de la arteterapia, con el uso del lenguaje simbólico, era un método más efectivo para llegar al inconsciente que una terapia únicamente verbal. Naumburg fundó en 1915, el Walden School en la Ciudad de Nueva York, donde instauró aquella visión psicoanalítica cardinal para promover la importancia del inconsciente en los ámbitos tanto de la educación como de la psicoterapia. El papel que juega el arte, tanto en la educación como en el ámbito terapéutico es de suma importancia y es reconocido en la actualidad en su mayoría, por estudiosos en los campos de la filosofía, educación, psicología y algunos artistas. Naumburg puso en práctica supuestos de su teoría, como el hecho de que el desarrollo emocional de los niños, criados por medio de estímulos de expresión creativa espontánea les motiva en sí al aprendizaje individual intrasujeto. Asimismo, desarrollaba su método de enseñanza modificando los parámetros a cada individuo, es decir, tomando en cuenta sus potencialidades subjetivas (Hogan, 2001).

Según Hogan (2001), Naumburg posterior a la fundación de la escuela desarrolló el concepto de “Dinamically Oriented Art Therapy” (Arteterapia Dinámica). Con este concepto pretendía establecer un método para tratar pacientes neuróticos y psicóticos adultos, además de niños y

adolescentes con problemas emocionales. Con el desarrollo de su trabajo, la terapeuta comienza a atribuirle menos importancia a la experiencia artística del paciente y más al trabajo artístico, pues consideraba que la obra es el lugar donde se registran fantasías inconscientes y conflictos internos sin la censura que puede ocurrir en la terapia verbal. El arte es así, una forma de “discurso simbólico” básico, lo que constituye que: “la expresión de arte en forma espontánea es básica al tratamiento de la psicoterapia” (Naumburg 1966, citada por Hogan, 2001, p. 49).

Hubo también otras mujeres pioneras y terapeutas, especialistas en la temática que siguieron el camino de la arteterapia, generando nuevas aportaciones y supliendo carencias a las teorías nacientes, entre ellas Edith Kramer, quien incorporó principios Freudianos en su trabajo de forma más amplia que Naumburg. Kramer como relata Rubin (2009), fue una gran artista y educadora nacida en Austria, quién trabajó especialmente en el ámbito de la clínica infantil con población de niños. Su familia huyó a Nueva York recién los nazis tomaron el poder y se estableció en Estados Unidos, realizando y comenzando su carrera en prácticas hospitalarias, especializándose en el área del psicoanálisis. Kramer, creía que el arte es “una manera de integrar las partes del “*self*” y crear un balance desde un plano artístico” (Kramer, 1985, citada por Rubin, 2009, p. 41). A esta autora le interesaba claramente más el proceso creativo *perse*, pues consideraba que es “este proceso artístico el que permite al paciente recrear sus experiencias primitivas y sentimientos ofreciéndole la oportunidad de solazar las mismas, para resolver e integrar el conflicto latente” (Kramer, 1985, citada por Rubin, 2009, p. 42). Dichas ideas aún se utilizan para comprender el uso del arte en terapia.

Por otra parte, ha de mencionarse a Florence Cane que en su momento, cuando la mayoría de enseñanza en arte significaba simplemente una somera instrucción en habilidades con el realismo como la meta, hizo al mundo comprender la suma importancia de rol que jugaban las emociones como fuente esencial para la creatividad. Cane perteneció temporalmente a la escuela Walden de Naumburg (1920) y planteó una crítica respecto a lo que se estaba enseñando en las aulas y a la visión aportada por Naumburg, ya que “estaban quebrantando la creatividad y la individualidad intrasujeto” (Cane, 1938, citada por Rubin, 2009, p. 43). Posteriormente, le solicitó a Naumburg que le permitiera conducir un experimento bajo sus propios términos en una de sus aulas. Así, el método de Cane

amplió la concepción del marco arteterapéutico, pues instauró el uso de movimientos, sonidos y la técnica del garabato; todo ello con la meta última de liberar al infante de barreras, evocando una modalidad de asociación libre para alcanzar elementos de la fantasía subjetiva y el inconsciente (Rubin, 2009).

Para las décadas de los 60 y 70 afloran programas educativos para aprender arteterapia y educarse en ella como profesión. Se forman asociaciones de arteterapia en Gran Bretaña y Norteamérica para llenar la necesidad de validar y profesionalizar dicha disciplina. En 1964, se crea la British Association of Art Therapy (Asociación Británica de Arte Terapia) y le sigue, en 1969, la American Art Therapy Association (Asociación Americana de Arte Terapia), oficializando definitivamente la unión entre el arte y la psicología (Rubin, 2009, p. 60). Igualmente, Hogan comenta que debido al movimiento de anti-psiquiatría, también comienza a concebirse la arteterapia desde otros marcos de estudio y surgen acercamientos a la misma.

Nacen así el movimiento Gestáltico y otras terapias de modalidad humanística. La teoría Gestáltica a pesar de teorizar nuevos postulados se vincula primordialmente a aquellos Freudianos de interés para el presente trabajo, ya que da cuenta de que la creación artística permite al “*self*” interior del sujeto plasmarse en papel o en una escultura, a la que luego se puede acercar, evaluar y comprender y que es parte de la persona. De esta forma, al paciente se le permite sentirse parte de lo expresado, así como encontrarle significado y vincularse a aquello que el mismo exterioriza. Cabe mencionar el trabajo de Janie Rhyne y sus ideas en la presente modalidad. Coincidiendo con el movimiento de anti-psiquiatría nacen también los grupos de arteterapia que se llevan a cabo dentro de lo que se denominan las “comunidades terapéuticas”; los mismos, fueron llevados a cabo por psicoterapeutas especializados en grupos, con la asistencia de un artista o por artistas o arteterapeutas que se estaban formando a su vez como grupo de analistas (Rubin, 2009).

Habiendo hecho este recuento histórico, para hablar del fortalecimiento de la arteterapia como profesión es necesario referirse a los planteamientos de Hogan. El autor afirma que el arteterapia por fin se puede considerar como una disciplina legítima, la cual incorpora tanto elementos del arte como de la psicoterapia o psicología “analítica”. Así, en las últimas décadas aumenta la cantidad de países en

los que la arteterapia es ejercida como profesión y se incrementa rápidamente las formaciones de la misma a nivel mundial. Ya establecida y avalada, este arte de hacer terapia, como le llaman algunos de sus pioneros está abierta al público general y a la academia (pacientes, estudiosos, entre otros), que pueden tomar ejemplo de arteterapeutas que ya practican, ver casos variados y estudiar los campos en los que puede funcionar la arteterapia, además de la salud mental. Se comienza a utilizar con diversos colectivos y en gran variedad de instituciones, pues ya no se limita a los hospitales o la rama de la psiquiatría y psicología clínica (Hogan, 2001).

Joy Schaverien, según Hogan (2009), es una de las autoras que más ha contribuido al desarrollo de la profesión en las últimas décadas, logrando dar forma teórica a fenómenos propios de la arteterapia. Schaverien, es arteterapeuta y psicoanalista, trabaja con enfermos mentales adultos e infantiles, además de ser profesora de los máster de varias universidades inglesas, en donde ha indagado sobre la “creatividad” y el “acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas”, junto a la misma Judith Rubin, basándose en los postulados de Kramer, Naumburg, Ulman, Cane, Winnicott, entre otros. Una de las aportaciones más relevantes de Schaverien a la teoría de la arteterapia es la del triángulo terapéutico, el cual se usa para explicar la relación entre el paciente, el terapeuta y la obra, y propone que esta relación debe fluir en las tres direcciones. Igualmente, ella considera que la interpretación verbal de las imágenes en arteterapia no es necesaria ni deseable, ya que el discurso verbal tiende a fijar el significado eliminando otras vías posibles. Dicha teoría es adoptada y ampliada por Tessa Dalley en sus múltiples obras individuales, de investigación y práctica y en unión con Caroline Case, en el “Handbook of Art Therapy” (Manual de Arte Terapia), explicando el marco o *setting* en que las intervenciones arteterapéuticas se deben llevar a cabo

(Hogan, 2001).

Dalley, Tessa

El contexto.

Según Dalley (1987), la terapia artística tiene sus fundamentos en el psicoanálisis pues se centra en el estudio de los procesos “emocionales” que fundamentan la realidad interna, es decir,

nuestra representación personal del mundo circundante y de nosotros mismos, que es lo que explicaría nuestra conducta. Dicha realidad interna se forma mediante los intercambios con el mundo externo de manera que interiorizamos a “nuestro modo” la propia experiencia. Así, el aspecto inconsciente es de suma importancia ya que condiciona nuestro mundo emocional y nuestra conducta resultante. La psicoterapia artística es de esta forma dinámica, pues “entiende el mundo mental como una correlación de fuerzas en conflicto y movimiento, de forma que el conflicto intrapsíquico es inherente al ser humano” (Dalley, 1987, p. 14). En arteterapia el paciente es capaz mediante el símbolo, de expresar material inconsciente en su obra, asimismo, la obra es por sí sola portadora de material simbólico que en el presente quehacer se utiliza como lenguaje, trabajando sobre las indiscutibles metáforas de un proceso creativo único y personal intrasujeto.

Definición de Arteterapia.

Arteterapia o psicoterapia por el arte, “implica el uso de los diferentes medios artísticos (visuales) a través de los cuales el paciente puede expresar y trabajar sus dificultades, problemas o asuntos que le han traído a la terapia. En la relación terapéutica, el paciente y el terapeuta están ocupados en trabajar juntos para entender el significado de la obra producida, además envuelve el uso del arte (pintura, dibujo, murales, escultura, así como, la elaboración de - mosaicos, cuentas, trabajo en madera, recortes) para que el paciente pueda expresarse en un proceso creativo y artístico único y personal.” (Case y Dalley, 2006, p. 1). En palabras más sencillas la terapia artística, recalca Dalley (1987), es utilizar el arte y otros métodos de esta índole, dentro de un entorno terapéutico o de tratamiento. Sin embargo, cabe resaltar que no es una tarea sencilla, ya que abarca desde un niño que comienza a realizar garabatos para expresarse, hasta el adulto con deficiencias cognitivas, o una mujer con un cuadro depresivo mayor, quienes su dedicación es pintar cuadros. La autora se pregunta si a esto se le podría llamar arte, y si fuera afirmativa la respuesta, ¿para qué serviría?, destacando que la única forma de comprenderlo, es entender la relación entre arte y terapia. Por tanto, la actividad artística que se lleva a cabo en un entorno terapéutico, con propósitos de tratamiento y con la presencia de un terapeuta tiene unos objetivos y metas delimitados. “En el caso de la terapia, lo más importante de todo es la persona y el proceso, dado que el arte se utiliza como medio de comunicación

no verbal, es decir, la actividad artística proporciona un medio concreto, no verbal, a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y esto puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico” (Dalley, 1987, p. 15). En consecuencia la esencia de la terapia artística está en el resultado terapéutico obtenido de aquella actividad que concierne crear algo.

El proceso de la terapia artística está cimentado en reconocer que tanto los sentimientos como los pensamientos más básicos del ser humano, procedidos del inconsciente, alcanzan verdadera expresión por medio de imágenes y no de meras palabras o comunicación verbal (Dalley, 1987, p. 15). El valor de la comunicación por medio de imágenes y símbolos es según Dalley (1987), “considerado como más oscuro e incluso como algo místico. La ambigüedad del arte en general lo coloca al margen, separado de la corriente principal de la comunicación, ya que las personas no confían demasiado en entender su significado o mensaje. Debido a ello, el arte y los artistas (pacientes que pintan o se expresan por dichos medios) con facilidad generan estereotipos. En terapia, los individuos suelen reaccionar ante la utilización del arte de acuerdo con la forma en que perciben su propia creatividad o en conformidad con su reacción frente al arte en general” (Dalley, 1987, p. 18).

La comunicación e interpretación.

En arteterapia un símbolo según la autora puede ser algo que es expresado inconscientemente –por una forma surgida de la actividad artística, por una pintura, por la asociación de éstas con la experiencia personal– y es visto como una expresión o comunicación. De esta forma, el acto de la terapia puede implicar “mirar cómo esta comunicación simbólica puede asistir al proceso de transformación o de cambios saludables del paciente” (Dalley, 1987, p. 14).

Cada producción artística original que realiza el paciente representa en cierto grado un aspecto de esa persona, “es única en sí misma, nadie más puede crear el mismo resultado sobre un papel o una tela” (Dalley, 1987, p. 20). De esta manera, el arteterapeuta ayuda al paciente a entender su propia pintura, subraya la autora, “sin embargo, esto no implica un análisis directo o una interpretación, sino una recíproca sugerencia y exploración –tanto del cliente como del terapeuta– acerca del significado de las imágenes” (Dalley, 1987, p.25).

“Sólo en el caso de que sepamos esperar, el paciente alcanza la comprensión, de manera creativa y con una inmensa alegría” (Dalley, 1987, p. 26). Los logros en la interpretación se alcanzan primordialmente para que el paciente se dé cuenta de aquellas limitaciones en su propia visión, al igual que en las comprensiones del terapeuta mismo, pues es un trabajo en equipo. El principio fundamental consiste en que es únicamente el paciente quien posee las respuestas, y de esta forma permitirle o no que entre en razón de lo que sabe, o que se haga consciente de ello, con una actitud de aceptación, mediante su proceso creativo y el trabajo comprensivo psicoterapéutico.

La creatividad y proceso creativo.

Cualquier enfoque teórico de la arteterapia o terapia artística como le llama Dalley (1987), toma en cuenta la noción de la “creatividad”, la cual está asociada a todos los otros procesos artísticos, pues la creatividad es el fenómeno que explica cómo funciona el proceso creativo dentro del marco arteterapéutico. Sin embargo, dicho fenómeno es complejo y por ello la autora alude a una definición en concreto, demarcada por Anthony Storr quien dice que “la creatividad es la capacidad de hacer que exista algo nuevo para la persona” (Storr, 1972, citado por Dalley, 1987, p. 19).

En la arteterapia el proceso creativo de la actividad artística cobra relevancia y el objetivo de conseguir una obra final es secundario. Este proceso creativo y la obra resultante en cada sesión o el producto bruto, proporcionan un foco de discusión, análisis y reflexión. Como destaca la autora “el arte en la terapia muchas veces puede hablar silenciosamente” (Dalley, 1987, p. 20). El trabajo artístico es así, algo concreto que contiene una forma física, por lo que puede funcionar como una memoria del proceso terapéutico, de realizar el objeto y de la interacción entre terapeuta y paciente.

Marco o Setting: La terapia artística en la práctica.

Según Dalley (1987), el marco de la terapia artística o “setting” está demarcado por unos límites terapéuticos, entre ellos, se encuentra el espacio, el cual puede ser físico o psíquico; el tiempo, el cual es regular y por último la confidencialidad, con su alianza de trabajo, objetivo de privacidad e intimidad terapéutica. Es importante mencionar que en el espacio, el físico es el taller artístico y los materiales, mientras que el espacio psíquico está caracterizado por el concepto de “Espacio Potencial”

de Winnicott, D. Dicho espacio potencial en la psicoterapia “se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor de terapeuta se orienta a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar, a uno en el que le es posible hacerlo” (Winnicott, 1999, citado por Dalley, 1987, p. 26). Aspectos de estos límites pueden variar dependiendo del entorno, institución donde el/la arteterapeuta trabaje (por ejemplo, no disponer de una sala propia). En estos casos, el marco interno de la terapia, la relación entre el paciente, arteterapeuta y el proceso artístico, es el que permanece (Dalley, 1987).

Como se mencionaba con anterioridad según la autora, el marco interno consiste en aquellos elementos de la relación arteterapéutica. Es decir, mientras que en un entorno de psicoterapia verbal la relación terapéutica se da entre dos personas, la del terapeuta y la del paciente, o entre varias en caso de ser grupal, en la terapia artística o arteterapia, la relación se amplía a una tercera dimensión, la de la imagen y los objetos creados: “la relación se convierte en triangular [...] En el espacio psicológico que se da en esos tres vértices, es donde los fenómenos de las proyecciones tendrán lugar” (Case y Dalley, 2006, p. 3).

Kramer, Edith

El contexto.

Según la autora, en los últimos años se ha aceptado considerablemente la idea de que la autoexpresión por medio del arte es beneficiosa para las personas, específicamente para aquellas que no encuentran satisfacción o bienestar pleno en sus vidas. Diferentes profesionales en áreas del trabajo social, la medicina familiar, psiquiatría y psicología han aceptado y considerado paulatinamente aconsejar a sus pacientes perturbados que busquen consuelo, motivación y satisfacción, canalizada por medio del proceso artístico personal. Kramer plantea que dicha búsqueda de cierto grado de salvación por medio del arte ha tomado fuerza en la actualidad, por ser un tiempo en el que existe un gran vacío existencial y en el que el arte ha desaparecido como componente normal de la vida cotidiana de las personas que no están permeadas por un alto grado cultural. Es decir, “existe el arte como parte de la

cultura y representación histórica, pero no como un arte de expresión personal y proceso creativo individual de nuestros propios pensamientos y sentimientos” (Kramer, 1985, p. 23).

Cuando la mayoría de los productos son elaborados por la tecnología, la persona promedio pierde y extraña el sentido de bienestar que emerge cuando el patrón de vida se refleja y se confirma por la apariencia física del contexto ambiental. Le resulta imposible contribuir a estas formas con sus manos en tareas que son parte de la vida cotidiana. La autora opina que esto “ha creado un hambre oculta, un sentimiento de vacuidad y un temor a la pérdida de identidad que impulsa a la gente a buscar experiencias artísticas donde aún se pueden encontrar” (Kramer, 1985, p. 24). Esta necesidad se puede ilustrar en forma simple como un gran deseo de “autoexpresión” (Kramer, 1985).

Definición de Arteterapia.

Según Kramer (1985), como la arteterapia es un intento organizado de llevar el arte a la vida de las personas perturbadas o con algún malestar psíquico, también es una respuesta a la necesidad de “autoexpresión” satisfecha. Asimismo, como se ha reconocido por la teoría y la práctica que el arte es en alguna medida “bueno” para las personas, éste se ha tratado de introducir en los ambientes artificiales o clínicos que la sociedad proporciona a los pacientes con dificultades de diversa índole psíquica; y como éste ya no es un componente normal de la vida cotidiana, se deben hallar profesionales que promuevan y practiquen de forma atractiva esta materia “misteriosa” o metafórica de descifrar (Kramer, 1985).

La meta de la arteterapia según Kramer (1985), además de las habilidades que la misma práctica induce, va más lejos de los objetivos de la simple recreación, juego o educación artística ocupacional. Sin embargo, para comprender cómo funciona por completo la terapia basada en el arte, se ha de reconocer “cuán profundamente la ausencia de una tradición viva en las bellas artes y la carencia del arte en la vida diaria influyen en el trabajo del terapeuta artístico” (Kramer, 1985, p. 24). De esta forma, para despertar y alimentar el espíritu creativo en una comunidad de personas con dificultades emocionales, toca ir más allá del área de competencia del mismo terapeuta y trascender a la competencia del terapeuta artístico. Puesto que éste trabaja con el arte en su forma más pura y simple está en una posición en la que es posible experimentar. Luego, el arte en su modalidad

terapéutica puede contribuir a la comprensión y en ciertas ocasiones a la misma solución del problema que arraiga consigo el paciente.

También es de gran importancia para la presente revisión, el carácter especial de la definición de arteterapia en la infancia y la regularidad de su desarrollo en un medio donde se practicara el arte popular. Según la autora, el estilo ingenuo del arte popular, lo comprende fácilmente el niño. Los niños que crecen dentro de este medio comienzan a imitar con éxito el arte de sus mayores desde temprana edad, por lo tanto, las características infantiles del arte de esos niños no son captadas por el observador. Cuando, por otra parte, “prevalecen tradiciones de un arte evolucionado, se ignoran o desalientan los productos infantiles porque no son aceptables dentro de esas normas” (Kramer, 1985, p. 25)

Según Kramer en el momento en que el arte popular comienza a declinar, el arte infantil empieza a llamar la atención. Así, los productos no sólo de los niños promedios, sino enfermos, vulnerados, autistas con extrema pobreza para la autoexpresión verbal, personas con retrasos mentales o deficiencias cognitivas, tomaron fuerza e interés por: su capacidad de autoexpresión y comunicación no verbal y la creatividad -grotesca para algunos-, que en muchos casos se creía éstos no poseían (Kramer, 1985).

Los procesos, enfoque y métodos teóricos.

El enfoque principal del psicoanálisis según Kramer (1985), se desplazó de su fascinación con el inconsciente y de la interpretación de los sueños y los síntomas, hacia la indagación de las diversas fases en el desarrollo de la estructura psíquica y después al estudio del yo. Terapeutas del arte y creadores de esta práctica, como Margaret Naumburg se enfocaron inicialmente, con mucho énfasis, en la interpretación del significado inconsciente y de los símbolos gráficos en la producción artística, al igual que posteriores seguidoras como Tessa Dalley (también documentada en esta tesis).

Al observarse una cercana relación entre forma gráfica y estructura del carácter, se incrementa también el interés en las cualidades formales de todo trabajo artístico y en el diagnóstico como tal. Cuando se logra entender de una mejor forma la psicología psicoanalítica del yo, se reconoce

a su vez, que “la consistencia interior, la unidad de la forma y el contenido en el arte y el proceso creativo eran obra del ego, las cualidades estéticas se convirtieron en fenómenos dignos de ser observados” (Kramer, 1985, p. 26). Según la opinión de la autora, hay evidencia de que la falta de experiencias artísticas, y la saturación concomitante de pseudo-arte entre extensos segmentos de la población, componen una condición patogénica. El terapeuta artístico se encuentra entonces en posición de ayudar a la comprensión de condiciones y también de dar apoyo al desarrollo de métodos para resolverla. De tal manera, al haber un incremento en el interés de la función del medio físico en su globalidad para la comprensión de las dificultades emocionales como tal, “la arteterapia une sus fuerzas a la nueva disciplina de la psiquiatría de la comunidad, la cual se enfoca en la relación entre las condiciones socioculturales y el surgimiento epidémico de síndromes específicos de trastorno emocional (Kramer, 1985).

La terapia del Arte en la práctica infantil y la Educación Artística (arte, comunicación y setting).

El terapeuta artístico que trabaja con niños según Kramer (1985), basa su programa -por regla general- sobre los métodos desarrollados por educadores que han influido drásticamente en la educación artística de la actualidad, aun cuando los modifique en forma considerable de acuerdo a necesidades específicas del paciente o niño y su problemática. Asimismo, es sumamente importante recalcar el descubrimiento de que el arte en niños se desarrolla en una secuencia típica y predecible. Así:

“Las líneas y las configuraciones, la representación de las figuras humanas, de los objetos y del espacio, todo se origina de acuerdo con leyes internas que no deben ser perturbadas. Este descubrimiento liberó a los niños de tener que intentar lo imposible, de representar al mundo de acuerdo con los conceptos de sus maestros adultos, y fue así como pudo florecer el arte infantil” (Kramer, 1985, p. 28).

La autora también señala que algunos niños atípicos (los del espectro autista leve, los famosos “idiot savant” o Asperger) poseen dones innatos y con frecuencia se desenvuelven rápidamente en tareas artísticas con un fin comunicativo y auto-expresivo, aun cuando en el lenguaje y en su

desarrollo general tengan algún impedimento. De hecho, como el funcionamiento del arte –sea éste vislumbrado en la pintura, música, escultura, manualidades, etc. – tiende a ser independiente de aquella capacidad de relacionar objetos y para las pruebas de realidad, las ejecuciones excelentes en el proceso creativo artístico pueden ser más frecuentes en dichos niños, al tener un talento innato. Al parecer, “las energías integrativas disponibles tienden a fluir a aquellas áreas donde el funcionamiento permanece posible [para] producir un florecimiento hipertrófico de facultades aisladas” (Kramer, 1985, p. 28). Una ejecución semejante completamente aislada no es posible en todas las artes, aunque con la arteterapia los niños con trastornos severos pueden llegar a producir un trabajo espléndido, demostrando no solamente el talento, sino también la edad mental, la personalidad y la capacidad del yo para su integración, así como la naturaleza de la relación del niño con su mundo material circundante (Kramer, 1985).

Según Kramer (1985) al evaluar el arte de los niños, es supremamente útil hacer una separación de los elementos que sean particulares de la edad mental, de los que expresan rasgos individuales de tipo permanente: “un dibujo puede ser estático o pletórico de ritmo y movimiento, rico o empobrecido; la forma puede dominar al color, o éste dominar a aquella; puede estar fragmentado o bien integrado, original o insulso, etc.” (Kramer, 1985, p. 29). Son dichas cualidades las que dan cuenta de la personalidad del niño artista, así como la forma de representación o el modo como se concibe el espacio. Estos también serán rasgos típicos de otro grupo generacional de niños, los cuales algunas veces pueden coincidir o no en su edad cronológica (Kramer, 1985).

Otros autores, de la línea de Lowenfeld y Cane han descrito la interdependencia entre la vitalidad y el poder evocativo del arte infantil, así como su sentido de identidad, mostrando como a niños con algún tipo de impedimento se les puede reforzar ese sentido de identidad. Demostraron un trabajo artístico notable al ayudar a que los niños sintieran y supieran quienes eran, qué podían hacer y a dónde pertenecían. Asimismo, desarrollaron técnicas para combatir ciertos bloqueos y estereotipos, estableciendo situaciones que impedían la planeación intelectual y facilitaban el proceso de relajación de los mecanismos de defensa. De esta manera favorecieron los movimientos que se encargan de ocupar todo el cuerpo en el acto de dibujar, la proyección de imágenes, la concentración en los recuerdos y en las experiencias interiores (Kramer, 1985).

Kramer (1985) menciona que la aceptación de los estados de ánimo y de las fantasías propias como temas de expresión artística ha abierto un camino a las obras y procesos creativos; de manera que aquellos enfoques que llevaban hacia la conciencia exacerbada del sí mismo fueron especialmente útiles al trabajar con pacientes perturbados emocionalmente, que suelen estar excesivamente preocupados con sus conflictos y obsesiones internas, enclaustrados en el mundo privado, para poder tener algún tipo de receptividad a las impresiones o estímulos externos. Luego, este nuevo conocimiento, y los métodos inspirados que de él se desarrollaron, hicieron que la enseñanza del arte fuera adaptable al mundo personal del individuo. Mientras que la arteterapia no es idéntica a la enseñanza del arte, los métodos progresistas en ésta última son instrumentos invaluableles en los programas de arteterapia (Kramer, 1985).

La obra y su interpretación en infancia con dificultades.

Kramer (1985) plantea que en la obra infantil se puede dilucidar que el garabato -el más característico de todos los trazos dentro de un caos estereotipado en los pacientes que son niños-, no es ya una aventura sino una rutina y es la corrupción de una idea sana. El procedimiento inicial comienza como se había mencionado, con el “dibujo” libre o movimientos corporales que dibujan formas comunicativas, sin embargo:

“Ya no lo crea el movimiento rítmico del cuerpo (primera fase, la libertad en el movimiento, escogencia de materiales y trazado sin sentido), sino los movimientos aleatorios de la mano en el papel entregado durante la terapia, ejecutados sin satisfacción ni convicción. La segunda fase (la proyección de una imagen en el garabato o su identificación con un estado de ánimo o sentimiento) es suprimida completamente. La tercera fase (la terminación de la imagen) se ve remplazada por la coloración de las áreas producidas mecánicamente. Es trabajo activo comparable al libro tradicional para pintar colores, con la excepción de que éste puede estimular fantasías acerca de la historia que representa, en tanto que el garabato no tiene ningún significado. Además los garabatos tienden a no diferenciarse por eso la importancia del arteterapeuta como mediador en el proceso creativo y artístico del niño” (Kramer, 1985, p. 33)

Ahora bien, existen otras metodologías en arteterapia, por ejemplo, las actividades con pinturas y otros materiales son menos áridos que los garabatos. Además, hacen sentir a los niños

estimulados y entusiasmados por la gran diversidad de colores y texturas con las que pueden experimentar o descubrir; comprende un entorno menos estructurado y más afable también para la conexión arteterapeuta-paciente. Pero aquí la actividad también se detiene antes de convertirse en trabajo creativo, ya que “se enseña a los niños a que hagan diseños al dejar caer cordeles saturados de color sobre el papel, al hacer manchas de color del tipo Rorschach, y por medio de innumerables trucos que aseguran un éxito fácil hasta para el niño con menos imaginación” (Kramer, 1985, p. 34). No se alienta a desarrollar figuras de estos experimentos y difieren de los trazos en garabatos por tener un carácter impersonal, caótico y excitante, en lugar de ser impersonal, confuso e insulso.

Ambas metodologías inventadas en arteterapia e implementadas en la práctica por la autora, estimulan la originalidad del infante y la auto-expresión. Asimismo, son menos distorsionadas que las primeras metodologías en enseñanza de arte infantil, pues al final no es el producto lo que importa sino el proceso creativo de cada individuo particular, que a pesar de detenerse se puede observar y reconfigurar, haciendo una reconstrucción de cada contacto artístico que tiene y que comunica o le transmite dicha interacción (Kramer, 1985).

La autora menciona que se debe ser precavido con la introducción de múltiples técnicas artísticas en el proceso arteterapéutico, pues dicha saturación no hace más que sustituir la exploración de las infinitas posibilidades y combinaciones de cada medio por una familiarización superficial, con la multitud de técnicas a modo superfluo y sin significado profundo. Los niños se vuelven ansiosos ante la riqueza de nuevos estímulos y se hayan empobrecidos entre la riqueza de bienes que no han aprendido a utilizar aún de forma creativa (Kramer, 1985).

En relación con lo anterior, se afirma que los niños con trastornos emocionales son todos en cierta medida, dependientes de las gratificaciones y muchos de ellos carecen de ellas o no las perciben si son de índole social. Esto destruye su capacidad para buscar satisfacciones genuinas para sus necesidades emocionales, especialmente en edades más cercanas a la pubertad o adolescencia, no cuando son tan pequeños. Según la autora, la arteterapia es una tarea de rehabilitación en la que se tiene no sólo que resolver las necesidades aún insatisfechas, sino también retirar las ofensivas insatisfacciones superficiales. ¿Cómo se logra esto? Pues según Kramer (1985), cuando un niño se ve

confrontado con un papel en blanco y la invitación a expresar algo en él, llega a estar consciente de una grande y aterradora vacuidad. “La carencia de un yo sólido y la ausencia de relaciones han vaciado al mundo de sustancia y significado” (Kramer, 1985, p. 40).

Cuando existe este vacío mayor, el garabato o la mancha de color por mucho llega a ser una mariposa; una explosión o un “diseño” y de ahí no va a más. De esta forma, estos niños no podrían convertir los anteriores “diseños” en arte abstracto ni siquiera, imprimiéndoles una forma deliberada a configuraciones accidentales, y menos desarrollarlos en imágenes con algún tipo de representatividad. Luego, los niños que hacen arte abstracto son aquellos que de alguna forma han logrado también proyectar imágenes representativas sobre formas o estructuras accidentales. Dichos niños no alcanzarán a ir más allá de un abandono pasivo a la causalidad, en donde toda producción será accidental, es decir, sin proceso creativo como tal. No obstante, la autora afirma que “también existen constricciones y perfeccionismo, la tarea no es tanto la de liberar al niño de inhibiciones, como la de ayudarlo a convertir su fantasía caótica en imaginación y desarrollar sus facultades, su capacidad de observación y auto-observación” (Kramer, 1985, p. 42).

Los obstáculos principales para la expresión creativa serían según Kramer (1985), en lugar de inhibiciones y culpabilidades, un temor a la vacuidad y el aniquilamiento. El trabajo frente a ello, no es satisfactorio de inmediato, pero al lograr el éxito en liberar a un niño hay un incremento en las energías disponibles y alivio de la depresión, levantándose la resistencia por una parte y por otra, se limitan las energías y se disminuye la satisfacción instintiva directa; incrementando el dominio y la fuerza del yo que al final del proceso creativo y su reconstrucción producen, sentimientos de éxito y satisfacción personal. Los arteterapeutas contribuyen de esta manera a la comprensión de la relación entre las condiciones socioculturales y el seguimiento epidémico de tipos específicos de desórdenes emocionales, de forma creativa y alternativa (Kramer, 1985).

Rubin, Judith

El contexto.

Según Rubin (2010), la arteterapia es, siempre ha sido, y continuará siendo un campo multifacético. Así, existen gran cantidad de formas en que el arte puede ser utilizado ya sea para la comprensión (evaluación), o para auxiliar (terapia) a las personas. Pero subraya la autora, que la arteterapia es una paradoja –siendo a la vez muy antigua y joven–. El arte para curar es tan antiguo, como los dibujos de las paredes encontrados en cavernas, sin embargo, la profesión en sí misma continúa fresca y naciente en la familia de las disciplinas de la salud mental, incluyendo el psicoanálisis cuyas bases dan formación sólida teórico-práctica a esta modalidad de terapia. La arteterapia es “tanto primitiva como sofisticada” dice Rubin (2010, p. 1), ya que, el hacer dibujos gusta y llama la atención a una variedad de criaturas, desde simios hasta artistas consagrados. Luego, esta práctica es también extremadamente versátil y tiene múltiples caras; lo anterior, lo podemos vislumbrar inclusive mediante las distintas variedades de medios artísticos (Rubin, 2010).

Definición de Arteterapia.

En uno de los primeros números del Boletín de Arteterapia, cuando el campo acababa de nacer y nombrarse, la editora Elinor Ulman escribió sobre lo dificultoso que era clasificar esta nueva disciplina, con raíces y ramificaciones que tocaban tantas áreas. Ulman, comenta Rubin (2010), concluyó que “la arteterapia era un método que necesitaba ser veraz tanto para el arte como en el sentido terapéutico” (Ulman, 1961; citada por Rubin, 2010, p. 25). Definiendo así, la terapia como “procedimientos diseñados para asistir cambios favorables en la personalidad o en las vivencias que perdurarán la sesión misma” y el arte, en el presente campo como “un medio para descubrir tanto el self y el mundo, estableciendo una relación entre ambos” (Ulman, 1971; citada por Rubin, 2010, p. 25). Ulman y Rubin coinciden en los anteriores presupuestos y además añaden que el arte es el punto de encuentro entre el mundo interior y exterior. En cuanto al trabajo del arteterapeuta, lo que éste tiene para ofrecer es algo único, recalca la autora, pues es una experticia altamente desarrollada en el uso del arte como modalidad central de la terapia. Esto es cierto si la arteterapia es complementaria a la psicoterapia verbal, o es el tratamiento primario en sí mismo. Al principio, la arteterapia era usualmente siempre complementaria, aunque fue utilizada a veces por psicoanalistas como una forma

mayor de expresión en el tratamiento. Cada vez más, los arteterapeutas funcionan como terapeutas o clínicos primarios en el curso de los tratamientos, especialmente en infancia, probablemente subraya la autora, por la creciente sofisticación del entrenamiento en arteterapia mundialmente, así como, cambios en la prestación de servicios humanos y el cambio de necesidades o visualización de problemáticas (Rubin, 2010).

Según Rubin (2010), aunque ella esté de acuerdo con muchos postulados de Ulman sobre esta profesión naciente, también con el paso de los años y la ampliación del camino de la arteterapia en nuestro mundo entran en tensión e inclusive polémica, parte de los antiguos preceptos. La mayor fuente de tensión –aún evidente en formas variantes–, era si el arte o la terapia sería designado el padre dominante. Es decir, existían aquellos que sentían que la principal contribución de la arteterapia yacía en el poder terapéutico del proceso creativo, y se sintieron atraídos por lo que llegó a llamarse “arte como terapia”. Otros, sintieron que el valor primario de la arteterapia era como un medio de comunicación simbólica, algunas veces llamado “psicoterapia del arte”. Dice la autora que dentro de la literatura, la mayoría hace referencia al campo como “arteterapia”, algunos llaman a su trabajo individual por otros nombres, como por ejemplo: “análisis expresivo”, “arteterapia clínica”, “psico-estética” o “terapia expresiva”; el valor dice Rubin (2010), está no en cómo le llamemos o en la disputa o tensión que ha sido generada por la variedad de nombres utilizados históricamente, sino en que, “cualquier cosa que sea llamada arteterapia o segmento de su campo, debe genuinamente participar tanto del arte como del proceso terapéutico en sus diversas modalidades, caras o facetas” (Rubin, 2010, p. 25-26).

Rubin (2010), aboga por las antiguas definiciones de las pioneras de la arteterapia, pero asimismo cree fervientemente en lo que la investigación y el auge del conocimiento nos brinda, así destaca que más que sus creencias personales, las definiciones de arteterapia ofrecidas actualmente tanto por la Asociación Americana de Arteterapia (AATA; www.arttherapy.org; citado por Rubin, 2010, p. 47) y la Asociación Británica de Arteterapeutas (www.baart.org; citada por Rubin, 2010, p. 47), permiten una amplia gama de actividades, siguiendo un continuo en el uso del arte con propósitos terapéuticos, desde la experiencia intrínseca de sanación del proceso creativo, hasta el diagnóstico y tratamiento de condiciones específicas. Así, la autora concluye haciendo hincapié que para cualquier

definición, postura o modelo que adoptemos recordemos que “la psicología y el arte pueden ser llamadas el padre y la madre de la arteterapia” (Rubin, 2010, p. 47).

Supuestos básicos de la Intervención del Arteterapeuta.

Los arteterapeutas saben sobre arte, terapia y acerca de la interfaz entre las dos –hacer arteterapia–. En contraste con la amplia gama de perspectivas teóricas sobre arteterapia y la gran variedad de formas de trabajo, la mayoría de arteterapeutas están de acuerdo con las habilidades básicas y los entendimientos necesarios para un trabajo efectivo. Según Rubin (1984; citada por Rubin, 2010, p. 69), aunque el conocimiento sobre arte y terapia sea esencial, ni la mayor cantidad de conocimiento conduce a una arteterapia efectiva, sin implementar dos creencias básicas compartidas por todo el gremio de arteterapeutas. Primero, la creencia del poder terapéutico y de sanación del arte; y segundo, la capacidad de todos para crear con medios artísticos. Asimismo, cualificaciones personales necesarias para ejercer esta práctica, incluyen según Rubin (2010), sensibilidad hacia las necesidades y expresiones humanas, estabilidad emocional, paciencia, flexibilidad, sentido del humor, capacidad para el insight dentro de procesos psicológicos, habilidad de una escucha activa y atenta, observación detallada y con profundidad y desarrollar un rapport con otros (Rubin, 2010).

Lo anterior, resume la visión que debe tener no sólo cualquier arteterapeuta, sino personas que indaguen en el presente campo, para poder comprender los procesos creativos, el encuadre arteterapéutico (setting, materiales, métodos de trabajo), la comunicación (relación diádica y tríadica, tanto con el terapeuta como con la obra), el proceso/producto y su interpretación, conocimiento del individuo con dificultades como el autismo infantil, desarrollo de la sesiones en arteterapia desde la práctica, entre otros (Rubin, 2010).

El Proceso Creativo.

Entender y ser capaces de facilitar un proceso creativo genuino, son también parte del arsenal o bagaje de la arteterapia, según Rubin (2010). Mientras que existen muchas diferencias individuales en la manera en que el arteterapeuta aborda este proceso, todos están de acuerdo en su importancia; por ejemplo, en la sesión de arteterapia, ser familiar con los medios y las herramientas es una de las

formas en que el presente proceso creativo, llevado a cabo mediante el arte, difiere significativamente de otras terapias clínicas que también utilizan materiales artísticos en su trabajo. Así mismo, la facilitación algunas veces involucra técnicas de enseñanza, para ayudar a expresar la autenticidad del self. También, de igual forma que sucede con el conocimiento, la experiencia personal del proceso artístico es crítica en la ayuda a otros para lograr el estado alterado de conciencia requerido para la creación (Rubin, 2010).

Otro punto importante en la efectividad de la arteterapia es saber cómo observar aguda, sensiblemente y sin intrusiones el proceso creativo del otro. Ser consciente de todos los aspectos temporales, espaciales y otros no verbales del comportamiento de las personas con los materiales conlleva tiempo y práctica. Sin embargo, es un componente fundamental del entrenamiento en arteterapia puesto que, entre más abarque la mirada del arteterapeuta, más puede éste descifrar y más efectivamente intervenir para ayudar (Rubin, 2010).

Los Materiales.

Según Rubin (2010), aunque entremos al campo mediante la vía del arte o por otro camino, la arteterapia está familiarizada con una gran variedad de materiales, herramientas y procesos. Estos incluyen las superficies en donde las personas trabajan, como los diferentes tipos y pesos del papel, las herramientas utilizadas con los distintos medios artísticos y diversos tipos de pinceles o implementos. Se incluyen también, los medios básicos para el dibujo, pintura y moldear y construir (principales técnicas). De esta forma, el proceso arteterapéutico y las personas que lo desempeñan, están familiarizados con cualidades específicas y capacidades particulares de cada uno de los implementos utilizados en el mundo del arte. También, los arteterapeutas han tenido experiencia personal con cada uno de los procesos y medios, dicha experiencia es la mejor forma para conocerles y para ayudar a otros a que aprendan a utilizarles como otro medio dentro de todo el encuadre artístico.

Por razones prácticas y psicológicas los materiales usados en arteterapia tienden a ser simples y poco estructurados, pues en arteterapia se valora la importancia de la creatividad de cada individuo; cualquier cosa que se ofrezca necesita permitir la expresión y definición personal. Inclusive cuando se está limitado en cantidad, los materiales en arteterapia deberían ser de calidad, para que su uso sea

“enérgico” por parte del paciente. El rango de lo que puede ser utilizado y como es limitado exclusivamente por el conocimiento y la creatividad del clínico que dirige el proceso individual (Rubin, 2010).

El Producto Artístico.

Como con otros elementos de la parte artística de todo el proceso arteterapéutico, hay un acuerdo esencial respecto a la centralidad del producto, junto con una variedad de opiniones sobre su lugar en arteterapia. Sin embargo, la persona a la que se atiende siempre es más importante que el producto o el proceso mismo cuando hablamos del marco arteterapéutico; la simple existencia de un producto concreto es lo que hace la arteterapia única (Rubin, 2010).

Además de ayudar al artista a verse a sí mismo de una nueva forma, los productos creativos suelen permitir a otros del equipo terapéutico entender mejor al paciente. También pueden ser útiles con los miembros de la familia y otros pacientes. Ellos son una forma de educación silenciosa pero elocuente, sea que estén expuestos en el setting del marco terapéutico o en una galería. Igualmente, al final de la terapia los productos artísticos ofrecen una forma vívida para que los participantes hagan una revisión de su proceso mediante la cual alivien y evalúen lo que ha pasado durante el trayecto de su terapia (Rubin, 2010).

Para aquellos que enfatizan en la parte artística de la arteterapia es más probable que vean la calidad del producto, como relacionado al éxito de la terapia. Mientras que los que destacan la terapia, es menos probable que se preocupen de la calidad, y más factible que su foco se torne hacia el valor comunicativo del producto artístico; así, los primeros dan más importancia a la imagen y los segundos al lenguaje visual (Rubin, 2010).

En todos los productos artísticos existen dos elementos que pueden ser comprendidos e identificados, estos son, forma y contenido. Algunos arteterapeutas se enfocan más en uno que en otro, la mayoría le dan valor a la importancia de ambos. Edith Zierer (*s.f.*; citada por Rubin, 2010, p. 74), ponía a sus estudiantes a observar elaboraciones artísticas de sus pacientes al revés para que pudieran enfocarse en el elemento formal de la “integración del color”, sin distracciones del contenido o

competencia. Otras autoras enfocaron sus acercamientos arteterapéuticos al estilo, o en el caso de Janie Rhyne's (*s.f.*; citada por Rubin, 2010, p. 74), a los “dibujos de constructo personal”, donde la forma perse se transformaba en contenido de comunicación (Rubin, 2010).

El tema del producto también es significativo y como en el contenido manifiesto de un sueño puede disfrazarse; por lo tanto, entender la naturaleza de la expresión metafórica y simbólica es vital para cualquier traducción del significado artístico. El complejo entrelazamiento entre las variables (forma y contenido) constituye la gramática del arte. Además, una visión clínicamente sofisticada puede descifrar información artística sobre el desarrollo, psicodinámicas y psicopatologías. Según Rubin (2010), en arteterapia se aprende a “escuchar” lo que los productos artísticos tienen que “decirnos o contarnos”. Por último, debe tenerse en cuenta que los productos artísticos son individuales, llevando consigo una declaración hecha por el individuo, sea esta, en forma de un garabato o articulada, y por lo tanto, deben ser tratados con la misma confidencialidad que se acuerda verbalmente en otro tipo de terapias (Rubin, 2010).

El Desarrollo de la Terapia (conocimiento del plan, la diáda y el proceso de cambio).

Además de conocer la terminología utilizada para hacer diagnósticos diferenciales en los diversos grupos humanos, la arteterapia también está familiarizada con diversos lenguajes para describir el proceso de ayuda; sea escribir un plan de tratamiento en un hospital psiquiátrico, o un plan educacional individualizado para un colegio. La autora también dice, que sin importar el setting o marco la competencia de este tipo de terapia, está en entender formas de describir aquello que está mal o es anormal, planificar la ayuda y evaluar la efectividad de su intervención (cf. Frostig & Essex, 1998; citados por Rubin, 2010, p. 75).

Otra área clave de comprensión sobre la terapia, señala Rubin (2010), tiene que ver con la importancia y significado de la relación terapeuta-paciente. En relación a los pacientes que se atienden mediante la arteterapia, a pesar de que esta tiene sus cimientos teórico-prácticos en el psicoanálisis, todas las escuelas de pensamiento que quieran ayudar a personas a llevar un cambio, reconocen el significado e importancia del ambiente formado entre clínico y paciente; y por tanto, en ocasiones en el marco arteterapéutico se adoptan y utilizan, los aspectos simbólicos conocidos como transferencia. Por ello, en la academia y profesión muchos arteterapeutas suelen ser estimulados a llevar un proceso propio de psicoterapia para conocerse mejor y conocer la relación diádica terapéutica. Esto es esencial para que sus

propios problemas no interfieran con su habilidad de hacer uso de sí mismos como herramienta de trabajo con otras personas (Rubin, 2010).

Muchos estudios que involucran un amplio rango de teorías y técnicas, han encontrado según Rubin (2010), que la variable más crítica en la ecuación terapéutica se encuentra en la relación paciente-clínico. También, los arteterapeutas de todas las corrientes teóricas están de acuerdo en la importancia de una alianza terapéutica; así, Freud (*s.f.*; citada por Rubin, 2010, p. 75), alguna vez sugirió que esta relación crítica provee “la anestesia” que hace posible “la cirugía” en algunas ocasiones dolorosa de una interpretación. La alianza en psicoterapia significa confianza y compromiso, no intimidad social o física; en la arteterapia se debe cuidar especialmente la violación de los límites pues las dinámicas de trabajo son diferentes (Rubin, 2010).

Aunque algunos argumentan, que la arteterapia diluye la intensidad de la transferencia por su componente de enseñanza más activo en el rol del terapeuta y la existencia del objeto artístico como intermediario, la autora está en desacuerdo y plantea que para ella como los arteterapeutas son artistas y conocedores de los significados del arte, muchas veces tienen una relación íntima con sus pacientes, inclusive no verbal debido a esta comprensión (con materiales, herramientas, productos), y es un componente necesario del trabajo. En cualquier caso menciona la autora, conocer la importancia, significado y poder de la relación, tanto real como simbólica es básico para hacer una arteterapia responsable (Rubin, 2010).

Por otra parte, según Rubin (2010), es básico para comprender la parte de la terapia que existen procesos de cambio. La mayoría de terapias psicológicas suelen tomar tiempo y pasar por varias fases, lo anterior es cierto, bien sea que el tratamiento sea corto o a largo plazo, o bien sea, indefinido o de tiempo limitado. Así pues, hay muchas variaciones dependiendo de muchos factores, pero los arteterapeutas igual que otros clínicos necesitan tener un sentido y forma del proceso terapéutico con el tiempo. En cuanto a las teorías y técnicas los clínicos muchas veces discrepan sobre nombres o la naturaleza de las etapas o fases secuenciales en el tratamiento; sin embargo, muchos están de acuerdo en que estas ocurren y son muchas veces o generalmente predecibles. Asimismo, siempre hay un principio, un intermedio y una finalización y el clínico debe saber de antemano las metas e intervenciones apropiadas para cada fase (Rubin, 2010).

El Marco de Intervención Terapéutico: Condiciones Necesarias.

Para facilitar la expresión auténtica, el clínico o arteterapeuta necesita crear lo que la autora llama un marco para la libertad (Rubin, 2005b; citada por Rubin, 2010, p. 76). Las condiciones necesarias para la arteterapia efectiva tienden a cruzar las preferencias teoréticas y estilísticas. Debido a la naturaleza concreta de la modalidad, son tanto físicas como psicológicas; sin embargo, aunque es raro que en arteterapia se encuentre o cree un set perfecto de condiciones para el trabajo, algunas son fundamentales (Rubin, 2010).

Es necesario según la autora tener en cuenta un marco de apoyo, por ejemplo, antes de comenzar un programa con cualquier tipo de encuadre en arteterapia, alguien necesita ser convencido de su deseabilidad. Dependiendo de la cadena de mando sobre la persona con el poder de decisión y aquellos quienes implementan, el apoyo puede variar. Si aquellos que escogen la arteterapia son capaces de facilitar actitudes positivas en otros miembros del personal alcanzando buenas condiciones, las metas del programa se tornan factibles. Para establecer las condiciones básicas y necesarias para una buena arteterapia, es imprescindible tener el apoyo dentro del marco de ambos, administradores y colegas. Esto requiere educación preparatoria y durante la puesta en marcha, la persona responsable de supervisar el programa de arteterapia necesita entender el valor que tiene la misma dentro de un marco particular. No es suficiente, crear un programa de arteterapia en cualquier tipo de marco, deja claro la autora. Si bien, sea un programa nuevo o ya establecido, el apoyo sólido para las condiciones físicas y psicológicas necesarias para una buena arteterapia, también debe estar siempre presente. Al igual que en cualquier tipo de asociación, el mantener la alianza es esencial, sólo de esta forma es posible que los arteterapeutas creen dentro de sus programas condiciones óptimas y flexibles que maximicen, no sólo su potencial sino el de la terapia misma, y el de la situación particular del paciente, trabajando para mejorarla. Es similar, dice Rubin (2010), a “tener un modelo de una persona mentalmente sana en su propia mente, mientras se ayuda a cada paciente a acercarse a este fin lo más que él o ella puedan” (Rubin, 2010, p. 77).

Por otra parte, un marco físico ideal para la arteterapia es privado y protegido de la intrusión, debe tener luz y superficies de trabajo adecuadas, contar con buen suministro de agua y un espacio de

almacenaje y exhibición de los suministros y productos de arte. En el mejor de los casos, no debería ser compartido o utilizado por otras personas. Aunque la arteterapia, normalmente requiere acomodarse a ciertos tipos de marcos y sus déficits, una clara comprensión de la importancia de un espacio físico de trabajo seguro, ayuda a obtener apoyo para el programa y los objetivos deseables (Rubin, 2010).

Igualmente, podría ser argumentado que un espacio o marco de trabajo psicológico seguro, para todas las terapias incluyendo la arteterapia, es aún más importante que la condición física. Según Rubin (2010, p. 77), “el arte es un lugar tranquilo”, sin embargo puede tener lugar en condiciones subóptimas, inclusive en cuartos ruidosos o espacios caóticos de la imaginación. A pesar de la posibilidad de conducir la arteterapia en circunstancias dificultosas, un set estable de condiciones físicas y psicológicas es lo ideal; esto requiere la misma estabilidad y predictibilidad para la arteterapia como para otras terapias verbales. Lo que se añade es la necesidad de claridad y consistencia al ofrecer materiales, evocar su uso facilitando la expresión y tratando con los productos artísticos. Así también, como creando un ambiente en el cual los pacientes puedan sentirse metafóricamente sostenidos, donde la seguridad se convierta tanto en arte como en ciencia, sin importar el marco actual. Por último, otros aspectos importantes son el tiempo y la frecuencia, puesto que muchas de las actividades artísticas necesitan un tiempo adecuado, así como un espacio apropiado y algunas requieren continuidad (Rubin, 2010).

La Intervención Práctica y su Interfaz.

En la interfaz de la arteterapia es necesario alcanzar y cumplir una serie de tareas y pasos que incluyen según la autora: acomodar el escenario, evocar la expresión, facilitar la expresión y por último, ver y aprender del arte y la experiencia de crear. De esta manera, en el primer paso o tarea los arteterapeutas suelen ser hábiles en crear un espacio o estudio de trabajo que sea tanto ordenado como atractivo (cf. C.H. Moon, 2002 & Jones, 2005; citados por Rubin, 2010, p. 78). Hacer bien lo anterior, requiere habilidad artística y conocimiento sobre la materia; un ambiente preparado es el comienzo para cualquier programa, terapia o apertura del paciente. En el segundo paso, implica un proceso creativo duro y reflexivo para evocar la expresión, estimulando a menudo a pacientes resistentes para trabajar creativamente con materiales que requieren destreza e inventiva. La forma en que los

pacientes son invitados a trabajar es compleja, ya que hay muchas posibles variaciones en materiales, tareas y formas de trabajo. Una vez la persona comienza el proceso, el trabajo del arteterapeuta consiste en asegurar que ellos trabajen con toda la libertad y éxito posibles, mientras observan cuidadosamente cada paso del proceso. Además, teniendo en cuenta el tercer paso, hay un arte para facilitar la expresión en forma que honre la creatividad de cada persona, proporcionando también asistencia cuando sea necesaria. Por último, en cuanto al paso final, ver y aprender del proceso artístico, una de las formas en que la arteterapia difiere de otros usos terapéuticos del arte, es la frecuencia en que el clínico ayuda al paciente a aprender de la experiencia, así como del producto. Además de observar el proceso creativo para aprender más sobre la persona que está realizando el trabajo, los arteterapeutas ayudan a los pacientes a reflexionar acerca de cómo se sintió el uso de los materiales o expresar las ideas y sentimientos involucrados, por ejemplo, comparando sus propios dibujos realizados en diferentes sesiones del proceso. Ver y aprender del arte requiere habilidades que son altamente desarrolladas entre arteterapeutas. Los profesores de arte saben cómo criticar productos para ayudar a que sus estudiantes mejoren su técnica y los historiadores saben cómo ver las obras o trabajo artístico para entender un estilo, período o artista; pero aquellas formas de ver y aprender del arte son muy diferentes de aquellas que son cruciales en arteterapia (Rubin, 2010).

El desafío para los arteterapeutas dice Rubin (2010), es encontrar la mejor manera para ayudar a cada artista-paciente a comprenderse a sí mismo a través de relacionarse significativamente con aquello que ha sido creado. Esto puede ocurrir de forma no verbal, mediante la mirada o movimiento hacia la imagen, o también verbalmente cuando se habla o escribe sobre la experiencia-proceso, evocando sentimientos e ideas. Asimismo, ambos pueden ocurrir en un número de formas distintas, lo cual significa un reto creativo constante (Rubin, 2010).

Visión Personal de la Arteterapia.

Después de una detallada revisión de los diversos postulados presentados por arteterapeutas muy influyentes del siglo XX y XXI, podemos concluir que la arteterapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativo para aquellos niños cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. En un intento por llegar a una conceptualización holística de

“Arteterapia”, entendemos la misma, como la terapia psicológica caracterizada por la producción de obras durante las sesiones, a través del proceso de expresión artística y el uso de los materiales plásticos. Es decir, se trata de utilizar al arte como vehículo terapéutico, con el fin de ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interno y externo. Es un proceso de creación llevado a cabo mediante el uso de materiales artísticos, dentro de un encuadre específico – que funciona de contenedor emocional y psíquico– de la relación tripartita, entre paciente “niño”, arteterapeuta y obra.

En arteterapia no importa la calidad artística del objeto creado, sino su capacidad de hablar del mundo interior del paciente. El objeto artístico se muestra como una realidad concentrada que focaliza la atención y despierta mecanismos de asociación, relación, memoria, gusto, sensibilidad, capacidad de emocionarse, entre otros. Así, a nuestro parecer la obra contiene siempre la huella de lo que es el paciente, es un testimonio de la intención consciente o inconsciente del sujeto que la ha realizado, de la acción de poner fuera “algo” del mundo interior propio. Tiene un contenido formal o visual, y un contenido emocional, relativo a lo sentido durante el proceso creativo y ante la obra terminada. Los fenómenos de transferencia y contratransferencia se dan en el triángulo terapéutico, entre paciente-terapeuta, paciente-obra y terapeuta-obra, aportando valiosas interacciones entre ellos.

La imagen u objeto creado tiene como una de sus cualidades la permanencia. Es decir, podemos volver a ella tantas veces como deseemos. La obra cargada de significado se convierte en un vehículo curativo, investido de las cualidades que se han proyectado en él y que puede actuar como talismán, y a su vez, permite diversos grados de acercamiento, que tienen que ver con las posibilidades de reconocimiento que tiene el paciente en cada momento. Igualmente, una obra puede tener distintos niveles de significados contrapuestos y relacionados. Nunca hay una única interpretación de una obra, pues ante una misma obra puede variar la percepción de su significado a lo largo del tiempo, tanto para un espectador o arteterapeuta, como para la persona que la ha creado, es decir, su significado esta también cohesionado con las vivencias del individuo.

En arteterapia según las autoras, se tiene en cuenta tanto el proceso de creación artística como la imagen u objeto final. Importa “qué” ocurre, “cómo” ocurre y “por qué” ocurre. Se subraya la

importancia de “encontrar” posibilidades durante el proceso, tanto como la de “buscar”. Estas posibilidades están muchas veces relacionadas con las propiedades sensibles de los materiales empleados, cualidades que afectan directamente a los sentidos: tacto, vista, olfato, oído y gusto. Esta implicación con los sentidos es también un vínculo importante con el mundo interior, una conexión con lo instintivo, con el mundo de los deseos y las inclinaciones (Dalley, 1987; Rubin, 2010).

El proceso artístico ocurre en el aquí y el ahora, en el presente atemporal de la sesión, con una gran concentración y cierta suspensión de la sensación del paso del tiempo. También es similar al juego infantil, ya que puede dar rienda suelta a la imaginación, la expresividad y la creatividad por hallarse en un espacio seguro y facilitador. Como el juego, es un ensayo para la vida en un entorno seguro y aceptable, un espacio intermedio según Winnicott (1971; citado por Rubin, 2010), donde la elaboración del objeto ayuda al sujeto a construir o reconstruir su identidad. En ese espacio, dice Rubin (2010), tiene enorme importancia la confianza y el no-juicio respecto al paciente y sus producciones.

Pensamos que a través del proceso creativo, va apareciendo gradualmente el material interno mediante la proyección, y el objeto se va transformando en un objeto significativo que habla a su creador, y como recalca Kramer (1985), como si fuera un espejo, le ayuda a comprender la propia imagen proyectada, mediante la contemplación del propio proceso y la obra terminada. Esa aproximación implica una aproximación gradual, hasta que finalmente se produce la distancia necesaria para que aparezca la simbolización, momento en que el arteterapeuta acompaña a la mirada del paciente para ayudarlo a descubrir, pensar, comprender y finalmente si es el momento adecuado, interpretar por sí mismo. El “insight” o “darse cuenta”, abre las puertas al descubrimiento de facetas propias a veces olvidadas, ignoradas o sumergidas y prepara caminos para el cambio. El proceso curativo, se halla ya en parte en el proceso de creación misma, destacan las autoras, pues se produce al hacerse consciente el material expresado, tanto en la obra como en el proceso de crearla, y es en ese hacerse consciente, donde el acompañamiento del arteterapeuta se hace más necesario.

III. Otros Planteamientos Teóricos Necesarios para Comprender la Arteterapia en Autismo.

Para algunos arteterapeutas, la descripción de Stern referente a la “activación del contorno”, “vitalidad de los afectos”, “afectos categóricos” y “percepción amodal y cruzada”, parece ser útil cuando se relaciona éstos con el tipo de experiencia que un individuo podría tener en arteterapia al entrar en contacto con los materiales artísticos. El medio artístico forma parte del ambiente percibido por el paciente y todo lo que ocurre durante las sesiones de arteterapia irradia su propio afecto de vitalidad; las acciones del terapeuta, sus movimientos en el espacio mientras interactúan con el niño, los sonidos que hacen y las palabras que usan, e incluso, el humor están íntimamente involucrados en la emergencia expresiva y la comunicación cognitiva. Como tal, la comunicación no reside solamente dentro de las imágenes terminadas por el niño, sino dentro de las dinámicas emergentes y cambiantes de todo el proceso y contexto arteterapéutico. Estos medios que permiten que la dinámica sea percibida, reconocida y desarrollada por las intervenciones del terapeuta están localizados por una parte, en la noción de “afectos de vitalidad” y “afectos categóricos”, y por otra, dentro de los aspectos del desarrollo cognitivo de elaboración del dibujo y la imagen (Evans y Dubowski, 2001). A continuación, se profundiza en las perspectivas de Winnicott y Stern; autores revisados ampliamente, e influyentes en gran medida, en la arteterapia enfocada al tratamiento de niños autistas que realizan Evans y Dubowski

Winnicott, Donald

La gran mayoría de los pioneros británicos de la arteterapia trabajaron en un marco conceptual y teórico psicoanalítico de corte Freudiano. En Inglaterra la arteterapia nace como una práctica bastante influenciada por el trabajo de Donald Winnicott, quien consideraba que si el terapeuta tiene la paciencia, el paciente llegará a la comprensión de su creatividad por su cuenta. Winnicott, un

pediatra que se convirtió en analista, merece importante mención en el desarrollo de la teoría de la arteterapia, aunque él mismo nunca fue arteterapeuta (Hogan, 2001, p. 42).

Para Winnicott (1971), “el sí mismo no es el centro; tampoco es lo inaccesible [...] se encuentra en el intervalo entre el fuera y el adentro, entre el yo y el no-yo, entre el niño y su madre” (p. v11). En relación al no-yo, es decir, los objetos, se puede advertir la naturaleza de éstos, la capacidad del niño para reconocer el objeto como un "no-yo", la ubicación del objeto (afuera, adentro, en el límite), la capacidad del niño para crear, idear, imaginar, producir, originar un objeto y la iniciación de un tipo afectuoso de relación con dicho objeto. El autor emplea los términos <objetos transicionales> y <fenómenos transicionales> (cuya pauta empieza a aparecer desde los cuatro a seis meses hasta los ocho a doce) para designar aquella zona intermedia de experiencia; entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado. Este estado intermedio también comprende la incapacidad del bebé para reconocer y aceptar la realidad, y su creciente capacidad para ello.

Winnicott estudia, entonces, la sustancia de la ilusión. Ésta se le permite al niño y en la vida adulta es inherente del arte y la religión, pero se convierte en el sello de la locura cuando un adulto exige demasiado de la credulidad de los demás y los obliga a aceptar una ilusión que no les es propia. En la medida en que los objetos y fenómenos transicionales pertenecen al reino de la ilusión que constituye la base de iniciación de la experiencia, la zona intermedia es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo, y constituye la mayor parte de la experiencia del bebé, conservándose a lo largo de la vida en las intensas experiencias que corresponden a las artes.

Por su ubicación intermedia, existe una relación entre el objeto transicional y el simbolismo. Si bien es cierto que un trozo de frazada (o lo que fuere) simboliza un objeto parcial, como el pecho materno, a veces no existe un objeto transicional aparte de la madre misma; el bebé se siente tan perturbado en su desarrollo emocional, que no le resulta posible gozar del estado de transición. “Pero lo que importa no es tanto el valor simbólico como su realidad. El que no sea el pecho (o la madre) tiene tanta importancia como la circunstancia de representar al pecho (o a la madre)” (Winnicott, 1971, p. 22). El objeto transicional representa el pecho materno, o el objeto de la primera relación.

“Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella (véase Freud, 1923), si no existe una madre lo bastante buena. La madre lo bastante buena (que no tiene por qué ser la del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración.” (Winnicott, 1971, p. 27)

Una madre lo bastante buena es aquella capaz de adaptarse de manera casi total a las necesidades de su hijo. La frustración, aunque necesaria, tiene un límite de tiempo y al comienzo debe ser breve. En la etapa temprana del desarrollo, “cuando se encuentra ausente la madre, o alguna otra persona de la cual depende el bebé, no se produce un cambio inmediato porque este tiene un recuerdo o imagen mental de la madre, o lo que podemos denominar una representación interna de ella, que se mantiene viva durante cierto período” (Winnicott, 1971, p. 33). Si la madre se ausenta durante un lapso superior al determinado, se disipa el recuerdo de la representación interna. Cuando ello se produce, los fenómenos transicionales se vuelven poco a poco carentes de sentido y el bebé no puede experimentarlos (Winnicott, 1971.).

La frustración, es decir, la adaptación incompleta a la necesidad, hace que los objetos sean reales; tanto odiados como amados. De esta manera, el objeto transicional representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado. Gracias a una adaptación lo suficientemente buena, la madre ofrece al bebé la oportunidad de crearse la ilusión de que su pecho es parte de él y que por tanto existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear. La tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual, pues de lo contrario el bebé no podrá recibir algo tan normal como el destete (Winnicott, 1971).

En relación con el objeto transicional el bebé pasa del dominio omnipotente (mágico) al dominio por manipulación, haciendo referencia a la acción recíproca entre la realidad psíquica personal y la experiencia del dominio de objetos reales. Ello implica que la madre (o parte de ella) se encuentra en un "ir y venir" que oscila entre ser lo que el niño tiene la capacidad de encontrar y

(alternativamente) ser ella misma, a la espera que la encuentren. Si puede representar ese papel durante un tiempo, entonces el niño vive cierta experiencia de control mágico, es decir, la experiencia de lo que se denomina <omnipotencia>; el niño y el objeto se encuentran fusionados. La visión que el primero tiene del objeto es subjetiva, y la madre se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar. En un segundo momento, el objeto es repudiado, re-aceptado y percibido en forma objetiva. Este complejo proceso depende en gran medida de que exista una madre o figura materna dispuesta a participar y a devolver lo que se ofrece. Ahora bien, para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Es por esto que el autor afirma que jugar es hacer (Winnicott, 1971).

Así, Winnicott (1971) afirma que “el juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida. Su precariedad se debe a que siempre se desarrolla en el límite teórico entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva” (p.75). Esa zona de juego no es una realidad psíquica interna. Se encuentra fuera del individuo, pero no es el mundo exterior. En relación con lo anterior, se puede decir que la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta.

“El motivo de que el juego sea tan esencial consiste en que en él el paciente se muestra creador [...] y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador” (Winnicott, 1971, p.80). El autor concibe la creatividad como una característica de la vida y del vivir en su totalidad y afirma que es en un estado no integrado de la personalidad, donde puede aparecer lo que describimos como creativo. “Esto nos proporciona nuestra indicación para el procedimiento terapéutico: ofrecer oportunidades para la experiencia informe y para los impulsos creadores, motores y sensoriales, que constituyen la materia del juego” (Winnicott, 1971, p.91)

Winnicott afirma que en contraposición a la apercepción creadora, que le da sentido a la vida, existe una relación con la realidad exterior de acatamiento, en la que se reconoce el mundo y sus detalles pero solo como algo en que es preciso encajar o que exige adaptación.

“El acatamiento implica un sentimiento de inutilidad en el individuo, y se vincula con la idea de que nada importa y que la vida no es digna de ser vivida. En forma atormentadora, muchos individuos han experimentado una proporción suficiente de vida creadora como para reconocer que la mayor parte del tiempo viven de manera no creadora como atrapados en la creatividad de algún otro, o de una máquina” (Winnicott, 1971, p.93)

El autor considera pertinente hacer una distinción entre la creación, por un lado y las obras de arte por el otro. Una creación puede ser un cuadro, una casa, un jardín, un traje, una escultura; cualquier cosa. La creatividad, como la entiende Winnicott tiene un carácter universal y corresponde a la condición de estar vivo, refiriéndose al enfoque de la realidad exterior por el individuo. Por tanto, pone en duda el que la creatividad se pueda considerar como algo que puede ser destruido por completo, y es por esto que su posición resulta tan relevante para el trabajo con niños autistas. “Los individuos viven en forma creadora y sienten que la vida es digna de ser vivida, o que no pueden hacerlo y dudan del valor de vivir [como es el caso de los niños autistas]. Esta variable de los seres humanos tiene vinculación directa con la calidad y cantidad de la formación de un ambiente al comienzo o en las primeras etapas de la experiencia vital de cada bebé” (Winnicott, 1971, p.100).

Stern, Daniel

En su escrito titulado “El mundo interpersonal del infante”, el autor busca exponer inferencias que surgen de la observación directa con niños, con respecto a la experiencia subjetiva que tiene un niño de su propia vida social. Para ello, se basa en el concepto del sentido de sí-mismo, afirmando que:

“El sí-mismo y sus límites están en el corazón de la especulación filosófica sobre la naturaleza humana, y el sentido de sí-mismo y de su contraparte, el sentido del otro, son fenómenos universales que influyen profundamente en todas nuestras experiencias sociales.” (Stern, 1985, p. 19)

El autor afirma que es fácil observar en el niño, un sentido de sí-mismo tras la aparición del lenguaje y de la percatación auto-reflexiva. Se plantea, entonces, la inquietud de si existe algún tipo de sentido pre-verbal del sí-mismo, en el afán de identificar los sentidos del sí-mismo esenciales para las

interacciones sociales, de manera que si se ven afectados, rompen el funcionamiento social normal. El autor plantea dominios que hacer referencia a: un sentido de agencia, cuya ausencia implica la sensación de enajenamiento de la propia acción y una experiencia de pérdida de control de los agentes externos; un sentido de la cohesión física, sin el cual puede haber fragmentación de la experiencia corporal; un sentido de continuidad, sin el cual puede darse una disociación temporal; un sentido de afectividad cuya ausencia puede dar lugar a estados anhedónicos y disociados; un sentido de intersubjetividad con otro, de crear organización y de transmitir significados.

Estos dominios a su vez, configuran cuatro sentidos del sí-mismo que si se logran constituir, se van activando y complementando durante toda la vida. En primer lugar está el sentido de un sí-mismo emergente, luego un sentido de sí-mismo nuclear, posteriormente un sentido del sí-mismo subjetivo y finalmente un sentido de sí mismo verbal.

Desde el nacimiento hasta aproximadamente dos meses, el niño se encuentra en una fase vital presocial, precognitiva y preorganizada. El autor señala que durante este periodo temprano, la regulación fisiológica es conducida a través del intercambio mutuo de conductas sociales, entre el niño y las personas de su entorno. Son las tensiones fisiológicas la fuente de las experiencias que finalmente definirán un sentido del sí mismo. Es posible afirmar que, en este estado de vida subjetiva tan activa, el niño experimenta una indiferenciación con otros mientras vive hechos sociales borrosos, derivados de experiencias separadas, no relacionadas, a las que aún les falta integrarse en una perspectiva abarcadora. El autor denomina sentido del sí mismo emergente al proceso de organización que emerge, haciendo énfasis en que se trata de la experiencia de un proceso tanto como de la de un producto.

“La percepción amodal (basada en las cualidades abstractas de la experiencia, que incluyen los afectos discretos y los afectos de la vitalidad), y los esfuerzos construccionistas (basados en la asimilación, la acomodación, la asociación y la identificación de invariantes) son entonces los procesos mediante los cuales el infante experimenta la organización” (Stern, 1985, p.87)

A partir del tercer mes de vida, aproximadamente, cuatro experiencias del sí-mismo constituyen el sentido de un sí-mismo nuclear, separado de otros: (1) la agencia del sí-mismo, en el sentido de autor de las propias acciones y no de las acciones de los demás y de esperar las consecuencias de la propia acción; (2) la horencias del sí-mismo, qque es tener un sentido de ser un todo físico no fragmentado, con límites; (3) la afectividad del sí-mismo, al experimentar cualidades interiores pautadas del sentimiento, que tienen que ver con otras experiencias del sí-mismo; (4) una historia del sí-mismo, esto es, el sentido de perdurar y de una continuidad con el propio pasado, de modo que se sigue siendo y se puede cambiar sin dejar de ser uno mismo.

En esta fase vital, el sentido de un sí-mismo nuclear progresivamente va abarcando no solo el reconocimiento de la diferenciación con otros, sino también concibiendo el sí-mismo en relación con los otros. El autor señala que según las interpretaciones teóricas de Winnicott, Mahler y otros autores similares, las diversas experiencias de estar con el otro se fundan en el supuesto de que el niño, a una edad temprana, no puede diferenciar adecuadamente el sí-mismo del otro. Este estado indiferenciado es aquel al que el niño vuelve constantemente y del cual emerge gradualmente un si-mismo separado de un otro. Sin embargo, la postura del autor difiere de esta concepción al plantear una temprana formación de un sentido de un sí-mismo nuclear y de un otro nuclear durante el periodo de vida al que otras teorías asignan una indiferenciación. Según el autor, las experiencias de estar con un otro se consideran procesos activos de integración, y no fracasos pasivos de la diferenciación. En este sentido, el otro es para el niño otro regulador del sí-mismo.

Entre el séptimo y noveno mes de vida, se da un salto cuántico en el sentido del sí-mismo cuando el niño descubre que tiene una mente y que las demás personas también la tienen. El sí-mismo y los otros pasan a incluir estados subjetivos o interiores de experiencia, además de las conductas y sensaciones directas que se le asignaban al sí-mismo y al otro. Así, la capacidad para el relacionamiento y los contenidos respecto a ésta, catapultan al niño a un nuevo dominio de relaciones intersubjetivas, emergiendo una nueva perspectiva organizadora acerca del sí-mismo. Asimismo, las experiencias afectivas pueden entrar en el dominio intersubjetivo, describiendo un proceso que el autor denomina entonamiento afectivo. Este proceso implica la progresiva adquisición de conocimientos sobre los

afectos (formas del sentimiento), a partir de interacciones con conductas propias y procesos corporales, así como observando, poniendo a prueba y reaccionando a las conductas sociales de quienes rodean al niño e inciden sobre él. Se trata de llegar a la comprensión de que hay medios para traducir las percepciones de las cosas externas a sentimientos internos. En relación a lo anterior, el autor afirma que,

“Parece que solo después de muchos años de realizar esas transformaciones, y construir un repertorio de afectos de la vitalidad, el niño está preparado para llevar esa experiencia al dominio del arte como algo externamente percibido pero traspuesto a experiencia sentida” (Stern, 1985, p. 198)

Ahora bien, con la aparición del lenguaje, adquirido a partir del segundo año de vida, emerge una nueva perspectiva subjetiva organizadora y se abre un nuevo dominio de relacionamiento. Como consecuencia, se va desarrollando las capacidades de convertir al sí-mismo en objeto de reflexión, de participar en acciones simbólicas tales como el juego y de negociar con otros individuos significados compartidos sobre el conocimiento personal.

“Con esta capacidad para objetivar el sí-mismo y coordinar diferentes esquemas mentales y de acción, los infantes han trascendido la experiencia inmediata; tienen ya los mecanismos y operaciones psíquicas necesarias para compartir su conocimiento y experiencias interpersonales del mundo, así como para trabajar sobre ellos en la imaginación o la realidad.” (Stern, 1985, p.205)

Evans, Kathy & Dubowski, Janek

Antes del refinamiento y a nivel de los afectos de vitalidad, se pueden producir sentimientos virtuales de otros u otras cosas, así que por ejemplo, en presencia de alguien más se pueda “sentir” si alguien está triste o excitado sin el intercambio verbal. En esta etapa experiencial, éstos todavía no han sido descritos explícitamente como afectos categóricos. Este proceso es dependiente no sólo de la comunicación convencional no verbal, sino también, del modo en que los sentidos pueden interactuar de modo cruzado y sobre la sensibilidad para cruzar sensorialmente analogías y metáforas. Para los autores, la descripción de Stern referente a la “activación del contorno”, “vitalidad de los afectos”,

“afectos categóricos” y “percepción amodal y cruzada”, parece ser útil cuando se relacionan éstos con el tipo de experiencia que un individuo podría tener en arteterapia al entrar en contacto con los materiales artísticos. El medio artístico forma parte del ambiente percibido por el paciente y todo lo que ocurre durante las sesiones de arteterapia irradia su propio afecto de vitalidad; las acciones del terapeuta, sus movimientos en el espacio mientras interactúan con el niño, los sonidos que hacen y las palabras que usan, e incluso el humor, están íntimamente involucrados en la emergencia expresiva y la comunicación cognitiva. Como tal, la comunicación no reside solamente dentro de las imágenes terminadas por el niño, sino dentro de las dinámicas emergentes y cambiantes de todo el proceso y contexto arteterapéutico. Estos medios que permiten que la dinámica sea percibida, reconocida y desarrollada por las intervenciones del terapeuta están localizados por una parte, en la noción de “afectos de vitalidad” y “afectos categóricos”, y por otra, dentro de los aspectos del desarrollo cognitivo de elaboración del dibujo y la imagen (Evans y Dubowski, 2001).

El contexto.

La aplicación de la arteterapia para niños con autismo no es algo nuevo. A medida que la profesión se ha ido desarrollando desde los 60s y 70s, muchos practicantes han contribuido a los programas educacionales y de tratamiento ofrecidos a niños autistas en lugares como escuelas especiales y departamentos de servicios sociales, como también en prácticas privadas. Diferentes modelos de arteterapia se han desarrollado para ayudar a los individuos a avanzar de un estado del desarrollo del dibujo a otro, como también para intervenir psicoterapéuticamente, enfocándose en el alivio de sufrimiento y problemas psicológicos (Evans y Dubowski, 2001).

La comprensión teórica del proceso de desarrollo es diversa y por ello, Evans y Dubowski (2001) hacen hincapié en que la práctica arteterapéutica con niños y especialmente con niños autistas debe incorporar múltiples y dinámicas teorías. Entre ellas, la teoría de los objetos relacionales y en particular el trabajo de Donald Winnicott (1953, 1971, 1991; citado por Evans y Dubowski, 2001); y Margaret Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1985; citados por Evans y Dubowski, 2001) son

especialmente influyentes; también, el trabajo más reciente de índole psicobiológico de autores como Trevarthen (Trevarthen et al., 1998; citados por Evans y Dubowski, 2001) y Schore (Schore, 1999; citado por Evans y Dubowski, 2001). En particular, los autores le dan especial relevancia al trabajo realizado por Daniel Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001), y su comprensión de la importancia de la intersubjetividad en la relación madre/cuidador-infante.

Según los autores, también es de importancia dentro del presente contexto hacer una distinción entre la práctica de la psicoterapia o psicoanálisis y la comprensión de las teorías del desarrollo que emanan de las presentes disciplinas, ya que ellos como arteterapeutas, no consideran que su trabajo con los niños autistas sea una forma de psicoterapia o psicoanálisis, en el término que es comúnmente aplicado. Si bien, la práctica arteterapéutica está permeada e influenciada por las teorías del desarrollo y los lineamientos psicoanalíticos y clínicos previamente mencionados (Evans y Dubowski, 2001).

Desarrollo en la Infancia.

Según Evans y Dubowski (2001), la dependencia biológica en un cuidador primario durante los primeros años de vida ha llevado a la evolución de un sistema simbiótico de interdependencia entre el infante y su cuidador principal del cual el niño tiene que separarse gradualmente. Según los infantes se van desarrollando incrementan su autonomía, por ejemplo, en el momento que empiezan a gatear, comienzan a jugar creando una separación literal de su madre.

Este período está marcado por cierta ansiedad para el infante, puesto que la dependencia del cuidador primario es muy necesaria. En la ausencia del cuidador primario, por ejemplo, a la hora de ir a la cama, esta ansiedad se agudiza y es precisamente en este punto del desarrollo que los infantes comienzan a exhibir un apego particular con un objeto inanimado, el cual puede ser un juguete, una cobija o un oso. Winnicott denominó tales objetos, “objetos transicionales” ya que marcaban la

transición de una dependencia completa hacia una independencia incrementada. Estos objetos también son conocidos como los primeros objetos “no yo” ya que comienzan a suplir o representar a la madre ausente. Luego, estos objetos se convierten en los objetos simbólicos prototípicos y también ponen los fundamentos para el desarrollo de la capacidad del pensamiento simbólico (Evans y Dubowski, 2001).

La anterior teoría muestra según los autores, cómo los símbolos tienen un gran potencial para aliviar la ansiedad y una vez liberada se produce un espacio físico, caracterizado por la distancia física entre la madre y el infante, y otro espacio psicológico por el cual los infantes tienen los medios de reafirmarse a sí mismos aunque su madre esté ausente, está ahí para ellos. Este espacio es conocido como “espacio potencial”, por ser potencial para la exploración tanto del mundo externo como del mundo interno caracterizado por los sentimientos y las ideas (Evans y Dubowski, 2001).

Los autores aclaran que hay que reconocer la diferencia entre signos y símbolos. Así, los signos siempre representan lo mismo, mientras que los símbolos tienen el poder de representar múltiples cosas al mismo tiempo. Los niños tienen capacidad para un pensamiento simbólico, que de acuerdo a teóricos como Winnicott, evoluciona directamente del objeto transicional (Winnicott, 1991; citado por Evans y Dubowski, 2001).

A pesar de que muchos niños con autismo hayan desarrollado el lenguaje, en muchos casos éstos utilizan palabras sólo como signos, en vez de símbolos. Aunque en ocasiones hayan aprendido que ciertas palabras describen ciertas acciones, objetos físicos, entre otros, tienden a no ser capaces de hacer uso del lenguaje metafóricamente y esto parece ser paralelo a su capacidad para el juego simbólico; como consecuencia, también tienen un vocabulario empobrecido por la complejidad de sus sentimientos internos (Evans y Dubowski, 2001).

Según los autores, en las etapas tempranas del desarrollo los infantes tienen una verdadera necesidad de un sostén tanto físico como emocional, provisto por el cuidador primario. De acuerdo con Winnicott (1971; citado por Evans y Dubowski, 2001), dichos sostenes facilitan el desarrollo psíquico del infante, puesto que permiten una pausa de las experiencias fuertes en donde se puede

comenzar a aprender a hacer frente a las propias ansiedades; así el cuidador primario, es un contenedor de los sentimientos proyectados del infante; el cuidador principal debe proveer sostén, calma física y palabras. Tanto el tono como la calidad de su voz tienen la misma importancia que el significado detrás de las palabras, pues el conjunto de todo ello marca la introducción del infante al mundo del lenguaje (Evans y Dubowski, 2001).

De acuerdo con Winnicott, la etapa transicional abre paso a un espacio potencial en el cual surgen el juego imaginativo y la capacidad para la simbolización. Frances Tustin en su trabajo con niños autistas comentó el uso que hacían de los juguetes y otros objetos, así como las diferencias en la forma en que los niños normales utilizan objetos transicionales. De esto, ella deduce que quitar el objeto transicional al infante en esta etapa tiene consecuencias desastrosas, puesto que el mismo no puede ser reemplazado. Así mismo, vio como los niños autistas le dan un uso inapropiado a dichos objetos, no juegan con ellos pero si se aferran, por estas observaciones acuñó el término “objeto autístico” (Evans y Dubowski, 2001).

En esta etapa crucial del desarrollo comienza la capacidad para la simbolización, y también se dan los fundamentos para desarrollar las habilidades comunicativas necesarias en las relaciones sociales a posteriori. Para los autores, no es claro que los niños con autismo pasen por las diferentes etapas descritas por Winnicott de una forma normal, porque según ellos, los déficits en comunicación, socialización e imaginación característicos del diagnóstico del autismo provienen en gran medida, de la inhabilidad para movilizarse entre estas etapas. Lo anterior, dicen Evans y Dubowski (2001), se ha convertido en un pilar fundamental para la práctica arteterapéutica que ellos aplican.

Los intercambios que se dan entre infante y cuidador primario o figura de apego son recíprocos y contribuyen al desarrollo del self del niño. Daniel Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001), ubica el sentido emergente del self del infante y el sentido del otro en el centro de la experiencia temprana infantil y describe que influencia todas las experiencias sociales futuras. Así mismo, considera que existen varios sentidos del self en forma pre-verbal antes del desarrollo de la autoconciencia y el lenguaje, asumiendo que algunos de estos sentidos del self pre-verbales comienzan

desde el nacimiento o posiblemente antes. Estos “sentidos del self”, según el autor son el fundamento para la experiencia subjetiva del desarrollo social (Evans y Dubowski, 2001).

Stern (1985), describe cuatro etapas que ocurren desde el nacimiento hasta aproximadamente los quince meses del infante: 1) etapa del sentido de un self emergente, va del nacimiento a las ocho semanas y está marcada por la inhabilidad del infante para distinguir entre la experiencia de sus percepciones y el sí mismo, como receptor de dichas percepciones; 2) etapa del núcleo del self, de los dos a los seis meses, se caracteriza por la habilidad para diferenciar entre sensaciones y el sí mismo como procesador de dichas sensaciones, permitiendo a los infantes comenzar a experimentarse como seres “separados, cohesivos, limitados y físicos” con un sentido de su propio dominio en el tiempo; 3) etapa del sentido subjetivo del self, de los siete a los quince meses, está caracterizada porque los infantes se encuentran más alerta en relación con su cuidador primario y otras personas, ya que éstos tienen la capacidad de percibir su estado, experiencias y sentimientos; los infante aprenden que pueden compartir “contenidos de [su] mente y la calidad de [sus] sentimientos” (Stern, 1985, p.124; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 29); 4) la cuarta etapa aparece con el comienzo del lenguaje, en la que los infantes se encuentran desarrollando las capacidades para compartir y comunicar sus experiencias con otros (Evans y Dubowski, 2001).

Comparando los modelos de Winnicott y Stern se puede dilucidar que la etapa transicional tiene algunos paralelos con el sentido del “núcleo del self” (segunda etapa):

“Experiencias auto-reguladoras con cosas que han sido personificadas pueden también ocurrir a esta edad y nivel de relación (2-6 meses). Tales eventos se ubican en un punto temprano en la línea del desarrollo que posteriormente incluye objetos transicionales e incluso más tarde, el ámbito más amplio de fenómenos transicionales que envuelven los mundos del arte, como Winnicott (1971) nos mostró” (Stern, 1985, p. 122; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 29-30).

Al poco tiempo que el niño normal comienza a jugar con objetos aparece la verbalización y cuando esto sucede es fundamental la reciprocidad de la interacción social durante esta etapa del desarrollo. En contraste, el juego exhibido por niños con autismo es solitario, rígido e inflexible.

Inclusive antes de que el infante desarrolle modos formales de comunicación (como el lenguaje) se da una comunicación no verbal a un nivel altamente complejo. Por ello según Evans y Dubowski (2001), es de vital importancia comprender la naturaleza de dichas complejidades, tal como el posterior desarrollo del dibujo. Los niños tienen mucho que decir antes de tener la habilidad para hacerlo, así, en el momento en que el niño ha desarrollado un sentido “subjetivo del self”, también ha desarrollado suficiente coordinación entre mano-ojo para comenzar a experimentar con el dibujo (Evans y Dubowski, 2001).

Todos los modelos de arteterapia basados en una comprensión del desarrollo humano, y diseñados para proveer intervenciones que puedan ayudar a los individuos a desarrollar su potencial al máximo, deben tener en cuenta la relación entre la percepción y el ambiente y cómo estas percepciones pueden ser re-presentadas por medio del arte. La relación que los seres humanos tienen con el ambiente comienza con el nacimiento: Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 56), describe cómo nuestra conciencia sensorial temprana infantil del mundo y nuestro ambiente se traduce en cambios en la sensación, lo que él llama “activación del contorno”, en donde la existencia, experiencia y actividades ocurren simultáneamente en el tiempo. La experiencia del infante es un mundo con zumbidos o múltiple información amorfa, lo que el autor llamará “información amodal” (Evans y Dubowski, 2001).

Según el infante se desarrolla, la información amodal se caracteriza por los ritmos recurrentes; además, ciertas características sensoriales llegan a ser más definidas y aparentes. Durante esta etapa, las características definidas no son exclusivas de los sentidos, por ejemplo, el infante no intenta organizar aquello que se ve como algo diferente de lo que escucha. De esta forma la percepción es “cross-modal” o de modo cruzado, es decir, una interacción sinestésica entre los sentidos, donde las dimensiones cualitativas pueden compartir modos sensoriales, por ejemplo, los cambios en intensidad que involucra que las cosas se vuelvan más brillantes y fuertes, donde el sonido y la visión tienen equidad interactiva para definir dicho cambio sensorial. Esta emergencia de características percibidas de modo cruzado es llamada afectos de vitalidad, los cuales se trasponen fácilmente a “afectos categóricos” o patrones de sentimientos, tales como la tristeza, felicidad, sorpresa, entre otros. Los afectos categóricos y sus

Gestalts emergentes, llegan a ser sentimientos y sensaciones básicas que serán posteriormente identificados por medio de signos y palabras y eventualmente por el lenguaje (Evans y Dubowski, 2001).

Supuestos en Autismo Infantil.

Después de haber revisado algunas observaciones que conciernen la condición del autismo, Evans y Dubowski (2001) proponen ver cómo se hace el diagnóstico inicial y cómo las personas con autismo entienden su propia condición. De esta forma, la tríada de alteraciones es la base de los criterios actuales para propósitos diagnósticos, por ejemplo, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994; citado por Evans y Dubowski, 2001) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD: World Health Organisation, 1977, 1980, 1986; citado por Evans y Dubowski, 2001). El DSM-IV expone los criterios y los lista en tres categorías: 1) impedimento cualitativo en la interacción social; 2) impedimento cualitativo en la comunicación y 3) patrones del comportamiento restringidos repetitivos y estereotipados. Cada categoría tiene varias características que la definen y un total de seis o más ítems de las tres categorías constituye un diagnóstico de autismo (Evans y Dubowski, 2001).

Generalmente se está de acuerdo en que el diagnóstico es difícil y los estudios recientes buscan establecer evaluaciones y criterios para el diagnóstico del autismo de la forma más temprana posible en la niñez (Alcorn y Bretherthon, 1997; Baron-Cohen, Allen y Gillberg, 1992; citados por Evans y Dubowski, 2001). Esto permite la introducción de un enfoque de tratamiento o manejo más temprano que tarde y por lo tanto el potencial de beneficios a largo plazo se mejora (Evans y Dubowski, 2001).

Algunos individuos con autismo se han recuperado o han manejado mejor su condición, inclusive algunos han escrito sobre sus experiencias personales (Grandin y Scariano, 1986; Miedzianik, 1986; Williams, 1996; citados por Evans y Dubowski, 2001). Estos reportes dan un punto de vista del autismo que provee una dimensión adicional junto a las perspectivas más teóricas. Por ejemplo, Donna Williams en su libro *Autism: An Inside-Out Approach* (1996) debate la “confusión” que la literatura como la revisada previamente ha creado al hacer definiciones de las características del

autismo. En este libro la autora sugiere que los profesionales al tratar de explicar el autismo han producido estereotipos de lo que es “autismo”, una “lista etiquetada” de criterios que forman la base para el diagnóstico y estos sugieren que la persona autista debe ser juzgada por los mismos. Como ejemplo la autora se refiere a conversaciones con compañeros autistas quienes revelaron que escondían las habilidades que tenían en el caso de que se interpretaran como excepcionalmente talentosas o “savant” (Williams, 1996; citado por Evans y Dubowski, 2001).

Williams (1996; citado por Evans y Dubowski, 2001) enfatiza en el lado sensorial de la condición, un punto previamente reportado por Gillingham (1995, p. 12; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 64) en un estudio hecho sobre las autobiografías de varios individuos autistas. De acuerdo a estos individuos, *“el problema del autismo está vinculado con los sentidos...el tacto es insoportable...los olores abrumadores...los sonidos dolorosos...la vista distorsionada y los sabores son muy fuertes”*. Temple Grandin, una persona recuperada de autismo (en sus términos), también se refiere a haber estado abrumada por el “defecto en el sistema sensorial”, describiendo cuan doloroso es esto y la imposibilidad de pensar sobre emociones cuando todo lo que ella trataba de hacer era protegerse a sí misma del embate de sonido terrible (Grandin y Scariano, 1986; citados por Evans y Dubowski, 2001).

La respuesta de individuos con autismo a este tipo de experiencias ha sido descrita por Williams como “pérdida de los sistemas” o “cierre de los sistemas”, un medio mediante el cual su cerebro es capaz de procesar de manera más completa información en un canal a la vez, más bien que esparcir su procesamiento finamente. La autora continúa diciendo que la erradicación de síntomas, “cierre” puede a menudo ser un alivio para padres, profesionales y cuidadores y para algunas personas con autismo, pero este enfoque es como buscar “curar” la epilepsia, tratando de enseñar a las personas cómo actuar “normal” durante un ataque. Esta descripción da un insight a su experiencia y soporta el punto de vista de Meltzer (Meltzer et al., 1975; referido por Alvarez, 1992; citado por Evans y Dubowski, 2001) en que la “retirada” o el “cierre” no deben ser entendidos como un mecanismo de defensa frente a la ansiedad, sino que existen como una respuesta frente a un “bombardeo” de sensaciones que son sentidas como abrumadoras (Evans y Dubowski, 2001).

Más recientemente, Williams (1998; citado por Evans y Dubowski, 2001) dirige a los arteterapeutas a pensar sobre conectar experiencias sensoriales inconscientes no físicas a experiencias sensoriales conscientes físicas. Evans y Dubowski (2001) piensan que esto es una comprensión esencial de individuos con autismo para orientar su trabajo.

Evans y Dubowski (2001) exploran la naturaleza de los déficits en la comunicación y la imaginación demostrados en el comportamiento de niños con autismo. En la etapa previa a la terapia Evans (2001) recalca que antes de embarcarse en la sesión terapéutica se deben realizar varias visitas al entorno del niño, sea la casa o la escuela, para permitir que éste se comience a familiarizar con el arteterapeuta quien en este momento es un extraño (Evans y Dubowski, 2001).

Los autores comentan que aprendieron en sus múltiples casos sobre la naturaleza del déficit en comunicación e imaginación típico en niños con autismo. El término “déficit” comunicativo sugiere que hay algo dentro de la adquisición de las habilidades comunicativas que no se ha desarrollado de forma apropiada. Hay características dentro de las interacciones entre el terapeuta y el niño autista, que los autores consideran que demuestra una particular sensibilidad en la comunicación, más que un déficit. Si se exploran algunas de las características evidentes en el comportamiento de los niños autistas se puede notar que cualquier acercamiento confortable o contacto con el terapeuta es usualmente instigado por el niño, y a la inversa, cualquier instigación por el terapeuta para hacer tal acercamiento o contacto es frecuentemente recibida con angustia por parte del infante. El trabajo de Daniel Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001) respecto a la importancia de la “reciprocidad” entre el infante y su cuidador primario recalca que esta reciprocidad comienza durante las etapas más tempranas del desarrollo. Evidencia que los tipos de interacciones típicas de niños con autismo sugieren que hay algo en la naturaleza de la condición autista que interfiere con la capacidad para reciprocidad durante las primeras etapas de la infancia (Evans y Dubowski, 2001).

En el área de la “imaginación” se puede dar cuenta de un uso inapropiado de los materiales artísticos que el terapeuta pone a disposición del niño. Con algunos niños autistas hay algo sobre la calidad táctil y el olor de los materiales que es un punto de fascinación pero ellos necesitan que el terapeuta les solicite directamente un pincel como implemento antes de hacer las marcas. Incluso se

ve como inapropiado que el niño unte su pincel sólo con agua y no con pintura, ya que los movimientos que éste hace sobre la superficie de la hoja de papel no dejan ningún trazo permanente. En la experiencia de los autores esto no es atípico: en otros casos donde los niños con autismo han usado pintura se ha notado que no atienden a su actividad de hacer marcas, desvían la mirada del papel en vez de prestar atención a los trazos que están dejando por el movimiento del pincel (Evans y Dubowski, 2001).

En otros casos, aunque parezca haber un uso apropiado de las crayolas, el proceso de hacer marcas toma lugar en aislamiento, por ejemplo debajo de la mesa fuera de la vista del terapeuta. Así, el niño no parece tener interés en compartir su trabajo con alguien más; en efecto, al final de la sesión el dibujo es dejado en el piso debajo de la mesa como si no tuviera ningún valor. Los autores consideran que esto es típico y demostrable en todos los niños con autismo; aparenta que no hay un sentido de pertenencia sobre los dibujos completados, ni un sentido de continuidad o asociación entre los diferentes dibujos que el niño puede producir sobre el curso de la terapia. Otro caso podría ser el de un niño autista cuyas habilidades en el dibujo se han desarrollado a un nivel representacional (dibujando objetos reconocibles) pero hay una gran renuencia a mirar o discutir los dibujos realizados en sesiones previas (Evans y Dubowski, 2001).

También los autores mencionan que en muchos casos de niños con autismo no se encuentra evidencia del uso de marcas como una forma de representación. Estos niños no nombran sus garabatos o muestran interés en explorar imaginativamente significados posibles de sus dibujos de la forma que se observa con niños que se han desarrollado de forma normal. Tampoco son los materiales en sí mismos utilizados imaginativamente, por ejemplo, las crayolas no son sostenidas ni movidas por el aire para representar un avión o un cohete volando. Cabe señalar que estos niños se han familiarizado con las propiedades de los materiales artísticos durante algún tiempo: los niños conocen la relación entre crayolas y la hoja de papel. Sin embargo para algunos niños la fascinación primaria con la crayola como se había mencionado anteriormente permanece en su olor, color y textura. Nuevamente esto no es atípico: una variante que es frecuentemente observada en niños autistas es cuando sistemáticamente se aferra a un crayón de un color diferente, mordiéndolo y esperando que por su color le sepa

diferente. Ellos no parecen aprender de esta experiencia ya que algunos niños repiten esta acción de saborear sesión tras sesión (Evans y Dubowski, 2001).

El tipo de uso que se le da a los materiales artísticos no es sólo inapropiado sino poco imaginativo. Aunque este déficit de imaginación ha sido denotado como una característica del autismo por muchos años hay poca literatura o investigación alrededor de la “imaginación” como tal. Mientras se reconoce que la investigación en las hipótesis de la teoría de la mente informan sobre ciertos aspectos del proceso de pensamiento necesario para el desarrollo de la imaginación, en opinión de los autores no ofrece una teoría coherente de la imaginación como tal (Evans y Dubowski, 2001).

Para los autores, un elemento común y necesario tanto para la comunicación como para la imaginación es la capacidad de pensamiento simbólico. En comunicación el símbolo tiene la función de ser un vehículo de significado que se pasa entre las personas. En la imaginación es el funcionamiento simbólico el que nos permite atribuirle diferentes significados al mismo objeto, por ejemplo, el banano puede ser un receptor de teléfono. Los arteterapeutas tienen que tener comprensión tanto de los procesos comunicativos como imaginativos. También deben reconocer la importancia de la relación terapéutica y del compartir los significados y emociones que tienen lugar dentro del encuadre terapéutico; esto es una forma de comunicación. Un eje central del trabajo como arteterapeuta según los autores, es trabajar con la imagen producida por los pacientes; la palabra imagen en sí misma forma la primera parte de la palabra imaginación. ¿Puede alguien hacer una “imagen” sin tener primero “imaginación”? Es mediante la comprensión de los procesos de desarrollo necesarios para la adquisición del funcionamiento simbólico que los arteterapeutas pueden ofrecer un ambiente conducente a este desarrollo para los pacientes autistas.

Según Evans y Dubowski (2001) el modelo interactivo de arteterapia que ellos aplican, es un enfoque basado en la comprensión de la calidad de experiencia que comienza en la infancia temprana y se desarrolla a través de la infancia en las relaciones entre infante-cuidador. De esta forma los autores consideran que las etapas tempranas del desarrollo del dibujo son una parte intrínseca de esta comprensión y también forma parte de la plataforma de su proceso de evaluación.

Desarrollo del Dibujo.

Según los autores, en su experiencia los niños no necesitan materiales artísticos para comenzar a desarrollar sus habilidades en el dibujo. De esta forma, el desarrollo del dibujo en el niño comienza aproximadamente al mismo tiempo que el lenguaje, es decir, a los quince meses de vida. El comienzo del dibujo y el lenguaje indican un giro trascendental en el desarrollo infantil, siendo un punto donde hay una necesidad de medios más sofisticados, mediante los cuales les sea posible expresar su experiencia y pensamientos, así como comunicarse explícitamente a otros (Evans y Dubowski, 2001).

Un término muy empleado para describir estas marcas primitivas y tempranas realizadas por los niños, es el “garabato”. Usualmente se ha pensado que dicho término describe algo que no tiene significado, sin embargo, hasta en las etapas más tempranas del desarrollo el garabato contiene un sentido para el infante. Los autores, prefieren utilizar el término de desarrollo del dibujo “pre-representacional”, el cual se refiere a re-presentar literalmente algo, y en relación al dibujo un algo visual. En un nivel, esto podría indicar un estímulo visual actual y en otro nivel, se podría utilizar el dibujo para re-presentar aspectos del mundo interno como las emociones y en un nivel aún más abstracto, lo anterior verse reflejado a través de color y forma. Utilizando el término pre-representacional, los autores indican que durante etapas más tempranas del proceso del desarrollo infantil, el niño puede no tener una intención consciente de representar algo concreto, pero disfruta de la experiencia y el placer producidos por materiales, movimientos y novedad (Evans y Dubowski, 2001).

Luego, a través de la experimentación y el juego imaginativo, el niño aprende movimientos que resultan en diferentes tipos de marcas y así comienza a construir un “vocabulario” de marcas. Posteriormente, la combinación de diferentes marcas será empleada para crear dibujos re-representacionales, es decir, una intención consciente de coger una imagen mental, idea, pensamiento o sentimiento, y trasladarlo a un dibujo con el objetivo de compartirlo con “otros”. Así, podemos ver que el dibujo en muchas formas refleja el lenguaje, ambos son medios formales de comunicación (Evans y Dubowski, 2001).

Según los autores, entre la etapa pre-representacional y la re-representacional se presentan varias fases en el desarrollo del dibujo que se deben tener en cuenta. Victor Lowenfeld y Brittain (1987; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 33-36), describen varias etapas: 1) la “etapa del garabato”, radica en el hacer marcas de manera temprana, es motivada por la actividad física que envuelve y acompañada por descripción verbal de las marcas, siendo así un acercamiento a la autoexpresión o comunicación con el “self”. El dibujo se convierte en un referente de los aspectos del ambiente del niño. 2) La etapa pre-esquemática, donde el niño comienza a hacer dibujos reconocibles, conecta las marcas con su mundo, dándoles forma. También se ha llamado etapa del realismo fortuito, en donde el niño descubre el significado del dibujo en el acto de realizarlo (Lucquet, 1929, p. 155; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 35). En este momento por primera vez, el niño intenta reflejar algo. 3) La etapa esquemática, en donde el niño al descubrir que las marcas tienen un potencial parecido a los objetos del mundo real, también se da cuenta que el arte es una forma de lenguaje. Los dibujos representan el concepto del objeto para el niño. Aun así, algunos dibujos se asemejan más que otros a la realidad. Esto dependerá de su experiencia personal. Trata de representar el objeto tal cual es, incluidos los colores. 4) La etapa del realismo intelectual descrita por Lucquet (1929; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 37), en donde los dibujos del niño dependen más de lo que tienen en la mente, que lo que está frente a ellos. En este momento el niño ya sabe que el dibujo puede ser una forma de lenguaje y así desarrolla un vocabulario de ese lenguaje. Cuanto más el niño experimente con las líneas, formas y colores, más competente se vuelve para trasladar su imagen interna en el papel, así sus re-presentaciones en el dibujo son una viva imagen de su experiencia personal (Evans y Dubowski, 2001).

Según los autores, en este punto se debe explorar la relación entre la capacidad para la representación previamente mencionada y la capacidad para simbolización descrita por el modelo de Winnicott. En términos de desarrollo cronológico, es fácil superponer a dicho modelo, el espacio potencial que se ofrece por el descubrimiento del objeto transicional, al desarrollo del juego y el arte como forma de juego. Los niños ya han tenido la experiencia de pensamiento simbólico, por medio del uso de su objeto transicional, incluso antes de que desarrollaran suficiente coordinación entre mano-ojo para comenzar a experimentar con el hacer marcas o dibujos. Igualmente, están equipados para

descubrir significado en los trazos que ellos mismos crean, según va dibujando, a pesar de que no comiencen con la intención consciente de representar (Evans y Dubowski, 2001).

Dentro del espectro autista puede haber niños en los cuales la aparición de la condición ocurre después de los tres años de edad. Para muchos otros, la aparición ocurre mucho antes y los síntomas asociados a ésta pueden intervenir con las etapas del desarrollo descritas por Donald Winnicott y Daniel Stern. Si algunos niños tienen predisposición genética para la condición, puede ser que el autismo sea algo con lo que hayan nacido. Muchos de los instrumentos diagnósticos para el trastorno autista, no son efectivos con niños menores de tres años y es poco usual que niños pre-escolares sean referidos para arteterapia (Evans y Dubowski, 2001).

Según Evans y Dubowski (2001), es muy importante entender las etapas tempranas del desarrollo que llevan a la capacidad para la simbolización, pues sólo de esta manera se comprenderá el arte hecho por niños con autismo. En el momento en que se atiende a estos niños o son referidos a arteterapia, usualmente ya han pasado a través de estas etapas importantes del desarrollo, caracterizadas por Winnicott y Stern, pero también habrán desarrollado en diversos grados un rango de síntomas asociados con su autismo. Así, los autores plantean que una de las tareas iniciales más importantes es desentrelazar los síntomas de los hitos del desarrollo (Evans y Dubowski, 2001).

Matthews (1984; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 59), para describir la fase temprana del desarrollo del dibujo, menciona que según surge el dibujo, es asimilado dentro de un ruedo de juego con la consecuencia de que los procedimientos del dibujo en sí mismo, se transformen en fenómenos esenciales alrededor del cual se desarrollan y alternan diferentes modos de simbolismos. Cada sistema bidimensional y representacional tienen sus propios usos y sus propias limitaciones. La tarea del niño consiste en distinguir entre sistemas representacionales, además de saber cómo desarrollarlos y cuándo aplicarlos. Los sistemas representacionales tempranos no son simplemente abandonados por nuevos; más bien, algo de estos sistemas tempranos son retenidos y forman la base de la configuración posterior. Este tipo de experiencia está libre de las demandas de tener que hacer representaciones y alienta el desarrollo de un “significado” por el cual están hechos las representaciones y los símbolos. En otras palabras, según los autores, es a través de un proceso fenomenológico que el niño desarrolla

un “insight representacional” que lleva hacia la sensibilidad y la simbolización (Evans y Dubowski, 2001).

Modelo de Interactivo de Arteterapia.

Los patrones comunicativos emergentes que culminan en el desarrollo de modos sofisticados como el lenguaje y el arte representativo, tienen sus orígenes durante las etapas más tempranas de la vida. Para algunos niños con autismo, los síntomas del trastorno pueden afectar estas estrategias comunicativas tempranas, de tal forma, que la posterior emergencia del lenguaje se ve severamente bloqueada. Por ello, los autores han explorado la relación existente entre lenguaje verbal y otras formas de comunicación, particularmente la comunicación a través del arte, y para ellos es claro que en el caso de niños con autismo, la intervención terapéutica temprana sería beneficiosa. En efecto, al entender estos procesos del desarrollo, el terapeuta puede realizar intervenciones significativas con el infante autista, mientras el paciente está pasando por ese proceso de desarrollo en su momento actual. La arteterapia con niños autistas puede ser aplicada, según Evans y Dubowski (2001) de forma muy temprana entre los doce y dieciocho meses de edad.

El primer postulado del modelo es que un acercamiento interactivo basado en teorías de las interacciones entre infante-cuidador, en la infancia temprana, ha mostrado ser efectivo para establecer un primer contacto con los niños autistas, proveyendo una base donde las posibilidades para crear la relación terapéutica puedan desarrollarse. Las intervenciones terapéuticas dentro de este modelo incluyen “señalamiento recíproco”, un término introducido por Brazelton para describir las interacciones entre madre-infante, en donde ambos buscan la respuesta del otro (Brazelton, Koslowski y Main, 1974; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 50). Así, como la madre y el infante buscan activamente señales recíprocas, el terapeuta necesita estar consciente de que incluso el niño más severamente afectado por su autismo, puede hacer un “señalamiento” de forma apenas perceptible como contacto comunicativo. Muchos de estos tipos de interacción son tan sutiles que incluso un terapeuta experimentado no los reconoce. Sólo hasta que la sesión ha sido grabada por una cámara de video y revisada, se puede ver la naturaleza de la respuesta del niño, por ejemplo, durante la segunda sesión con un niño, muchas de las respuestas interactivas parecen estar relacionadas con la evitación al

contacto o proximidad con el terapeuta. Igualmente, mirar directamente al niño es recibido usualmente con una mirada evitativa, y los movimientos físicos son recibidos con el alejamiento del niño. Sin embargo, al analizar las videograbaciones, normalmente se puede observar que al “alejarse” el niño, sigue o “refleja” los movimientos del terapeuta. Una vez el terapeuta reconoce dicho patrón de interacción (usualmente a través del micro-guion análisis de las videograbaciones), tales elementos de “señalamiento recíproco” pueden incorporarse a la relación terapéutica y a la construcción de futuras sesiones (Evans y Dubowski, 2001).

En el segundo postulado del modelo los autores se enfocan en el concepto de “protoconversación” de Trevarthen, en donde las respuestas maternas son las que dan significado a las expresiones del bebé (Trevarthen y Neisser, 1993; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 50). En el marco arteterapéutico, el terapeuta se enfoca en todos los aspectos de la expresión del niño e intenta entender y retroalimentar la comprensión del infante. En otras palabras, cualquier expresión realizada por un niño, como una vocalización o una acción, es una respuesta directa hacia el ambiente del niño, incluyendo la presencia de otras personas. Las respuestas del terapeuta a dichas expresiones están diseñadas para ayudar al niño a encontrar algo de forma al significado en relación a la naturaleza de tales expresiones (Evans y Dubowski, 2001).

En el tercer postulado del modelo, Winnicott y Bowlby (1953, 1965; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 54) subrayaron la importancia de la sensibilidad y el cuidado incondicional en la relación infante-cuidador. Estas condiciones proveen al infante una atención focalizada en un ambiente seguro, necesario para el establecimiento de la base de las habilidades comunicativas. Dentro del marco terapéutico, la sensibilidad y atención focalizada son esenciales para la relación terapéutica, este tipo de relación provee una sintonía empática entre paciente y terapeuta útil para el desarrollo de las sesiones (Evans y Dubowski, 2001).

Por último, en el cuarto postulado del modelo, Condon y Sander (1974; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 54) se enfocaron en la conciencia del ritmo y el lenguaje corporal, un aspecto importante tanto del vínculo entre madre-infante, como de la relación interactiva entre terapeuta y paciente. Muchas veces con niños autistas sus ritmos y movimientos no son reconocibles hasta

avanzadas las sesiones o el microanálisis detallado de las video grabaciones. Sin embargo, es importante comprender las propiedades de la sintonía comunicativa de tales interacciones corporales, ya que alivia la tensión mutua entre terapeuta y paciente (Evans y Dubowski, 2001).

Todos estos modos de interacción ocurren naturalmente y forman una parte intrínseca del ambiente social y están presentes en todas las interacciones sociales, incluido el espacio terapéutico. Según los autores, al trabajar dentro del paradigma de la “intersubjetividad”, se requiere también una re-evaluación de cómo se entiende lo que ocurre dentro de la relación paciente-terapeuta, ya que se considera que ésta refleja relaciones importantes tempranas, que el paciente ha tenido con personas significativas en su vida. Fundamentalmente, desde el punto de vista de Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 55), la experiencia temprana infantil se refiere a la “realidad”, por ejemplo, eventos que suceden realmente y no son distorsionados por razones “defensivas”; también los “fenómenos” que desde la teoría psicoanalítica se creen juegan un rol crucial en el desarrollo temprano, como las ilusiones de fusión. Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 55), consideró que no era aplicable a la infancia temprana, antes de los dieciocho a veinticuatro meses, pues creyó que sólo era concebible hasta después de que apareciera la “capacidad para simbolización”, como se evidencia por el lenguaje cuando termina la infancia. El autor también sugirió, que esta perspectiva tenía importantes implicaciones clínicas, debido a que cuestionaba los métodos psicoterapéuticos de reconstruir el pasado del paciente, además apuntó que el psicoanálisis tiene las mejores bases para describir el desarrollo cuando la infancia finaliza y la capacidad para simbolizar está disponible. También sugirió como alternativa que al reconstruir la historia del paciente se utilizara la teoría del desarrollo para localizar los orígenes de la patología en uno de los dominios de la experiencia del “self”, lo que indica el camino que el desarrollo del paciente ha seguido (Evans y Dubowski, 2001).

Los autores destacan los patrones conductuales que reflejan el tipo de contacto y comunicación humano que están basados en la intersubjetividad sensorial. Dichos patrones conductuales son no verbales y contribuyen a la sensibilidad que tiene los pacientes hacia otras personas, en términos de espacio corporal, ritmo, tacto, distancia y retiro relacional. Evans y Dubowski (2001) han incorporado esta intersubjetividad sensorial a su marco de evaluación y su modelo de arteterapia. Sin embargo,

recalcan que para entender todo el modelo es preciso explorar previamente la relación entre la experiencia sensorial predominante y el desarrollo del dibujo pre-representacional que transcurre paralelo a ella (Evans y Dubowski, 2001).

En la infancia temprana, el desarrollo de habilidades artísticas es parte de la evolución del desarrollo general del niño. Según los autores, la experiencia del infante durante estas primeras etapas es compleja, experiencial y sensorialmente de modo cruzado. Además, para ellos es importante una comprensión de los procesos del desarrollo que permiten a los niños comenzar a formar representaciones mentales, en vista de las dificultades que los niños dentro del espectro autista experimentan con el funcionamiento simbólico. Ellos también creen que el arte como medio de expresión simbólica da una forma particular a aquello que está siendo experimentado, expresado y comunicado. Como el lenguaje, el arte tiene sus propias estructuras y mecanismos para crear, formar y concretar “significados”. Tanto el hacer arte, como los productos de arte en sí mismos, tiene propiedades comunicativas particulares que comienzan a emerger durante las etapas más tempranas del desarrollo. El interés en el arte infantil ha enfatizado la importancia de la etapa del garabato pre-esquemático de los dibujos en niños jóvenes. La comprensión emerge de la estrategia compleja de planificación requerida por los niños cuando dibujan y el significado dado por ellos a los garabatos previos a la representación pictórica. De esta forma, para los autores es evidente que en la actividad temprana de hacer marcas, los niños están dibujando con “intención” (Evans y Dubowski, 2001).

Las etapas más tempranas del desarrollo del dibujo forman un período importante de experimentación imaginativa que ayuda al desarrollo de un mecanismo, con el fin de comprender las complejidades de representación de la experiencia necesaria, para el desarrollo de los sistemas simbólicos y la expresión de experiencias internas abstractas y de más complejidad. Esto puede ser comparado al “sentido de un self emergente”, descrito por Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001, p. 58) y las fases posteriores de la etapa sensoriomotora de Piaget, descritas como pre-semiótica (Piaget e Inhelder, 1969; citados por Evans y Dubowski, 2001, p. 58). Estos autores reconocen que las etapas del desarrollo relacionadas con la organización de la experiencia sensorial percibida forman la base necesaria para el desarrollo del funcionamiento simbólico. Stern (1985; citado por Evans y

Dubowski, 2001, p. 59), en particular enfatiza en la importancia de la “intersubjetividad” como una parte fundamental del desarrollo del funcionamiento pre-simbólico (Evans y Dubowski, 2001).

Según Evans y Dubowski (2001), su modelo interactivo de arteterapia está basado en gran parte en la comprensión de la relación pre-verbal intersubjetiva y cómo ésta contribuye a la posterior “formación” de la experiencia del niño. Son las cualidades inherentes en esta “formación” las que proveen la “forma” para la comunicación, es decir, el compartir intencional y significativo de la experiencia con algún otro. Según los autores, podría ser que una formación estable de la expresión y la experiencia no sea alcanzada consistentemente por algunos niños con autismo y esto es evidente, tanto en su comportamiento, como en su trabajo artístico (Evans y Dubowski, 2001).

Para desarrollar el modelo de arteterapia interactiva los autores encontraron que un análisis de la primera sesión de arteterapia puede proveer una “plantilla” efectiva que puede ser aplicada a todas las sesiones posteriores. La primera sesión de arteterapia (posiblemente los primeros minutos de dicha sesión) con niños autistas proveen una guía confiable para la consiguiente terapia por la cual es posible evaluar y monitorear el progreso dentro del marco del acercamiento “interactivo”. El desarrollo de una plantilla interactiva individual para un niño referido a arteterapia requiere de una serie de factores a tomar en cuenta (Evans y Dubowski, 2001).

La ansiedad experimentada por los niños con autismo resultante en “cutting off” o cortar la interacción social, fue identificada que ocurría cuando la interacción social entre arteterapeuta y niño/paciente requería medios de expresión comunicativa más complejos y una comprensión compartida. Los factores en las secuencias de comportamiento que llevaban a un “cutting off”, podían ser observados micro-analíticamente en las videograbaciones. Estos factores señalan (sutil e imperceptiblemente) la advertencia de que el niño autista está buscando asegurar un contexto seguro en el que estar y en el que estar con el arteterapeuta; si éste no fuera seguro podría surgir angustia seguida de un comportamiento evitativo o de “retirada” (Evans y Dubowski, 2001).

El arteterapeuta en la sesión con el niño autista está “allí” en el sentido que Stern (1985; citado por Evans y Dubowski) se refiere como el “contorno de activación” de la experiencia humana. El

terapeuta está con el niño en este proceso interactivo y el niño puede apegarse a, y usar al terapeuta como “vehículo” para su experiencia. Juntos identifican los ritmos de experiencia; el afecto de vitalidad del arteterapeuta en esta situación (contorno de activación) es de ser “consistente”. El ritmo puede formarse desde y alrededor de la “igualdad” del terapeuta porque es “estable” y predecible y se le da “forma” a través de las interacciones entre el niño y el arteterapeuta. En el proceso interactivo de la arteterapia, el terapeuta responde recíprocamente a las acciones del niño, y éstas afectan directamente el desarrollo de la relación. Puede ocurrir que en el señalamiento recíproco del diálogo comunicativo, el terapeuta no pueda interpretar las señales del niño porque estas pueden ser desviadas o anómalas. Los arteterapeutas por tanto, necesitan desarrollar sus habilidades en el proceso interactivo de arteterapia con niños autistas si desean llegar a ser “potentes” interventores (Evans y Dubowski, 2001).

Algunas de las secuencias de comportamiento de los pacientes que han identificado los autores se han descrito como “sutiles e imperceptibles”, puesto que requieren una observación detallada si van a ser recogidas y utilizadas como una intervención para facilitar el diálogo interactivo entre el terapeuta y el niño. Las indicaciones son que los arteterapeutas aumenten su conciencia de estas “señales”, lo que inicialmente demandaría según los autores, un entrenamiento por observación de sesiones de arteterapia en detalle micro-analítico (Evans y Dubowski, 2001).

Los autores sugieren que con el fin de ayudar al desarrollo psicológico y emocional del niño autista, el modelo interactivo de arteterapia pueda ofrecer una forma muy focalizada de intervención primaria. Además, puesto que el arte envuelve un proceso de desarrollo complejo, la arteterapia interactiva se ha demostrado ser efectiva a niveles comportamentales y cognitivos. De igual forma, Evans y Dubowski (2001) enfatizan que en las etapas tempranas del desarrollo del dibujo, las actividades de dibujo pre-representacionales son particularmente útiles para atraer a los niños autistas a experiencias que provean la base para el desarrollo de habilidades comunicativas, si éstas tienen que aparecer. En otras palabras, el método terapéutico de intervención que utiliza el arte desarrollado para este modelo de arteterapia, provee un “andamio comunicativo” en la que el desarrollo posterior,

incluido un incremento del uso del lenguaje verbal y la interacción social y simbolización, pueda mantenerse (Evans y Dubowski, 2001).

La Aplicación del Modelo Interactivo.

Puesto que la mayoría de los niños con autismo muestran signos de angustia ante la presencia de extraños, según Evans (2001) en su práctica, es conveniente pasar algún tiempo en sus ambientes antes de comenzar formalmente la terapia. Esto da la oportunidad para que el niño se acostumbre a la presencia del terapeuta y viceversa. También cabe destacar que en el primer encuentro arteterapéutico, los niños autistas suelen utilizar el material artístico selectivamente, demostrando buenas habilidades perceptuales, motoras y discriminativas. Disfrutan de hacer arte, es decir, de la actividad, y algunos utilizan palabras para describir lo realizado pero dirigidas al vacío en un comienzo, hasta familiarizarse con el arteterapeuta. Otra característica es su obsesión por dibujar figuras específicas o de un mismo género (Evans y Dubowski, 2001).

Los niños autistas tienen diferentes niveles de sensibilidad hacia los extraños o hacia las situaciones desconocidas y por ello los períodos de familiarización varían. Sin embargo, Evans (2001) sugiere que una buena base es ver al niño una vez por semana, durante cuatro semanas, antes de comenzar la terapia formal. Esto es importante, ya que en éste espacio se conoce más sobre el niño y su condición. Además, en esta etapa de familiarización se conoce más sobre el contacto físico adecuado que se debe mantener con cada niño y la respuesta del niño a este acercamiento del terapeuta; pues a veces por sus características, los niños autistas responden a la proximidad con angustia, sin reciprocidad, pierden el foco de atención, sin expresividad y sin establecer contacto visual, entorpeciendo el proceso arteterapéutico (Evans y Dubowski, 2001).

Así mismo, una de las funciones en la arteterapia, para que los niños puedan expresarse libremente en las sesiones iniciales, se caracteriza por preparar el espacio de trabajo y materiales según las observaciones realizadas previamente al ambiente del infante, para que cuando éste llegue, se encuentre en un lugar familiar que le provea sostén emocional y psíquico, además de que sea agradable para sus sentidos. Los niños autistas se caracterizan por ser selectivos, por tanto, conocer y elegir los materiales que el niño utiliza en casa, ayudará a que éste exteriorice aspectos internos desenvueltamente y se familiarice tanto con el terapeuta como con el encuadre (Evans y Dubowski, 2001).

A veces, al comienzo de las sesiones los niños autistas pueden aparentar estar más relajados y comenzar a dibujar con facilidad, sin embargo, cuando se les van proponiendo nuevas tareas o dibujos que son diferentes de su estilo esquemático e irrumpen en su dinámica, se pueden generar más comportamientos repetitivos/estereotipados y la angustia tiende a aumentar. Por ejemplo, según Evans (2001), cuando se les pide que cambien de género y dibujen algo totalmente nuevo o una imagen de sí mismos, los niños autistas comienzan intentándolo, luego evitan el dibujo, las personas alrededor, los materiales, e inclusive a veces, se sumen en ataques de rabia hacia sí mismos o hacia su obra (Evans y Dubowski, 2001).

Según Evans (2001) conforme la relación de desarrolla, se incrementa la comunicación no verbal. Esto se evidencia según la autora, a través de una sintonía de los movimientos de ambos – arteterapeuta y paciente–, pues sus cuerpos, manos, cabezas parecen estar relacionados rítmicamente el uno con el otro. Asimismo, al interactuar de manera no verbal con el arteterapeuta el niño se vuelve menos reacio a las verbalizaciones del mismo. Según van progresando las sesiones, el ideal es tratar que los niños autistas puedan trabajar sobre imágenes presentadas en sesiones previas, para que vayan ganando insight sobre su propia condición. Sin embargo, una característica de estos niños suele ser su renuencia a volver a dibujos previamente completados. También, conforme avanza la arteterapia, se puede observar en algunos niños autistas cómo comienzan a realizar narrativas entre pasado y presente por medio de sus dibujos o imágenes, lo que deben analizar los arteterapeutas desde una perspectiva del desarrollo por medio de cada imagen y del proceso que llevó a la producción de la

misma, o de toda la compilación que ha realizado el niño. Al analizar dicha producción de dibujos según Evans (2001), se puede dar cuenta que los niños autistas dibujan utilizando siempre la misma fórmula básica, por tanto, el rango de marcas utilizadas para la ejecución de cada dibujo es muy limitado; además, todos los dibujos tienen una apariencia “plana” sin intentos por dar sombreados, profundidad, dimensión o uso del color, para representar la tridimensionalidad. Asimismo, la rigidez en el proceso de dibujo del niño, contrasta con la competencia de los propios dibujos ya finalizados. Según Evans y Dubowski (2001), esta forma de dibujo es igual que el comportamiento repetitivo característico de los infantes con autismo, como por ejemplo, el rígido apilamiento de los bloques de construcción o la alineación de crayolas en estricto orden de color. Así, el dibujo meticuloso y competente es un síntoma del autismo, además la producción rígida y el nombrar los dibujos dentro de la situación arteterapéutica son formas en que los niños autistas intentan aliviar la ansiedad y angustia causadas al estar en una nueva situación con una nueva persona, el arteterapeuta (Evans y Dubowski, 2001).

A medida que el terapeuta entra gradualmente en sintonía con el paciente, hay una menor ansiedad y angustia de parte de éste, permitiendo el desarrollo gradual de la relación terapéutica. Al monitorear esto de manera sensible, el terapeuta puede introducir nuevas experiencias a la situación terapéutica; sin embargo, el arteterapeuta debe tener en cuenta la etapa del desarrollo de cada caso particular. En muchos casos los dibujos de los autistas son esquemáticos o esquemáticos y representacionales. Comparando con niños normales, los niños autistas carecen de una relación emocional con su dibujo y frecuentemente de narrativas que acompañen al mismo, lo que sugiere que han perdido algunas de las etapas tempranas del desarrollo del dibujo, durante las cuales la experimentación imaginativa con una serie de materiales artísticos desencadena una respuesta directa emocional en el niño (Evans y Dubowski, 2001).

Según Evans y Dubowski (2001), su estrategia con estos niños es darles en el marco arteterapéutico la oportunidad de una experimentación más imaginativa con los materiales artísticos y evitar situaciones en que ellos necesiten recurrir a dibujos típicos, rígidos y estereotipados. Paradójicamente recalcan los autores, es la introducción de nuevos materiales la que causa muchas

veces la ansiedad que se quiere mejorar. Conforme se avanza en la terapia, los niños suelen aventurarse con el uso de los materiales artísticos lo que les permite incorporar algunos de sus dibujos más rígidos debajo de la pintura. Esto es un reflejo de la progresión en su compromiso con hacer arte, que junto con el trabajo producido, va a indicar que los niños autistas retienen una forma esquemática para el dibujo en su acercamiento a la actividad. Lo anterior, sugiere según Evans (2001) que aunque los niños autistas construyan una tolerancia hacia nuevas experiencias en la arteterapia, se mantiene su necesidad por su red de seguridad. También, cuando los niños autistas reconocen la importancia de retener una estrategia de afrontamiento ante las situaciones de angustia en la arteterapia, éstos ganan más insight y comprensión de su propio autismo (Evans y Dubowski, 2001).

Para Evans y Dubowski (2001), el desarrollo de la arteterapia con niños autistas tiene una metodología particular y por ello utilizan el término “arteterapia interactiva”, porque ponen su énfasis en la observación meticulosa de la totalidad de la experiencia, tanto del terapeuta como del niño, dentro del marco terapéutico. Este modelo se dirige específicamente al desarrollo de las habilidades comunicativas de niños dentro del espectro autista, sin embargo, dicen los autores: “nuestra preocupación, por ejemplo, no es sólo con el lenguaje como una forma de comunicación, sino con la totalidad del marco comunicativo que emerge desde el momento del nacimiento, como es mostrado y descrito previamente por autores, tales como, Daniel Stern y Donald Winnicott” (Evans y Dubowski, 2001, p. 47).

Evans y Dubowski (2001) dentro de la arteterapia interactiva, se enfocan en los afectos de vitalidad proporcionados por las diferentes formas de materiales artísticos. El afecto de vitalidad de la intervención arteterapéutica se puede mejorar mediante el perfeccionamiento de la vitalidad del ambiente en el que la terapia tiene lugar. Esto involucra según los autores, considerar una serie de factores, por ejemplo, los materiales artísticos que pone a disposición el arteterapeuta en la intervención. Inclusive el mobiliario y la iluminación disponible en el espacio de trabajo, tendrán diferentes cualidades que podrían afectar el estado emocional del paciente. Ampliar la experiencia de los materiales artísticos y las técnicas de realización de marcas, también aumenta el rango de afectos de vitalidad que los niños experimentan y por lo tanto su habilidad para desarrollar una sensibilidad

hacia esto y hacia sus sentimientos. Lo anterior, contribuye a su habilidad para dar sentido de (llegando a estar más consciente de) sus experiencias, mediante la construcción de algunas reacciones consistentes frente a diferentes cosas que pueden encontrarse dentro del ambiente terapéutico. Así, moviendo a los niños a nuevas áreas de experiencia en donde se les ofrece la oportunidad de desarrollarse por medio de experiencia acumulativa, éstos adquieren sensibilidad para la elaboración de representaciones y símbolos. Por ejemplo, muchos niños con autismo exhiben comportamientos que en mayor o menor grado, son caracterizados por movimientos rígidos y mecánicos del cuerpo, que se consideran como comportamientos estereotipados. Al desarrollar intervenciones que reflejen el punto del espectro relacionado con el comportamiento, el terapeuta debe tener en cuenta que dichos estereotipos pueden tener una función reductora de la excitación para pacientes que están fisiológicamente sobre-excitados. La estereotipia puede ser vista como una forma de auto-regular el comportamiento que provee un tipo de regulación homeostática. Los métodos de intervención en estos casos requieren por tanto una consideración y aproximación cuidadosa de parte del terapeuta puesto que la sobre-estimulación puede ocasionar un alto grado de angustia para el niño que ya se encuentra sobre-excitado, como es el caso de los autistas (Evans y Dubowski, 2001).

Evans y Dubowski (2001) también han encontrado que hay un paralelo directo entre el comportamiento estereotipado y el uso del dibujo esquemático. El mismo esquema producido por diferentes medios resultará en un afecto de vitalidad diferente, por ejemplo, el movimiento de las crayolas hacia la pintura. Evans y Dubowski (2001) citando un ejemplo con un niño autista, dicen:

“un niño mostró un comportamiento típico estereotipado de chasquear sus dedos y muñecas constantemente en frente de sus ojos. Cuando se le introdujo a una variedad de materiales artísticos, su mayor preferencia fue por las crayolas de cera, las cuales utilizó para hacer el mismo tipo de marcas acompañadas del movimiento de chasquido en el papel. Este comportamiento se desarrolló posteriormente en él, ordenando rígidamente estas pequeñas marcas producidas con los movimientos de dedos y muñeca en el papel de izquierda a derecha. Cuando las crayolas fueron sustituidas por pintura, el niño encontró dificultad para continuar, con tal comportamiento rígido estereotipado por la necesidad frecuente de recargar su pincel con pintura” (Evans y Dubowski, 2001, p. 61).

Según los autores, en algunos casos es muy difícil o inclusive imposible formar intervenciones que rompan con la rigidez del comportamiento estereotípico o esquemático del niño autista; sin embargo, el cambio de medios puede alterar los afectos de vitalidad experimentados por los niños en la ejecución de su comportamiento rígido. Así mismo, los arteterapeutas entrenados son también artistas y de esta forma prestan atención primaria al sentimiento y la sensación que el niño experimenta en el uso de los materiales, por ejemplo, humedad, agudeza, texturas, entre otras; estos son aspectos compartidos en la relación diádica entre arteterapeuta y paciente. De igual forma Evans y Dubowski (2001), asumen al comienzo de la terapia que el uso de los materiales no es representacional o es pre-representacional, de esta forma, desde un comienzo van desarrollando en el encuadre arteterapéutico un nuevo vocabulario con el niño, construyendo una relación que indica al niño la existencia de una sensación o sentimiento compartido, en donde el terapeuta comprende todas la sensación de conciencia del niño, sea lo que ésta signifique. Las primeras etapas para construir la relación es el comienzo de la confianza y la empatía, así como ayudar al niño a extender su nuevo vocabulario (artístico) mediante la introducción de nuevos materiales. Trabajar a nivel afectivo y pre-representacional ayuda a los niños con una emergencia del “sentido del self”, en los términos que utilizó Stern (1985; citado por Evans y Dubowski, 2001) para describir las fases del desarrollo temprano infantil (Evans y Dubowski, 2001).

Propuesta y recomendaciones

La “Arteterapia” se comprende como una terapia psicológica caracterizada por la producción de obras, a través del proceso de expresión artística y el uso de los materiales plásticos; utiliza el arte como vehículo terapéutico, con el fin de ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interno y externo, dentro de un encuadre específico –que funciona de contenedor emocional y psíquico– de la relación tripartita, entre “niño”, arteterapeuta y obra.

Con el fin de poder realizar una reconstrucción de los ejes teórico-prácticos de la arteterapia y plantear una propuesta de intervención elocuente en niños autistas, hacemos una revisión inicial de los postulados de autoras como Tessa Dalley, Edith Kramer y Judith Rubin que exponen porqué la práctica a través del arte es efectiva, especialmente en infancia. Así, aunque otros tipos de

intervención pueden ser muy positivos, existen argumentos persuasivos sobre el valor terapéutico que posee el arte, ya que incorporan la noción de que el arte envuelve a la persona como un “todo”, y que sólo por medio de la experiencia artística podemos llegar a “ser uno”, es decir, encontrar la compatibilidad entre nuestro mundo externo e interno.

Por otra parte, nuestro pensamiento es visual y las autoras mencionan que hay evidencia abundante de que los fenómenos codificados en nuestra mente son en forma de imágenes. De hecho, gran parte de nuestro pensamiento, a nivel consciente es “visual”; y este pensamiento visual no sólo es un vehículo para la imaginación y el proceso creativo de la producción artística, sino un medio para la comunicación y sintonía en la relación arteterapéutica no-verbal. Además, muchas de las problemáticas de los pacientes referidos a arteterapia, son condiciones o trastornos de fallas en el desarrollo, cuyos orígenes según las autoras son muy tempranos y más accesibles a través de la terapia no-verbal (como en el caso del autismo infantil); debido a que en muchos casos se reprimen los contenidos, recuerdos y memoria pre-verbal. Por ello, estos niños responden bien a la arteterapia, la cual se convierte en un tratamiento de primera mano, destaca Rubin (2010) puesto que les ayuda a expresar, ver y a aceptar sus estados internos tumultuosos.

También, las autoras resaltan que las ideas y sentimientos negativos son expresados con mayor facilidad por medio del arte, la proyección de los estados internos es reflejada en las imágenes y la producción. Otra ventaja de la arteterapia es que las imágenes enraizadas en un desorden o trastorno pueden ser inaccesibles en otras formas; debido a que el arte es simbólico y esencialmente libre de valores, es una modalidad más fácil que las palabras, por medio de la cual las personas pueden expresar su “lado más oscuro” o los aspectos rechazados del self. Sin embargo, a través de la arteterapia los pensamientos, sentimientos e impulsos inaceptables pueden ser distinguidos y aceptados, el individuo puede así por medio del medio artístico utilizar la energía destructiva para fines constructivos, ayudando a enfrentar las disyuntivas internas. De esta forma, el arte ofrece posibilidades únicas para la expresión, pues al crear arte los individuos pueden decir cosas que a veces no pueden ser expresadas en palabras, tales como re-presentar lugares y tiempos diferentes en el mismo espacio pictórico.

De la misma forma, una obra puede expresar y sintetizar estados afectivos aparentemente incompatibles, por lo que es útil en la tarea de integración psicológica interna, un objetivo primordial de la arteterapia, psicoterapia y el auto-desarrollo. En el caso de los niños autistas, la no integración de la personalidad evidencia lo que Meltzer (1975) denominó “suspensión de la vida mental”, refiriéndose a la incapacidad del niño autista para tener un flujo de recuerdos que se agreguen y se organicen en experiencias llenas de sentido. Es importante recalcar que dicha suspensión no debe ser entendida como un mecanismo de defensa frente a la ansiedad, sino como la respuesta a un bombardeo de sensaciones que son sentidas como abrumadoras. Se deduce que esta hipersensibilidad sensitiva va acompañada de una gran afectividad, no obstante, en forma desorganizada, inconsciente y desintegrada. Se trata, entonces, de trabajar sobre estos contenidos de la psique del niño para fortalecer su sentido del self, y en esa medida ser capaz de diferenciar, expresar y representar sus experiencias.

Igualmente, cabe mencionar que el producto artístico es una presencia copartícipe, con la cual hay sintonía y sincronía relacional durante todo el proceso, ayudando a reducir la auto-conciencia y a aumentar la auto-reflexión. Así mismo, el proceso creativo es una experiencia de aprendizaje, que ofrece una oportunidad para experimentar con nuevas formas de “ver” y “ser”. Como dice Edith Kramer (1985), el arte es un método de ampliación de la gama de experiencias humanas mediante la creación de equivalentes de tales experiencias; es un área donde las experiencias pueden ser elegidas, variadas y repetidas a voluntad. Por último, el arte es curativo y las autoras afirman lo anterior haciendo hincapié en que el arte es el punto de encuentro entre el mundo externo e interno. El arte es un medio para descubrir tanto el self como el mundo y para establecer una relación entre ambos. En el proceso creativo completo, las realidades internas y externas están fusionadas en una nueva identidad. Además, debido a que el hacer arte envuelve el cuerpo entero y una actividad tanto sensorial como quinesésica, el mero acto de tocar, moldear y manipular los materiales es una fuente de placer. Cuando el proceso llega a su término, ver y apreciar el producto y su proceso con su respectivo “insight”, se torna para el paciente en una fuente de autoestima, logro personal, sentido de auto-eficacia y agencia, mejorando la calidad de vida.

La revisión bibliográfica nos ha permitido reconocer que para realizar un prototipo de intervención arteterapéutica con niños autistas es preciso comenzar realizando un proceso de evaluación, que implica, en gran medida, la identificación de dos aspectos: 1) la calidad y forma de relaciones intersubjetivas entre niño y terapeuta y 2) el uso que el niño hace del proceso artístico. Estos dos aspectos continuarán formando la base de las futuras intervenciones arteterapéuticas. Dicho proceso de evaluación deberá constar de dos etapas. Proponemos que la primera consista en observar al niño dentro de su ambiente circundante “natural”; por ejemplo, en el colegio o en la casa. Esto le da al niño la oportunidad de habituarse al terapeuta. Además, las observaciones y notas hechas por el terapeuta durante esta etapa inicial, serán invaluable para montar la primera sesión arteterapéutica. En la segunda etapa, justo después de que el niño es referido para la arteterapia y usualmente antes de comenzar a realizar observaciones, el terapeuta -por ética profesional y conocimiento de la historia personal y familiar- debe estudiar la historia clínica disponible del niño. Así, el objetivo principal de la evaluación es recolectar la mayor cantidad posible de información acerca del niño. Sin embargo, algunos profesionales de arteterapia consideran que adquirir demasiada información sobre el niño antes de establecer contacto puede deformar la perspectiva que se tiene sobre éste. En estas circunstancias nosotras proponemos, que sería interesante conocer al niño sin ningún conocimiento previo y que los profesionales pudieran construir por sí mismos lo que sería un perfil más claro e individual, sin estar obstaculizado por ideas preconcebidas o estereotipadas.

Ahora bien, una sesión de arteterapia se estructura típicamente utilizando las mismas estrategias que las de la sesión terapéutica normal, aunque se dispone del material artístico como un extra. Así, la estancia o cuarto debe contar con una variedad de materiales y utensilios artísticos disponibles para el infante, como por ejemplo: arcilla, plastilina, moldes, pinturas de diferentes colores, una buena selección de papeles de diferente tamaño, frascos de pintura y pinceles de diferentes tamaños, crayolas, arena y juguetes. Típicamente las sesiones de arteterapia duran entre 50 y 60 minutos, aunque a veces son considerablemente más cortas para algunos niños, especialmente durante las etapas más tempranas de la terapia, ya que depende de factores como el nivel de concentración y atención del niño. La primera sesión provee un número de fuertes indicadores respecto a los comportamientos del niño frente al terapeuta y a la terapia misma. El análisis de este

comportamiento por parte del terapeuta es considerado un elemento esencial del proceso arteterapéutico.

Es mediante el análisis de los comportamientos del niño como el terapeuta comienza a conocer el mundo en el que aquél vive y encontrar un lugar en dicho mundo, si la relación terapéutica ha de desarrollarse. Esencialmente esto consiste en la identificación de interacciones entre terapeuta, niño y las actividades del dibujo. Es necesario recordar, en este primer momento y durante el resto de la terapia, que la forma en que deben guiarse a los niños y también la manera en que se van introduciendo materiales y objetos nuevos en espacio terapéutico, debe ser sutil y cuidadoso, pues pareciera que no existiera en ellos una consciencia perceptual de un mundo interior versus un mundo exterior, ni tampoco un reconocimiento de su propio yo como entidad diferenciada del ambiente inanimado. Asimismo, la percepción del paso del tiempo y la atención es diferente en los niños autistas. Su precario sentido del self les imposibilita el tener experiencias perceptuales consensuales y ver a los objetos de manera integral. De cierta manera, es como si los sentidos vagaran y se adscribieran a aquellos que son más llamativos en el momento, haciendo que su atención no siempre este orientada hacia los materiales.

Por otro lado, al evaluar el comportamiento interactivo, es decir, compromiso con el proceso artístico y compromiso con el arteterapeuta, áreas como la “espontaneidad” son exploradas al hacerse a uno mismo preguntas con respecto a si el niño se vincula con el proceso artístico de alguna manera. ¿Es el niño el que inicia la exploración de los materiales y experimenta con ellos? El área de la “atención” es explorada preguntando si el niño requiere y/o inicia atención conjunta (ambos niño y terapeuta atendiendo juntos) a la actividad. ¿Busca el niño la atención del arteterapeuta y cuál es la naturaleza de la atención buscada? En cuanto al área de la “sintonía”, las observaciones e interacciones de cómo el arteterapeuta y el niño se mueven juntos en un mismo ritmo y el hecho de encontrarse confortables el uno con el otro, son indicadores importantes de que existe sintonía en la relación. El área de la “interacción” por sí misma se explora partiendo de preguntas como ¿Está dirigido hacia la otra persona, como una persona, bien sea meramente incidental o por la presencia de esa persona? Otra área de consideración es “tomar el turno”. Aquí cabe preguntarse si el niño puede desarrollar una

interacción tomando su turno con el terapeuta, por ejemplo, si se le dice “tú dibujas algo y luego lo dibujo yo”. Las preguntas respecto a la calidad del “intercambio” incluyen si el niño acepta algo nuevo cuando él o ella se introducen a la interacción. Otra área concierne a “devolver-intercambio”, es decir, puede el niño a su vez introducir algo nuevo al intercambio y notar cuando el arteterapeuta lo recibe. Otra área se refiere al “juego-diálogo” que es explorada preguntando si el niño entra en una interacción imaginativa y de juego de “vamos a aparentar” o de situaciones de “como si”. La próxima área a considerar es de naturaleza y calidad de comunicación “verbal-no-verbal” y las preguntas que se realizan son: ¿Utiliza el niño lenguaje?; ¿Es el lenguaje usado de forma inusual, si es así de qué manera?

Es de gran importancia identificar también, si el niño está buscando la reacción del comportamiento del terapeuta. Dicha reacción es de gran importancia pues permitirá observar indicaciones-si las hay- respecto a la conciencia que tiene el niño de su sensibilidad hacia los objetos, personas o cualquier cosa en su ambiente. En las primeras etapas del proceso, se requiere de una conciencia aumentada del arteterapeuta ante las señales del niño autista, pues éstas pueden ser muy sutiles o apenas perceptibles. Sin embargo, cada señal transmitida por el niño es de suma importancia para el proceso integral, pues es a través de esta mayor sensibilidad ante las acciones, reacciones y sensaciones del niño, que se evita fomentar aquella convicción de la que habla Bettelheim que tiene el niño de que los esfuerzos propios no tienen fuerza para influir en el mundo, debido a una anterior convicción de que el mundo es insensible a las propias reacciones. Así, las pausas, por ejemplo, son útiles de observar y analizar; a menudo indican cambios de una secuencia comportamental a otra, y pueden ser un indicador de sensibilidad comunicativa en los niños. Notar cómo las pausas indican sensibilidades comunicativas o un incremento en la ansiedad es útil para identificar las secuencias comportamentales que llevan a un escalonamiento de la angustia en el niño. Así, el proceso de evaluación es también útil para aumentar la conciencia del terapeuta a las sutilezas de las interacciones comunicativas de estos niños autistas en la arteterapia, durante la etapa más temprana posible.

En síntesis, la información obtenida de la evaluación y el análisis de las observaciones indica un número de áreas que pueden proveer una guía desde la cual desarrollar la evaluación y monitoreo del proceso arteterapéutico: 1) Los patrones de comportamiento en que el niño se vincula y que

aparecen consistentemente a través de las sesiones de arteterapia; con los que es necesario trabajar para formar la base de la evaluación y monitoreo de la terapia; 2) Los patrones de comportamiento establecidos, aprendidos en respuesta a interacciones con otra persona; incluyendo intervenciones que puedan realizarse para romper los patrones establecidos y desarrollar la interacción; 3) El nivel de patología de estos patrones establecidos de comportamiento; considerando el punto en el que el niño se retira o corta con la interacción; así como, los indicadores de conflicto motivacional, comportamientos estereotipados o el uso de dibujos esquemáticos.

Todo esto provee al arteterapeuta con señales vitales necesarias para iniciar los comienzos de una relación terapéutica con el niño autista. Dentro de la arteterapia, la representación concreta que se logra con la forma física del trabajo artístico, puede producir reacciones potentes en el niño. Igualmente, la respuesta del terapeuta al tipo de experiencia perceptual de comunicación involucrada en el hacer arte y los trabajos resultantes de arte, ocurren holísticamente, una experiencia que abarca en común, el trabajo artístico y la persona. Partiendo de experiencias y testimonios de quienes ya han llevado a cabo este tipo de intervenciones, es posible afirmar que lo anterior no se puede desglosar en elementos para una explicación en lenguaje verbal, sin perder la comprensión esencial de la experiencia no-verbal. Esta conciencia de respuestas permite a los terapeutas contener las experiencias de sus pacientes y ayudarlos a reconocer y darse cuenta de los sentimientos y emociones que son evocados y expresar esto, concretamente en la forma de hacer arte y el trabajo de arte. Al hacer esto, se está fomentando un sentido de afectividad un sentido de intersubjetividad con otro, al crear organización y transmitir significados.

Se ha mencionado con anterioridad, pero resulta necesario puntualizar que el desarrollo de la relación terapéutica se da mediante el establecimiento de la “sintonía” y una alianza de trabajo. Tanto la calidad de la sintonía y la subsiguiente alianza terapéutica son alcanzadas en el desarrollo del proceso artístico o de hacer arte. El “ritmo”, es un elemento del comportamiento que ocurre frecuentemente y toma la forma de inmersión recíproca, cuando por ejemplo, el niño se encuentra balanceándose y el terapeuta termina moviéndose junto a él. Debido a la sutileza de tales ritmos, puede que no sean totalmente detectados por el terapeuta en un principio. Una vez que el terapeuta se

siente cómodo con el niño, los movimientos sincrónicos pueden ser reflejados de vuelta, exagerando sutilmente esto para hacer al niño consciente de sus propios movimientos y acciones. La construcción de la tolerancia puede algunas veces lograrse por un método de acercamiento y retirada, gradualmente moviéndose más cerca del niño.

Otro aspecto de la relación es el “posicionamiento horizontal-vertical”, un indicador de poder y control de la relación entre paciente y terapeuta: al ajustar la posición, el arteterapeuta puede empoderar al niño en su habilidad para comunicar qué (y cómo) el niño es capaz de tolerar en términos de interacción. Puede ser útil, para el terapeuta el asumir una “posición de invitación”, esto puede invitar al niño autista a la interacción. Asimismo, el uso de “contacto visual” puede no ser tolerable para el niño y en consecuencia el terapeuta debería seguir la iniciativa del niño, tanto como el niño pueda tolerar el contacto visual, mientras que al mismo tiempo es consciente de lo que el niño le está comunicando a través de esto. Es frecuente que el centrar la atención directa en el niño cause algo de angustia, pero es importante que el arteterapeuta esté totalmente concentrado en lo que el niño está haciendo y lo que ellos están haciendo juntos. Esto puede significar, estar totalmente absorto y centrado en la obra de arte que está siendo realizada por el niño.

Por otro lado, la calidad de la experiencia provista por las actividades del dibujo pre-representacional, permiten la construcción de un andamiaje para el posterior desarrollo de sistemas de símbolos más complejos. No obstante, uno de los mayores obstáculos para lograr el juego imaginativo es la prevalencia del “dibujo y actividad esquemática”. En cuanto al dibujo esquemático, en un extremo del espectro se observan variaciones de comportamientos estereotipados, reflejados en la actividad del dibujo, tal como mecerse y desviar la mirada de la superficie del dibujo, mientras los movimientos de balanceo dejan un trazo. Pueden ocurrir manipulaciones de mano complicadas, resultando en producciones de marcas más complejas, que con frecuencia no son directamente atendidas por el niño. Otra variación frecuente de comportamiento estereotipado es el chasquido de los dedos, que puede ser traducido en chasquear la pintura. Todos estos comportamientos implican en un mayor o menor grado, movimientos mecánicos rígidos del cuerpo, pero en muchos casos tales comportamientos se convierten en complejos movimientos realzados que requieren, tanto mayor

atención a la actividad, como algo de destreza y habilidad. Si se considera que el estereotipo es una forma de auto-regular el comportamiento proporcionando una forma de regulación homeostática para la sobre-estimulación, entonces se comprendería que estos comportamientos ocurren cuando el nivel de estimulación disponible del paciente es muy bajo o muy alto.

Los métodos de intervención en estos casos requieren una consideración cuidadosa, ya que la sobre-estimulación puede causar gran angustia al niño ya sobre-excitado. Como ya se ha visto, el comportamiento estereotipado es frecuentemente reflejado en los dibujos realizados por los niños autistas. Estos dibujos anómalos son usualmente esquemáticos y pueden ser identificados fácilmente; se producen por el uso de una serie de dispositivos de dibujo, o un acercamiento comportamental al hacer marcas que ellos utilizan inflexible, rígida o repetitivamente, son circulares en su naturaleza y no desarrollan las posibilidades representacionales de la actividad.

Este procedimiento de evaluación e intervención arteterapéutica, trata de proponer una perspectiva de que cada niño tiene un perfil único, desde el cual se deben planificar las intervenciones en la terapia. Muestra dónde debería estar inicialmente el foco de trabajo y cómo los niños son capaces de comunicarse con el terapeuta, a su manera. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente referirnos a la clasificación que Evans y Dubowski (2001) hacen sobre los tipos de niños autistas en Arteterapia, y consecuentemente, el tipo de tratamiento que se les debe dar según la gravedad de los síntomas, el uso del lenguaje y otras capacidades que puedan desarrollarse y favorezcan el trabajo artístico. Los niños del grupo directivo aparentan estar más contenidos. Pueden ser descritos como obedientes, como si estuvieran entrenados en ciertas situaciones donde llegan a saber lo que se espera de ellos. Con estos niños es posible trabajar con materiales artísticos de una forma más tradicional, este es el acercamiento directivo. La meta es alentarlos a usar una amplia variedad de materiales artísticos en todas las formas que sea posible.

Para los niños del grupo no-directivo, concentrarse en la interacción y usar el lenguaje corporal creativamente “es” arteterapia y consiste en gran parte en seguir los ritmos de su movimiento, las pausas, actividad y contacto visual. El terapeuta no está reflejando esto sino “sintonizando” junto a la experiencia del niño de la forma más natural y confortable posible. Todo el cuarto o estancia donde

se realiza la terapia, y cualquier cosa que esté dentro, puede ser absorbida por la interacción y convertirse en material artístico. Estos niños requieren un acercamiento no-directivo. Los niños del tercer grupo son los agudo-sensibles. Evans y Dubowski (2001) dicen que para algunos niños con autismo cualquier cosa que estén experimentando, por ejemplo, alguna situación social puede ser demasiado sensible o abrumadora para ellos. Con estos niños cualquier contacto o acercamiento puede ser casi insoportable y se tienen que crear estrategias para que se sobrepongan a ello, tales como, el ritual de retirada-acercamiento. En circunstancias como estas, la experiencia de los terapeutas puede ser de sentir que están siendo echados de la sesión por el paciente. El niño recurre a “sistemas de cierre”. Donna Williams (1996; citada por Evans y Dubowski, 2001) describe esta situación como una necesidad desesperada de controlar la experiencia.

Habiendo dicho lo anterior, resulta pertinente puntualizar algunas dificultades que presenta la práctica arte terapéutica en la actualidad. Una de ellas es que el público general tiene muy pocos conocimientos del arte como terapia y del autismo en general, formándose una concepción errónea de la práctica y proceso arteterapéutico; concibiéndolo como una forma de terapia ocupacional o de análisis de los dibujos realizados por el infante, lo que lleva a hacerles pensar que bien la arteterapia no es efectiva (sólo lúdica) o trata de diagnosticar al niño como retrasado en su desarrollo o en algún lugar “oscuro” por sus dibujos elementales e incomprensibles. Otra de las dificultades a las que nos enfrentamos en arteterapia es que las familias de los niños con autismo muchas veces piensan que sus hijos no pueden, o no saben pintar o dibujar, y que debido a ello no son aptos para el proceso arteterapéutico. Hay una creencia general de que la creatividad es algo que se tiene o no, pero una dificultad adicional con los niños autistas es que al hacer arte, su condición se hace visible y tangible, lo que alarma aún más a los familiares.

No obstante, como se ha dicho anteriormente, el proceso curativo, se halla en parte en el proceso de creación misma, pues fomenta en el niño un sentido de agencia. Luego de la revisión teórica también podemos afirmar que el uso de expresiones no-verbales a través de la experiencia de hacer arte, conlleva a que el niño autista comience a representar sus experiencias. Las formas comienzan a representar objetos diferenciados de ellos mismos y el acto de dibujar con intención

fomenta la relación y el vínculo con dichos objetos. Estos niños crean arte a partir de su necesidad de relacionarse con el mundo. A pesar que los niños con autismo parecen no tener la necesidad de relacionarse, la arteterapia –tanto para niños autistas como normales- puede fomentar y encarrilar al niño hacia una mayor consciencia del self y consecuentemente a una mayor capacidad para relacionarse con el otro.

Desarrollar el sentido del sí-mismo o self, es un proceso que puede resultar muy difícil, como es el caso de los niños autistas. En este proceso, es importante no dejar a un lado a los padres, quienes son indispensables en el momento de ayudar al niño a adaptarse, desarrollarse, aprender y crecer. El dar, recibir, aceptar y reconocer definen la naturaleza de la relación con el otro. Dicha relación será siempre la característica más significativa del desarrollo del niño. El camino a seguir para ayudar a los niños con autismo se da a través de la constancia por parte de los padres, profesores y terapeutas.

Referencias

- Bettelheim, B. (1967). *La Fortaleza Vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós.
- Case, C & Dalley, T. (2006). *The handbook of Art Therapy*. (2nda Ed.). London y New York: Routledge.
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder
- Dowmat, C., L. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia*. Memoria presentada para optar al grado de doctor. Facultad de Bellas Artes. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Universidad Complutense de Madrid. Bajo la dirección de la Dra. Martínez, N: Madrid.
- Evans, K., & Dubowski, J. (2001). I. Arriola, (Trad.). *Art Therapy with Children on the Autistic Spectrum: Beyond Words*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Hogan, S. (2001). *Healing Arts: The History of Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, (217250). Traducido por Teresa Sanz Vicario. Artículo extraído de la revista *Siglo Cero*, nº 149 (1993).
- Kramer, E. (1985). *El arte como terapia infantil*. (1ra Ed.). Editorial Diana: México D.F.
- Ledoux, M. (1984) "Valeur therapeutique de la création artistique" en *Psychologie Française*, 29 (2), pp. 181-186.
- Magnasco, M. (2000). Licenciado en Psicología, Director del Instituto Universitario de Arte de Buenos Aires. (IUNA), Argentina, formado por los antiguos Conservatorio Nacional de Música, la Escuela Superior de Bellas Artes, la Escuela Nacional de Danza y de Teatro. Organismo aprobado por el (COÑAU) y el Ministerio de Educación.
- Mahler, M. S. (1952) "On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses" en *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, pp. 286-305. Recuperado de la página web de la American Psychological Association: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=1953-07936-001>
- Mahler, M. S. (1969). Autismo y simbiosis: dos trastornos extremos de la identidad. *Rev. Psicoanál*, 26(1), 201.

- Meltzer D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddel, D & Wittenberg, I. (1975). Exploración del autismo: Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós
- Rivière, A. & Martos, J. (Comp.). (1997). El tratamiento del autismo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, p. 26. Madrid: Nuevas perspectivas
- Rubin, J. (2009). Art Therapy: An Introduction; 2nd edition. United Kingdom: Ed. Taylor & Francis.
- Rubin, J. (2010). I. Arriola, (Trad.). Introduction to Art Therapy: Sources and Resources. New York: Routledge, Taylor & Francis Group
- Stern, D. (1985). El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós
- Tustin, F. (1977). Autismo y Psicosis Infantiles. Buenos Aires: Paidós
- Ulman, E. & Levy, B., I. (1973). "Art Therapist as Diagnosticians" en American Journal of Art Therapy, Nº 13, p.p. 35-38.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J. & Restrepo, J. (2010). Fundamentos de medicina: Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Winnicott, D. (1971). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa