

# Emoción y Movimiento: Una experiencia con autistas gravemente afectados

*Ana Ródenas, Juan R. Sánchez, Teresa Escoda.  
Sanatorio Villablanca. Grupo Pere Mata. Reus.*

## Resumen

Presentamos una experiencia con un grupo de disminuidos psíquicos profundos y trastorno del espectro autista, institucionalizados precozmente. El objetivo terapéutico de partida es establecer una relación segurizante a través de estrategias de intervención planteadas desde el método de la estimulación basal.

Hemos utilizado la Escala de Valoración (E.R.C.-A III o BRETONNEAU III, 1985) para evaluar el estado clínico de los pacientes antes y al cabo de seis meses de estimularlos durante una sesión diaria de una hora de duración. Pensamos que efectivamente el hecho de establecer objetivos terapéuticos de partida, en niveles de compromisos muy básicos pero anteriores a cualquier otro, ha permitido la aparición del vínculo con el terapeuta y consecuentemente cambios cuantitativos y cualitativos en los contenidos específicos que mide la Escala.

## Palabras clave

Espectro Autista, Estimulación Basal, Escala de Valoración ERC-A III

## Abstract

We present an experience with a group of deep mentally handicapped people and autistic spectrum disorder, who have been precociously institutionalised. The starting therapeutic objective is to establish a securing relation through intervention strategies of the basal stimulation method.

We have used the Evaluation Scale (E.R.C.-A III or BRETONNEAU III, 1985) to evaluate the patients' clinic state before and after being stimulated for six months in daily one-hour sessions. We believe indeed that the fact of establishing therapeutic starting objectives, in very basic commitment levels but previous to any other, have allowed the appearance of the link with the therapist and consequently qualitative and quantitative changes in the specific contents that the Scale measures.

## Key words

Autistic Spectrum, Basal Stimulation, Evaluation Scale ERC-A III.

Presentamos una experiencia con un grupo de disminuidos psíquicos profundos y trastorno del espectro autista, institucionalizados precozmente. Son pa-

*Emoción y Movimiento: Una experiencia con autistas gravemente afectados.*

cientes que por su grave afectación en las capacidades de relación social, intersubjetivas y de comunicación plantean la necesidad de establecer programas curriculares adaptados. Para ello se han utilizado estrategias de intervención posibilistas enfocadas a incidir en las necesidades reales de estos paciente. Es un planteamiento de trabajo individual, en el que el objetivo terapéutico de partida es establecer una relación segurizante a través de estrategias de intervención planteadas desde el método de la estimulación basal.

Desde hace casi un año estamos trabajando en esta línea con un grupo de cinco pacientes que fueron escogidos tanto por sus manifestaciones a nivel clínico-comportamental y psicopatológico, como por sus necesidades específicas de atención y cuidados.

Hemos utilizado la Escala de Valoración (E.R.C.-A III o BRETONNEAU III,1985) para evaluar el estado clínico de los pacientes antes y al cabo de seis meses de estimularlos durante una sesión diaria de una hora de duración. La escala nos ha permitido objetivar los cambios que íbamos observando durante las sesiones en cada uno de los paciente. Pensamos que, efectivamente el hecho de establecer objetivos terapéuticos de partida, en niveles de compromisos muy básicos pero anteriores a cualquier otro, ha permitido la aparición del vínculo con el terapeuta y consecuentemente cambios cuantitativos y cualitativos en los contenidos específicos que mide la Escala.

## Introducción

La población a la que atendemos ha estado, en la mayoría de los casos, institucionalizada muy precozmente. La mayoría de los usuarios ingresados en

nuestro centro tienen una historia biopatográfica similar: privación afectiva temprana ( en muchos casos no hay datos referente a sus antecedentes personales, habiendo sido remitidos muy jóvenes de otras instituciones infantiles), y que por tanto no han tenido ni vínculos con el exterior ni familia de referencia, no han estado escolarizados ni han recibido, en etapas anteriores de su biografía, estimulación precoz.

Si partimos de que el psiquismo se desarrolla sobre la base de unas estructuras orgánicas que lo hacen posible, unas condiciones ambientales, físicas y sociales y la propia historia del sujeto o sea su interacción con el medio en una relación de transformación mutua, nos damos cuenta de que estas personas tienen probablemente un desarrollo psíquico alterado. La realidad es que, en muchos casos, hay una etiología constitucional de base, bien sea por afecciones genéticas y hereditarias, por trastornos metabólicos, por agentes infecciosos etc... y que junto a estas anomalías biológicas además se suman circunstancias ambientales no estimuladoras o inexistentes como por ej. el estilo parental y de la enseñanza, calidad de las relaciones interpersonales, tono afectivo en el hogar y en la institución, tipos predominantes de estímulos sensitivos -auditivos, visuales, etc.

Parece adecuado, dentro de este contexto, introducir el concepto de "indefensión aprendida" como un estilo atribucional destructivo muy frecuente en personas con retraso mental. El fracaso sistemático en los intentos de controlar las circunstancias negativas del entorno, les lleva a adquirir una percepción de falta de contingencia entre sus acciones y los resultados generados por ésta, situándose en una

posición de incontrolabilidad. Por consiguiente, esa falta de control favorece la aparición de sentimientos de incompetencia y frustración provocando la inhibición y el aislamiento social en algunos casos y en otros, conductas agresivas graves tanto auto como heteroagresivas.

De entre los pacientes que atendemos hay un grupo con unas necesidades especiales, que serían los pacientes que además tienen trastornos del espectro autista, y que por lo tanto, además del retraso cognitivo, tienen alteraciones en el área emocional, social, de flexibilidad mental, comunicativa, adaptativa, motora y corporal. Bajo esta perspectiva, el primer paso es establecer proyectos curriculares adaptados a las necesidades de nuestros pacientes con perfiles disarmónicos. Ponerlos en marcha supone plantear estrategias de intervención diferenciadas donde el objetivo terapéutico de partida, sea establecer el vínculo afectivo para posteriormente plantear objetivos educativos relacionados con la interacción social y actividad funcional con los objetos, la comunicación, la representación simbólica e imitación, el desarrollo motor y las habilidades de autonomía.

El contacto físico placentero y el juego senso-motriz son las estrategias de intervención iniciales planteadas desde el método de la estimulación basal.

La estimulación basal es un método descrito y aplicado por Andreas Fröhlich, que consiste en una estimulación intensiva y global en un intento de compensar la falta de la propia experiencia, del propio movimiento y de los cambios en el entorno, y de esta manera intentar liberarlos del aislamiento. Se parte de la situación real de la persona, ofreciendo estímulos sensoriales estructurados y sencillos para

ayudarles a descubrirse a ellos mismos, el propio cuerpo y establecer relaciones con el entorno social y material.

Va dirigido a pacientes profundamente deficientes, los cuales tienen comprometida toda su persona y todas sus capacidades de vivencias y expresiones. Tanto las competencias emocionales, cognitivas y físicas como las sociales y comunicativas están gravemente limitadas o alteradas. No tienen iniciativa para actuar sobre el entorno, tienen poca actividad propia y dependen de los demás. Su mundo se reduce a su esfera corporal inmediata, de ahí la necesidad de activar su cuerpo y sus capacidades mediante ofertas adecuadas, para intentar llegar a ellos.

## Sujetos y método

Del grupo, objeto de estudio, hemos seleccionado tres pacientes varones con una media de edad de 35 años y una media de 26 años de institucionalización, todos con diagnóstico de retraso mental profundo y trastorno del espectro autista.

Sujetos	Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico de retraso mental	Escala A.B.C.	Escala Battelle	Inventario del espectro autista I.D.E.A.	I.C.A.P. Puntuación de servicio
Eugenio	Autismo y epilepsia	R.M Profundo	79	1 año y 10 meses	71(grave)	39
toni	Autismo	R.M. Profundo	58	1 año y 11 meses	83(muy grave)	50
Alberto	Autismo	R.M. Profundo	82	1 año	80(muy grave)	38

Coinciden en una historia biopatográfica similar, habiendo sido institucionalizados en edades tempranas. Son pacientes que a lo largo de los años han tenido un entrenamiento y por tanto un proceso de aprendizaje, cada uno en función de su nivel mental, en los hábitos de autonomía personal; Toni y Eugenio pueden manejarse

*Emoción y Movimiento: Una experiencia con autistas gravemente afectados.*

con más o menos autonomía en la comida y en el vestido y Alberto está más limitado. Presentan o han presentado conductas tanto auto como heteroagresivas, así como de destrucción de objetos aunque con los años han ido disminuyendo la frecuencia y la gravedad de dichas conductas.

Al inicio del proyecto se evaluó la situación real de los pacientes mediante la Escala de Valoración E.R.C.-A III o BRETONNEAU que está diseñada para la exploración y evaluación de un tratamiento de personas con trastorno autista.

Se parte evaluando cual es la situación clínica actual de los paciente anotando cual es la frecuencia de aparición de cada uno de los síntomas que recoge la escala. Esta Escala abarca desde el retraimiento autístico hasta los trastornos de la atención, de las percepciones y de las funciones intelectuales pasando por los trastornos en la comunicación, reacciones bizarras en el entorno, perturbación motriz, reacciones afectivas inadecuadas y trastornos de las grandes funciones instintivas.

El sentido de utilizar el E.R.C.-A III viene marcado por la necesidad de disponer de una herramienta que nos permita por un lado averiguar si esta escala puede ser una guía útil para valorar tanto los aspectos clínicos como evolutivos y de respuesta a estrategias psicoterapéuticas en una población tan deficitaria como la de la muestra.

El perfil de los pacientes cuando se iniciaron las sesiones estimulativas es el siguiente.

Alberto: El perfil obtenido en la Escala es el siguiente: se mantiene aislado, con tendencia a buscar siempre el mismo lugar, no parece del todo desconectado pero es inexpressivo (habría

una pobreza en el registro de las emociones) y no hay aproximaciones espontáneas. No mira directamente a los ojos y suele ser una mirada periférica. No tiene acceso al lenguaje verbal ni tampoco utiliza gestos comunicativos, lo que si aparece son conductas bizarras como saltar, tirarse al suelo y hacer carreritas sin meta como intentos de expresar algún malestar. Suele emitir un sonido estereotipado rítmico autoestimulatorio pero sin intención comunicativa.

Ignora por completo los objetos y si se le ofrecen los deja caer de las manos pasivamente, no hay por tanto acciones conjuntas o gestos de referencia conjunta y suele reaccionar con evitación a los intentos de otras personas de "compartir" una acción.

Se frustra ante las demandas o deseos no satisfechos y acusa los cambios de espacio y actividad. Presenta una marcada inflexibilidad mental con estereotipias motoras de balanceo continuo. Camina de puntillas y puntualmente aparecen heteroagresiones.

Come con ansiedad. Es incapaz de fijar la atención cuando se le propone una actividad pero no es tanto una dificultad atencional sino motivacional. Es lento en la integración de los mensajes (algunas consignas no las percibe y otras las percibe con retraso). Suele atender a sus propias vocalizaciones sonoras.

Hay indicios que anticipa la acción es decir parece que es capaz de interpretar lo que va a ocurrir cuando ve llegar al terapeuta a la sala.

Eugenio: En la Escala se recoge la siguiente información: se mantiene aislado, pero no se aparte del grupo. Tiene tendencia a buscar un lugar

donde ubicarse en los espacios de referencia manteniendo después el mismo lugar. Hay aproximaciones espontáneas en busca del adulto para cambiar el mundo físico, es decir cuando quiere satisfacer una necesidad física (comer, ir al baño, que le curen...), utilizando al adulto como instrumento para conseguirlo (llevando de la mano). Hay por tanto intencionalidad en la comunicación.

Hay alternancia en la mirada, no mira a los ojos y cuando lo hacen son miradas intermitentes.

No hay impresión de desconexión ya que parece estar atento a los movimientos que ocurren a su alrededor. Es poco expresivo, existiendo una pobreza en el registro de las emociones. No hay actividad espontánea pero puede realizar juegos funcionales con consignas externas.

Es inflexible, habiendo un predominio de las estereotipias motoras y una dificultad para controlar su conducta ante situaciones de frustración. La conducta agresiva es la respuesta más frecuente ante este tipo de situaciones. Es lento en la integración de los mensajes y aporta con retraso las respuestas.

Parece tener una hipersensibilidad auditiva siendo la función que en cierto modo utiliza para el intercambio con el mundo exterior.

Toni: En la Escala se recoge la siguiente información: se aísla apartándose del grupo (permanece sólo, muchas horas al día porque no le gusta estar con otros pacientes), no se relaciona ni con adultos ni con iguales. Posee un lenguaje estereotipado y ecolálico y en pocas ocasiones se esfuerza para comunicarse con el adulto. Su mundo

de intereses es muy reducido y lo que necesita, él mismo suele conseguirlo sin necesidad de acudir al adulto. En situaciones de relación con el adulto, es capaz de responder al contacto pero sólo de manera explícita cuando se le estimula, sin embargo su tendencia es la de rechazar activamente las consignas, diciendo un "NO" clarísimo. Evita la mirada pero cuando lo hace es una mirada intermitente. No muestra interés por la manipulación de los objetos aunque es capaz de utilizar algunos de ellos de manera funcional (cuchara, vaso...). Presenta estereotipias motoras de balanceo, faciales y sonoras. Es inquieto y activo, esta en continuo movimiento, deambulando sin meta. Se observan, en apariencia risas inmotivadas y cambios en la expresión de las emociones, alternando las emociones de signo opuesto (de la risa al enfado y la irritación). Suele ser selectivo con los alimentos.

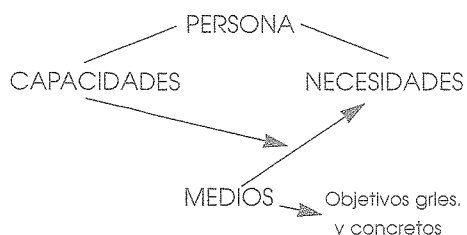
En ocasiones parece como si estuviera sordo, no atiende a las consignas. Presenta una atención lábil. Presta atención a sus propias vocalizaciones sonoras.

Antes de iniciar este proyecto los tres pacientes ya estaban incluidos en un grupo de rehabilitación donde el planteamiento de los objetivos iba dirigido básicamente a trabajar las habilidades manipulativas. Evidentemente no hubo avances significativos en los objetivos planteados. Esta situación es la que nos llevó a trabajar de manera específica los síntomas nucleares de este grupo de pacientes.

El esquema de trabajo de las sesiones estimulativas se estructuran entorno a los siguientes parámetros:

1. Conocer a la persona
2. Conocer sus necesidades
3. Marcar unos objetivos

#### 4. Utilizar los medios adecuados



Primero hemos de conocer a la persona y cuales son sus necesidades, a partir de las cuales marcaremos unos objetivos a corto y largo plazo. Para alcanzar los objetivos utilizaremos unos medios (que se ajusten a las capacidades del individuo) con los que pretendemos cubrir sus necesidades. En este proyecto, las necesidades educativas especiales de los individuos del grupo están relacionadas con 3 grandes hándicaps ya señalados anteriormente:

1. Necesidades educativas especiales relacionadas con los problemas en la interacción social.
2. Necesidades educativas especiales relacionadas con los problemas de comunicación.
3. Necesidades educativas especiales relacionadas con el estilo de aprendizaje.

Los objetivos iniciales planteados son muy básicos: por un lado se trata de establecer juegos circulares de interacción centrados en el cuerpo y que desarrollen motivaciones de relación, anticipaciones e inicio de peticiones: cosquillas, caricias, sonidos con el cuerpo o soplarles la cara y por otro estimular la exploración de objetos o actividades funcionales muy simples con las manos, empleando reforzadores potentes de música y juego: juguetes, juegos interactivos, canciones.

Se trabajan esquemas simples tales como introducir objetos en recipientes y sacarlos, responder a modelos de gesto-verbalización de "toma" y "dame", encajar aros, hacer sonar tambores y objetos que produzcan sonidos. Esto también incluye estimular y reforzar especialmente las pautas que impliquen control óculo-manual y prensión sostenida de objetos.

Las sesiones se estructuran de la siguiente manera y por este orden: el primer momento es la toma de contacto, que se inicia en el instante en que el monitor va a buscarlos a la sala y los nombra. Se dirigen a la sala del primer piso y deja que reconozcan el espacio y tomen la iniciativa de entrar en la sala donde se va a desarrollar la actividad.

El segundo momento es el desarrollo de la actividad y el tercer y último momento es el distanciamiento que acaba cuando los dejan en sus espacios de referencia.

Se intenta que las sesiones estimulativas se realicen siempre en el mismo espacio, manteniendo un mínimo control de los estímulos ambientales esto es: se intenta recibirlos con la misma música, se encienden barritas de incienso y se coloca el material a la vista intentando situarlo siempre en el mismo lugar. Tener acceso visual del material permitirá por un lado facilitar conductas espontáneas de manipulación de objetos y por otro favorecer la función comunicativa de petición.

Todo este proceso forma parte de la sesión. Mientras los chicos van entrando en la sala, se van preparando las condiciones ambientales antes mencionadas.

Son sesiones diarias, de una hora y

cuarto de duración con la presencia de un terapeuta y un coterapeuta y la supervisión del psicólogo una vez por semana. Las intervenciones con los pacientes son de manera individualizada, y durante las sesiones, están en algunos momentos en situación de espera y en otros en situación de interacción.

## Resultados

### Resultados de la Escala de Valoración E.R.C.-A III

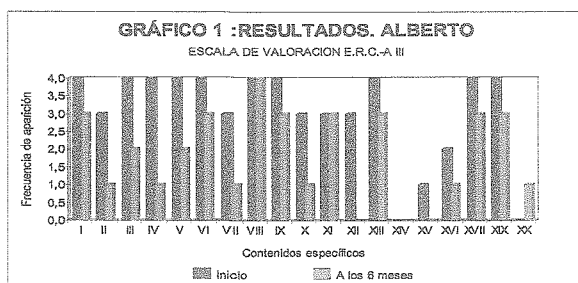
Al inicio de las sesiones se hizo una primera pasación de la Escala de valoración E.R.C.-A III y a los seis meses, la segunda pasación de la misma escala evaluando los mismos contenidos específicos pero teniendo en cuenta únicamente el comportamiento de los sujetos en situación de sesión.

Los gráficos 1, 2 y 3 recogen la frecuencia de aparición de cada uno de los contenidos específicos de los tres sujetos al inicio y a los seis meses de iniciar el proyecto. No hemos valorado el ítem XVIII (trastorno de la conducta alimentaria) en la segunda pasación ya que hemos registrado el comportamiento de los sujetos durante las sesiones y no en otros espacios.

En primer lugar llama la atención el cambio cuantitativo observado en la frecuencia de aparición de algunos contenidos específicos que mide la Escala, en todos los sujetos.

Analizando cada caso por separado, observamos lo siguiente:

En el gráfico 1 (Resultados de Alberto)



- En el trastorno de retraimiento autístico: en situación de espera, no hay relación espontánea con el terapeuta e ignora por completo a los iguales. Cuando entra en la sala suele buscar su rincón pero progresivamente ha sido aceptando la presencia física del terapeuta. En situación de interacción; mantiene el contacto durante un tiempo, aunque en ocasiones interrumpe la relación sin posibilidad de reanudarla. A pesar de las estrategias utilizadas no se ha conseguido, hasta la fecha, ninguna iniciativa espontánea de juego. Es capaz de buscar y mantener la mirada. Hay indicios de intersubjetividad primaria, habiéndose producido sonrisas emocionales correlativas. Parece haber establecido un vínculo con el terapeuta, ya que no responde igual con las otras personas que participan en las sesiones. Responde a demandas muy puntuales en situaciones de acciones conjuntas simples (concretamente en el juego de recibir y lanzar un tubo de lluvia), pero aun no se ha conseguido que colabore en colocar o recoger el material de la sala.

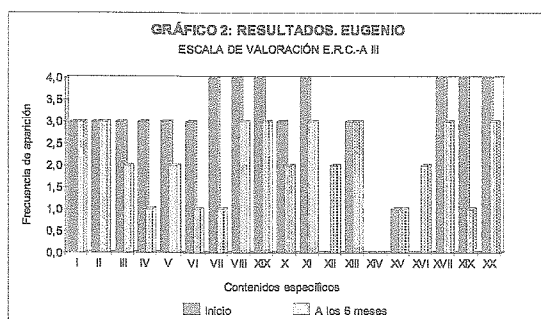
- En los trastornos de la comunicación verbal y no verbal: en situación de espera ha disminuido la frecuencia de emisión de sonidos estereotipados. En situación de interacción ha aparecido un gesto con intención comunicativa, que hemos interpretado como "NO" y que en las últimas sesiones lo ha utilizado para "PEDIR" que el terapeuta inicie o continúe el juego. Se observan miradas de referencia conjunta.

- En las reacciones bizarras al entorno: en situación de espera, no han aparecido reacciones de frustración, ni agitación e inquietud ante los cambios ambientales. No muestra interés

por los objetos, ni los busca ni los mantiene después de la interacción con el terapeuta, mostrando una pasividad total. En situación de interacción sigue habiendo una falta de iniciativa en el contacto, la respuesta es lenta y no se produce hasta que las características del estímulo no son las apropiadas. Por ej. La disposición horizontal del tubo de lluvia. Su interés por los objetos es muy limitado y hasta la fecha sólo se ha podido introducir un objeto nuevo con características similares.

- En la perturbación de la motricidad: las estereotipias motoras no se han modificado. Solo desaparecen en situación de interacción.
- En las reacciones afectivas inadecuadas: no han aparecido situaciones de agresividad ni contra si mismo ni contra las personas. No hay signos de angustia y sí una pobreza en el registro de las emociones.
- En los trastornos de la atención, de la percepción y de las funciones intelectuales: hay una atención descentrada de sus propias producciones sonoras y más centradas en el juego en interacción con el terapeuta y en los movimientos de éste dentro de la sala.

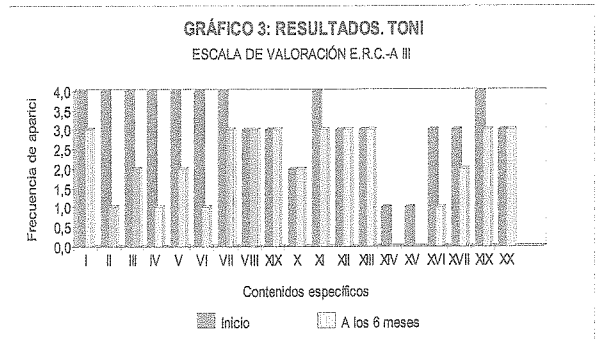
En el gráfico 2 (Resultados de Eugenio):



- En el trastorno de retraimiento autístico: durante la situación de espera suele situarse en los extremos de la sala buscando siempre los mismos puntos de referencia. Ignora por completo a los iguales, en cambio suele estar atento a los movimientos del terapeuta. Se han observado estrategias de aproximación pero normalmente queda retraído para la interacción, sólo en una ocasión se decidió a contactar con el terapeuta de manera espontánea. En situación de interacción, hay sonrisas emocionales correlativas y realiza acciones conjuntas simples (recibe y lanza una pelota). Suele responder a las demandas sin excesiva demora. Van apareciendo conductas anticipatorias simples (responde al abrazo cuando el terapeuta extiende los brazos) y se observa incipiente capacidad de interpretación de indicios anticipatorios (al acabar la sesión recoge su colchoneta y la coloca en su sitio). Es capaz de sostener la mirada y su cara sigue siendo inexpresiva.
- En los trastornos de la comunicación verbal y no verbal, no han aparecido signos de petición a través de gestos inactivos o suspendidos. Normalmente se comunica mediante "conductas de uso instrumental de personas" para cambiar el mundo físico. Pero en las últimas sesiones se ha observado como busca el contacto para compartir una emoción: busca el abrazo y la atención del terapeuta. En ocasiones le araña, expresando así su disgusto por la falta de atención inmediata. Disminuyen los sonidos estereotipados tan característicos en él.

- En las reacciones bizarras al entorno: actualmente mantiene una relación destructiva con los objetos, concretamente destroza sistemáticamente los zapatos sean del material que sean. Es una conducta que ha aparecido coincidiendo con la puesta en marcha de este proyecto. Sin embargo durante las sesiones no se ha observado esta conducta, ni tampoco ha utilizado los zapatos como objeto mediador para la interacción. Mantiene su peculiar manera de explorar los objetos, básicamente a través del olfato. Pensamos que la reacción destructiva hacia el objeto está relacionado con la frustración de cambiar de espacio después de la sesión, perdiendo así sus referencias.
- En las perturbaciones de la motricidad, las estereotipias motoras de balanceo permanecen sobretodo en situación de espera y disminuyen en situación de interacción. Suele cambiar con frecuencia su posición en la sala, como haciendo intentos de aproximarse al terapeuta.
- En las reacciones afectivas inadecuadas, no se observan signos menores de angustia ni hay autolesiones. En alguna ocasión ha arañado al terapeuta. Continúa habiendo una pobreza en el registro de las emociones.
- En los trastornos de la atención, de la percepción y de las funciones intelectuales, en ocasiones hay un retraso en aportar las respuestas, quizás por falta de motivación más que por falta de comprensión e integración de los mensajes. Sin embargo en otras ocasiones esa misma respuesta es aportada de inmediato.

En el gráfico 3 (Resultados de Toni)



- En el trastorno de retraimiento autístico, se mantiene aislado ignorando por completo a los iguales. Mantiene la atención del terapeuta haciendo múltiples "escapadas" de la sala. Al principio creíamos que era un signo de angustia ante la nueva situación, más tarde una acción estereotipada, pero en las últimas sesiones se ha convertido en la manera de mantener atentos no sólo al terapeuta sino también al resto de personas que estamos presentes en la sala. Hay, en esta situación, miradas de referencia conjunta. Cada vez que sale mira al adulto, mira la puerta y sonríe. Al cabo de medio minuto entra de nuevo y cierra la puerta. Esta operación idéntica se repite sin parar hasta que el terapeuta interactúa con él, entonces se acaban las "escapadas". La relación con el objeto sigue siendo muy estereotipada no permitiendo ser utilizado como mediador en la interacción. Los golpea rítmicamente pero no comparte la acción. Mantiene la mirada y es curioso ver como deambula cerca de la cámara de vídeo mirando directamente al objetivo. Hay aproximaciones espontáneas al terapeuta pero son contactos breves.
- En los trastornos de la comunicación verbal y no verbal, se aprecian

esfuerzos para comunicarse a través de la palabra. Normalmente su lenguaje es estereotipado y ecolálico y en pocas ocasiones es funcional, sin embargo en las sesiones le hemos oído decir "WATER" y "PIPI". El sonido estereotipado rítmico no aparece con tanta frecuencia durante las sesiones.

- En las reacciones bizarras al entorno, su relación con los objetos es estereotipada y no presenta juego funcional. De hecho, ya en las primeras sesiones, el terapeuta optó por no seguir introduciendo objetos y pasó a establecer juegos circulares de interacción centrados en el cuerpo (cosquillas, sonidos, caricias...). En una sesión el terapeuta decidió imitar los sonidos y movimientos estereotipados de Toni. Esta acción del terapeuta tuvo eco en él y acabó convirtiéndose en una forma de juego. Ahora es Toni quien inicia "el juego de imitar". Así es como al cabo de un tiempo, el terapeuta sitúa el trabajo bajo la perspectiva de las imitaciones ecopráxicas gestuales y sonoras. La sorpresa inicial da paso a un interés por parte de Toni en verificar con la mirada que sus propios gestos son imitados de manera exacta, deteniéndose cada vez para comprobarlo.
- En las perturbaciones de la motricidad, mantiene estereotipias motoras y vocales y un estado de inquietud permanente, que se acentúa en situación de espera. Sólo permanece relajado en situación de juego corporal.
- En las reacciones afectivas inadecuadas, no hay ni autolesiones ni heteroagresiones. A menudo aparecen sonrisas aparentemente inmotivadas.
- En los trastornos de la atención, de la percepción y de las funciones intelectuales, se ha conseguido que fije

la atención cuando está en situación de interacción y no hace caso de las indicaciones del terapeuta cuando se le dice que se quede dentro de la sala.

## Conclusiones

De nuestros resultados podemos concluir, en primer lugar que , el E.R.C.-A III, como escala de valoración, nos ha permitido por un lado, obtener el perfil base de los pacientes antes de iniciar el proyecto y por otro lado recoger de manera más o menos sistematizada y organizada , las conductas observadas durante las sesiones.

La información recogida en la segunda pasación de la Escala, nos ha permitido objetivar, en situación interactiva muy dirigida, un cambio de posición en los aspectos nucleares en los que se estaba incidiendo:

- a) En la relación social: hay presencia de acciones conjuntas simples, miradas de referencia conjunta , pautas de expresión emocional correlativa e indicios de compartir , aunque muy ocasional y limitado, emociones.
- b) En la comunicación: aparecen conductas con las tres propiedades de la comunicación: son intencionadas ( o propositivas de relación), son intencionales (se refiere a algo) y se realizan mediante significantes (mediante signos).
- c) En las capacidades de anticipación y flexibilidad: las estereotipias motoras y vocales disminuyen en situación de interacción y hay una incipiente capacidad de interpretar los indicios anticipatorios del ambiente.

En segundo lugar que las estrategias de intervención empleadas: el contacto físico y el juego senso-motriz permiten recrear lo que A. Lapierre y B.

Aucouturier mencionan, como "escena primigenia de simbiosis tónico-afectiva con la madre", escena previsiblemente negada en estos pacientes, de cuyo origen no tenemos datos.

Según B. Aucouturier "el niño encontrará inicialmente al otro a ese nivel de organización tónico-táctil y asimismo encontrará un contacto con el movimiento del otro, con la organización tónica de otro ser viviente. Es a través de la capacidad del otro, es decir a través de la capacidad de tener o no la capacidad de percibir y de intercambiar a ese nivel muy primitivo, que podrá establecerse una verdadera comunicación, una comunicación afectivo-emocional". Esto es lo que creemos que el terapeuta ha conseguido, es decir, ha conseguido crear una forma de sostén físico-táctil (o *handing*) y una forma de sostén no físico (o *holding*), recreando las condiciones ambientales adecuadas (con música, el tono de voz, un uso del lenguaje adecuado, estímulos olfativos etc...), que ha permitido aferentizar la relación con el autista, desarrollando en ellos motivaciones de relación, anticipaciones e inicio de peticiones.

Para finalizar, quisiéramos hacer una última reflexión en torno al problema de la generalización de los resultados. Es una opinión ampliamente compartida la necesidad determinante, de lograr una estructura de vida cotidiana significativamente educativa las 24 horas del día, en el trabajo con personas autistas. Muchas de las crisis, regre-

siones, pérdidas de habilidades adquiridas, que vemos salpicar la evolución clínica de estas personas pueden ser explicadas en las discontinuidades, rupturas o fallas que se originan en el propio proceso educativo. En equipamientos residenciales no especializados como los nuestros, ocurre que no todos los espacios del centro se ajustan a las características contextuales que hemos descrito anteriormente. Variables como la ratio de personal, su formación, la severidad del trastorno, la coexistencia con otras patologías y otras, son probablemente determinantes en la aparición de las conductas agresivas o destructivas que hemos observado en dos de los pacientes del grupo. Y por estas circunstancias, es posible que lo que está ocurriendo es que después de la distancia afectiva que se establece en el momento de dejar a los pacientes en sus respectivos lugares, no aparece ese objeto transicional que permite vivir la ausencia sin traumas.

Eugenio está agresivo con el personal y rompe sistemáticamente los zapatos y a Juan, otro miembro del grupo, se le ve angustiado, llora, se autoagrede y destruye la ropa.

De cualquier manera y a pesar de las dificultades aparecidas, creemos que les estamos ayudando a desarrollar capacidades que les pueden ser de utilidad para tener un cierto control de sus acciones tanto en el medio físico como social.

## Bibliografía

ARNAIZ, P. ; MARTINEA, R. (1998). Educación Infantil y deficiencia visual. Ed. CCS. Madrid.

BÜCKER, U. La estimulación basal en disminuidos gravemente afectados. Colaboradora para la formación de Estimulación Basal (Andreas Fröhlich). Alemania.

CONTANT, A. ; CALZA, A. (1991). La unidad psicosomática en psicomotricidad. Ed. Masson, S.A. Barcelona.

KAPLAN, H. I. ; SADOCK, B. J. (1997). Tratado de Psiquiatría Volumen IV. 6ª edición. Intermédica editorial. Buenos Aires.

LAPIERRE, A. ; AUCOUTURIER, B. (1985). Simbología del movimiento. Editorial Científico-médica. Barcelona. 2ª edición.

PARQUET, PH. ; BURRSZTEJN, J.C. ; GOLSE, B. (1992). Autismo: Cuidados, educación y tratamiento. Ed. Masson, S.A. Barcelona.

PEDREIRA MASSA, J. L. (1995). Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria. Ed. Libro del año, S.L.

RIVIÈRE, A. ; MARTOS, J. (1998). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

VARGAS ALDECOA, T. ; POLAINO-LORENTE, A. (1996). La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo. Psicología Pirámide. Madrid.

WALLON, H. (1987). Del acto al pensamiento. Ed. Psique. Buenos Aires.