



Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final de integración

Trastorno del Espectro Autista

Tutor: Dr. Miguel Ángel García Coto

Autor: Benjamín Bell

Fecha de entrega: 09/11/2011

Introducción

A lo largo de los últimos dos años, he tenido la experiencia, de trabajar en una Institución que aborda los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en niños. El tratamiento es cognitivo conductual. Los progresos que he observado, en el área de la comunicación, lenguaje y conducta, son notables para mí.

Es gratificante ver la sonrisa de los niños, cuando logran expresar aquello que desean, mediante herramientas de comunicación que, por su patología, no poseían y que adquirieron por el aprendizaje de otros medios alternativos.

Un objetivo primordial de esta Institución, es lograr que una madre, un padre, puedan darle a su hijo, aquello que desea y necesita, incrementando así, la intención comunicativa y sociabilización.

Para Lorna Wing, esta capacidad, innata, depende, entre otras, de la función cerebral y de las habilidades del desarrollo que, están ausentes o son gravemente deficientes en los niños con autismo.¹

El autismo, es conceptualizado, por el DSM-IV, como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, de origen neurobiológico, que afecta el funcionamiento cerebral y puede concomitar con otros trastornos. Se caracteriza por la perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo que afecta: las habilidades para la interacción social, las habilidades para la comunicación y presenta comportamientos, intereses y actividades estereotipadas; impropias para su nivel de desarrollo o edad del sujeto. Según los criterios diagnosticos del DSM-IV-TR los trastornos generalizados del desarrollo son los siguientes:

- Trastorno AUTISTA
- Trastorno de ASPERGER
- Trastorno de RETT
- Trastorno DESINTEGRATIVO
- T.G.D. sin ESPECIFICAR²

¹ Wing, Lorna, *El autismo en niños y adultos*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998, pág. 32.

² Garcia Coto, Miguel Angel, Material Bibliográfico Curso de Posgrado en Autismo, Fundación Favaloro, Buenos Aires, 2007.

Las características esenciales del trastorno autista son: la presencia de alteraciones en la interacción y comunicación social, y un repertorio, sumamente restringido de actividades e intereses.

No pueden y no saben cómo relacionarse con las demás personas. El mundo externo, les resulta extraño, invasivo, impredecible y muy difícil de comprender.

“El autismo, no se define por la presencia o ausencia del lenguaje, si no por la falta de intención comunicativa convencional.”³

Los niños con autismo, que poseen lenguaje, manifiestan, una gran dificultad para utilizar el mismo, con fines comunicativos. En los casos de niños que no poseen lenguaje, la dificultad está, en el desarrollo, espontáneo, de mecanismos compensatorios que le permitan comunicarse.

No sólo manifiestan alteraciones en su lenguaje expresivo, sino que también presentan anomalías o deficiencias, en la comprensión del lenguaje.

Todos los niños necesitan y deben ser estimulados a comunicarse. Aquellos que, por su patología, no pueden hacerlo espontáneamente, requieren que se les enseñe, algún sistema alternativo de comunicación, que les posibilite expresar aquello que desean, de manera apropiada y comprensible por el entorno que rodea al niño.

Una de las modalidades de abordaje, en el área de la comunicación, que tuve la oportunidad de observar, es el Sistema de Intercambio de Imágenes, sus siglas en inglés, PECS (Picture Exchange Communication System).

Éste, es un sistema alternativo aumentativo de comunicación, de línea cognitivo conductual, que fue diseñado, especialmente, para niños con autismo, en 1994, por Lori Frost y Andrew Bondy, del Programa de Autismo de Delaware. A través de este sistema, se le enseña a los niños a comunicarse mediante el intercambio de imágenes.

Las personas con autismo, comprenden mejor las claves visuales que las auditivas. La comunicación visual, podría ser un puente hacia otros tipos de comunicación.

Por eso encontré que una forma fundamental de poder llegar a captar la atención del niño al que intentaba ayudar era estimulando su visión con acciones o objetos que lo motiven a interactuar conmigo.

³ García Coto, Miguel Angel, *Bases clínicas para un programa cognitivo conductual*, en Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997, pág. 281.

En la presente tesina intento llevar a cabo un análisis de los rituales en autismo en dos casos clínicos con dicha patología.

Los trastornos descritos por la psicología moderna son trastornos del desarrollo en el sentido que se inician en la infancia, aunque la manifestación completa del problema tal vez no se haga patente hasta mucho después. Se presentan de manera temprana en la vida, y a menudo persisten conforme la persona crece, de manera que el término trastorno generalizado del desarrollo quizás no sea una denominación apropiada, a excepción del autismo, que persiste con una sintomatología bastante estructurada, sistematizada y fija desde sus comienzos hasta que estos pacientes entran en edad adulta.

Sin embargo, hay algo específico que va variando en el comportamiento, cognición y carga afectiva que estas patologías acarrear que es el de sus rituales, similares a aquellos encontrados en pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo. En el trastorno obsesivo compulsivo se ve la suma de una vulnerabilidad psicológica generalizada y una vulnerabilidad biológica. En esta patología, el estrés debido a sucesos de vida lleva a pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos. De dichos sucesos se desprende una aprehensión ansiosa, centrada en pensamientos recurrentes y alarmas falsas, asociadas con pensamientos inaceptables. Cuando estas alarmas se tornan en alarmas aprendidas, el paciente obsesivo compulsivo realiza rituales cognitivos o conductuales para neutralizar o suprimir dichos pensamientos (Steketee y Barlow, 1988).

En el caso del autismo los rituales no parecen seguir la misma psicodinamia. Aparecen de forma sistemática sin generar una aprensión ansiosa llena de culpa. Su inicio es insidioso sin generar malestar ni imposibilidades sociales más allá de las que ya presenta el trastorno de por sí; transcurren como descargas de energía que lo autoestimulan.

Para ello, realizaré una investigación bibliográfica de publicaciones de los últimos cinco años sobre autismo, psicología del desarrollo infantil, comportamiento y conductas inadecuadas.

Estudiaré dos casos clínicos de niños con autismo, de siete a ocho años, que son asistidos diariamente con un tratamiento cognitivo conductual de forma individualizada en sus domicilios. Estos niños, poseen lenguaje algo rudimentario y presentan muchas conductas estereotipadas y repetitivas a las cuales en ciertos casos me referiré a ellas como conductas ritualistas u obsesivas.

Desarrollaré, en el primer capítulo, el tema de las características generales del trastorno autista para luego, en el segundo capítulo, profundizar, en el área de la comunicación y lenguaje y las conductas que surgen por sus dificultades. Las raíces de su alteración e intervenciones posibles, para el desarrollo de habilidades comunicativas en estos niños. En el tercer capítulo, seleccionaré elementos y conductas ritualistas de ambos niños y describiré la forma en que se los ha abordado.

Finalmente, discutiré, en el último capítulo, la influencia de dichos rituales en el tratamiento. Las observaciones de los casos apuntarán a su vez a desarrollar una descripción de la “obsesiones” que se puedan manifestar en pacientes con trastorno autista. Se analizarán los datos y experiencias tendientes a contestar los siguientes interrogantes:

- 1) ¿Cómo se desarrollan los rituales en el trastorno autista?
- 2) ¿Existe una relación entre sus rituales y estereotipias y su dificultad para comunicarse?
- 3) ¿Cómo inciden dichos rituales en el tratamiento?
- 4) ¿Cuáles son las diferencias con las obsesiones presentes en un trastorno obsesivo compulsivo?

Desarrollar y debelar los interrogantes anteriormente presentados permitirá esclarecer y aportar como principal objetivo, el de tomar a las obsesiones particulares de cada caso como motivaciones para ampliar sus conductas adaptativas. El propósito es el de buscar de forma creativa un cauce productivo para tan elevadas motivaciones. Utilizar a la obsesión como catalizador de actividades adecuadas y socialmente aceptadas previas a llevar a cabo la compulsión del acto repetitivo.

Capítulo 1

La problemática del Autismo

“Me resulta difícil comprender el sentido de mucha de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo, trata de pedirme cosas que tengan un sentido para mí. Respeta las distancias que necesito, sin dejarme solo.”⁴

1.a. Autismo Infantil

Recuerdo el primer día que vi a Gonzalo⁵, de ocho años. Él aparentaba ser un niño normal, porque su aspecto físico, no mostraba, a simple vista, nada extraño. Su apariencia, en lo que se refiere a sus rasgos faciales, peso y altura, era la esperada en un niño de su edad.

Recién cuando comencé observar su terapia individual, noté que había conductas, características, que hacían que Gonza fuera diferente.

Gonza habla, pero no de manera espontánea, sólo responde a preguntas simples, claras y muy concisas. Su lenguaje presenta alteraciones, posee ecolalia, habla en tercera persona gramatical. El volumen, la entonación y la velocidad de su lenguaje es siempre el mismo.

Se angustia ante los cambios en su rutina habitual, como por ejemplo, ante la ausencia de un terapeuta, cuando tiene que ir a un médico que es desconocido para él, o cuando algún juguete o mueble de su cuarto es cambiado de lugar.

Gonza requiere mucha anticipación de lo que va a suceder. Cuando lo vienen a buscar al colegio, necesita de una historia social junto a una foto, que le anticipan que su abuela vendrá a buscarlo en el auto para volver a casa. De lo contrario, se angustia y aparecen berrinches muy intensos y duraderos.

Un día, estaba con él y se me cayó una caja de juguetes a su lado. Gonza se puso mal, su expresión facial cambió enseguida, parecía como si algo terrible hubiera sucedido. Rápidamente estiró sus brazos, permaneciendo sentado en su silla, tratando de alcanzar algún juguete para guardarlo en su lugar.

⁴ Riviére, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, Pág. 58-59.

⁵ Los nombres de los niños han sido modificados con el fin de evitar toda posibilidad de identificación.

En ocasiones, frente a situaciones que le resultan displacenteras, aparecen movimientos repetitivos y estereotipados, como el balanceo.

Va a un colegio normal, pero está en primer grado, su desarrollo cognitivo no es acorde a su edad, y es por eso, que requiere de la asistencia de una maestra integradora, que realiza las adaptaciones curriculares necesarias al nivel intelectual del niño. En los recreos se lo ve jugar solo, corriendo por el patio, dando vueltas, sin una dirección precisa. No busca interactuar con sus pares.

Gonzalo es un niño que recibió el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo no especificado, con síntomas de autismo.

- ¿Qué es el autismo?

El autismo, es un trastorno severo del desarrollo, de inicio precoz, que presenta alteraciones graves y generalizadas en las áreas de interacción social, comunicación y procesamiento de la información. Las actividades e intereses de las personas con autismo son de carácter repetitivo, restringido y estereotipado.

“Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales, y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel del desarrollo y la edad cronológica del sujeto.”⁶

Las manifestaciones o síntomas característicos del autismo comienzan siempre antes de los tres primeros años de vida. La mayoría de los niños con autismo, muestran signos de problemas sociales y de comunicación desde la primera infancia. Sin embargo, los signos de deficiencia que manifiestan no son evidentes y pueden pasar fácilmente desapercibidos para los padres.

Muchas veces, lo primero que se observa, es una gran pasividad en el niño, que tiende a permanecer ajeno al medio y poco sensible a las personas y a las cosas que hay a su alrededor.

⁶ American Psychiatric Association, *DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico del los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, España, 1996.

La mamá de Gonzalo, en la historia clínica de su hijo, relata lo siguiente: “Desde que nació, hasta los dos años, fue un bebé de desarrollo normal. No presentó ningún problema de salud y, sus controles pediátricos, no mostraban nada anormal. A partir de ese momento, notamos una serie de conductas que nos llamaron la atención: aunque siempre fue un niño tranquilo, nos pareció verlo más ensimismado y pasivo, no se daba vuelta al llamarlo y comenzó a rodar objetos. El pediatra que nos atendía, nos tranquilizaba, diciendo que a Javi había que darle más tiempo y que él no observaba nada clínico en el niño.”

Si bien hay ciertos parámetros, esperables, en cuanto a la adquisición de logros en cada etapa evolutiva, éstos no son rígidos, si no que se dan en cada niño de manera muy particular. Sin embargo, hay ciertas conductas, observables, que no son esperables que aparezcan, y por las cuales es necesario que los padres consulten a un pediatra que, en caso necesario, hará la derivación adecuada. En el caso de un diagnóstico presuntivo de autismo, el especialista al cual se debe recurrir es al psiquiatra o neurólogo.

El autismo, se diagnostica, según el DSM IV, como una de las cinco subcategorías que forman los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Los últimos datos epidemiológicos que muestran una prevalencia de casos dentro de los trastornos del espectro autista es de 6,5 cada 1000 nacimientos [...] cifras menos conservadoras como las del Centro para Control y prevención de las Enfermedades, de los Estados Unidos, en el año 2010, están señalando la cifra de 1 de cada 210 nacimientos .⁷

El Autismo Infantil (AI) es un trastorno en el desarrollo de las funciones cerebrales de algunos niños. Entre el 0.5 al 2 ó 3 por mil según diferentes estudios. ⁸

Las diferencias de género para el autismo varían dependiendo del coeficiente intelectual de la persona afectada. Para los individuos que tienen un CI por debajo de 35, el autismo es más frecuente entre las mujeres; en un rango de CI más elevado, es más común entre los hombre, sobre el total de la población autista se presenta en los hombres con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres (Volkmar, Szatmari y Sparrow, 1993)

⁷D. Valdez y V. Ruggieri, *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*, Ed.Paidós, España, 2011.

• Dr. M. A. Garcia Coto, www.grupocidep.org, 2011. ⁸

•

1.b. Evolución histórica y clasificación

La concepción del autismo atravesó diferentes etapas históricas y fue evolucionando, en el tiempo, a medida que se fue profundizando en la investigación científica de este trastorno.

- La *primera época* de estudio del autismo se extendió desde 1943 hasta 1963.

Leo Kanner, psiquiatra austriaco que residía en Estados Unidos, publicó, en 1943, sus primeras descripciones del trastorno autista en su artículo “Los trastornos autistas del contacto afectivo”. En éste destacó tres aspectos cardinales para el diagnóstico del autismo: la soledad autista, las deficiencias en la comunicación y la insistencia de estos niños en la invariancia del ambiente.

Kanner, decía que el trastorno principal, fundamental, que presentaban estos niños, era su incapacidad, desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones. “Había, desde el principio, una extrema soledad autista por la que el niño, siempre que fuera posible, desatendía, desestimaba, ignoraba, y excluía, todo lo proveniente del mundo externo. Una profunda soledad dominaba su conducta.”⁸

Con respecto al área de la comunicación, profundamente afectada en los niños con autismo, Kanner destacaba no sólo la ausencia de lenguaje, si no también, su uso extraño en aquellos niños que sí lo poseían, manifestando, en la mayoría de los casos, alteraciones tales como la ecolalia, neologismos y la inversión de pronombres personales.

El lenguaje, en personas con autismo, no cumplía una verdadera función comunicativa.

“Los padres dicen de ellos que quieren ser autónomos, que se enquistan, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que los rodean no estuvieran ahí, que dan la impresión de una sabiduría silenciosa.”⁹

La inflexibilidad, la rígida adherencia a rutinas y la insistencia en la igualdad constituyeron el tercer criterio señalado por Kanner para el diagnóstico de autismo.

“La conducta del niño estaba gobernada por un deseo **ansiosamente obsesivo** por mantener una igualdad que nadie, excepto el propio niño, podía romper en raras ocasiones.”¹⁰

Unos meses después de que Kanner publicara su artículo sobre autismo, el doctor Hans Asperger, médico vienés, publicó, en 1944, sus propias observaciones del autismo, en su

⁸ Kanner, Leo, *Psiquiatría Infantil*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966, pág. 720.

⁹ Kanner, Leo, ob.cit., pág. cit.

¹⁰ Kanner, Leo, ob.cit., pág. 721.

artículo titulado “La psicopatía autista en la niñez”. El artículo destacaba las mismas características diagnósticas que las señaladas por Kanner en 1943.

“El trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación.”¹¹

Asperger señaló las extrañas pautas expresivas y comunicativas de los niños con autismo, las alteraciones presentes en su lenguaje, la limitación, la **compulsividad** y el **carácter obsesivo** de sus pensamientos y acciones. Observó también su tendencia a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio.¹²

Kanner y Asperger, eligieron la misma palabra, “autismo”, para caracterizar la naturaleza de este trastorno.

La selección de éste término, no fue mera casualidad, ya que el mismo, había sido introducido, en 1911, por el Dr. Eugen Bleuler, para designar originalmente otro estadio de la esquizofrenia.¹³

La palabra “autismo” viene del término griego autos, que significa, sí mismo.

Si bien hubo semejanzas entre ambos autores, en lo que se refiere a las manifestaciones clínicas de este trastorno, existieron algunas diferencias de enfoque.

Asperger, a diferencia de Kanner, hizo hincapié en la educación de estos niños. Para el médico vienés, el autismo era un trastorno de la personalidad, que planteaba un desafío muy complejo para la educación especial: cómo educar a niños que carecen de la motivación necesaria para aprender e incorporar así, la cultura de su medio.¹⁴

El enfoque educativo de Asperger, no tuvo repercusión en los primeros veinte años de estudio y tratamiento del autismo infantil. Ello se debió, en parte, a que su artículo, escrito en alemán, fue conocido recién en 1991, año en el que el mismo se tradujo al inglés.

Otra razón, por la cual, en esta primera etapa de estudio del autismo, no se hizo referencia a lo educativo, fue, según Ángel Riviere, debido a que “...durante la primera época de investigación predominaron concepciones dinámicas, muy teñidas de equívocos y mitos que no hacían fácil un enfoque educativo coherente del autismo.”¹⁵

¹¹ Asperger, Hanz, *La psicopatía autista en la niñez*, 1944, en Rivière, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, Pág. 19

¹² Asperger, Hanz, ob.cit., pág. cit.

¹³ Bleuler, E, *Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias*, Editorial Hormé, Buenos Aires, 1993.

¹⁴ Rivière, Ángel, ob.cit.

¹⁵ Rivière, Ángel, ob.cit. pág. 19.

“El autismo, era considerado un trastorno emocional, producido por factores emocionales o afectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Estos factores, daban lugar a que la personalidad del niño no pueda constituirse o se trastornase.”¹⁶

Los padres, al ser incapaces de brindarle al niño, el afecto que necesita, para su desarrollo saludable, producían, una alteración grave del desarrollo, en niños, que hubieran sido potencialmente normales.

De acuerdo a la concepción que uno tenga de un trastorno, seleccionará el tratamiento del mismo, por lo cual, en esta primera etapa de estudio del autismo, el empleo de una terapia dinámica, que trabajara el restablecimiento del vínculo de estos niños con sus padres, era la mejor manera de ayudarlos.

Esta concepción produjo grandes daños, los padres se sentían tremendamente desorientados, angustiados y muy culpables por la enfermedad de sus hijos.

Ruth Sullivan, madre de un adulto con autismo, cuenta que cuando consultó a un psiquiatra por primera vez, éste le dijo: “usted es una madre muy ansiosa, su hijo no tiene nada.” Tal respuesta fue la que la llevó a las bibliotecas en búsqueda de información. “Con las asociaciones de padres hemos diseminado esto. Hay todavía médicos que se unen a ésta tan nociva teoría. Hay que combatir estas teorías obsoletas. Les pido por favor, que si un médico les dice esto, recojan su cartera, cierren la puerta de un portazo, y no vuelvan más.”¹⁷

Se han realizado diversos estudios, que demuestran, que los niños con autismo, presentan, alteraciones biológicas, que podrían estar relacionadas con el origen del trastorno, que se acompaña, en el 75% de los casos, de retraso mental y en el 25 % de los mismos, de epilepsia.

Para Ángel Rivière, “Las terapias dinámicas no han demostrado con claridad su utilidad en el tratamiento del autismo. Se acepta de forma casi universal, que el tratamiento más eficaz del autismo con que contamos actualmente es la educación.”¹⁸

- En la *segunda época* de estudio del autismo, que abarcó las dos décadas siguientes, de 1963- 1983, se fue modificando la imagen científica de este trastorno.

¹⁶ Rivière, Ángel, ob.cit. pág. 20.

¹⁷ Sullivan, Ruth, *Adultos con autismo*, Congreso Internacional de Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, Buenos Aires, Noviembre 2006.

¹⁸ Rivière, Ángel, ob.cit., pág. cit.

A medida que se fueron hallando, los primeros indicios de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos, se fue abandonando la hipótesis de los padres culpables.

Se formularon modelos teóricos que establecían, como hipótesis explicativa del autismo, la existencia de una alteración cognitiva, que provocaba las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental, propias del autismo.

En 1961, Charles Fester, psicólogo especialista en aprendizaje, y Mirian De Myer, psiquiatra infantil, aplicaron y mostraron, por primera vez, la eficacia de los métodos operantes de modificación de la conducta para el tratamiento de este trastorno.

Se pensaba que, realizando las acomodaciones necesarias en el ambiente, es decir, controlándolo adecuadamente, se promovían procesos de aprendizaje de conductas funcionales y se extinguían o disminuían las que no lo eran.

Así, se crearon programas de aprendizaje eficaces para desarrollar el lenguaje, extinguir conductas inadecuadas, estimular habilidades comunicativas y conductas sociales, promover autonomía y aumentar las capacidades cognitivas de las personas con autismo.¹⁹

En 1962, se fundó, en Reino Unido, la primera asociación mundial de padres de niños con autismo, The National Autistic Society. Veinte años después, estas asociaciones proliferaron en diferentes países del mundo.

Por medio de ellas, los padres buscaban que la sociedad y las administraciones públicas, velaran por las necesidades y los derechos de las personas con autismo. Se crearon centros educativos terapéuticos especializados en este trastorno.

En los años sesenta, setenta y ochenta la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo.

Para Ángel Rivière, los dos factores, que influyeron principalmente en el cambio de enfoque en el tratamiento del autismo, fueron: el desarrollo de técnicas de modificación de la conducta y la creación de centros educativos dedicados específicamente a este trastorno y promovidos, principalmente, por los padres de estos niños.²⁰

En los últimos años, se produjeron modificaciones importantes que permitieron definir una tercera etapa en la concepción del autismo, la cual abarca de 1983 a la actualidad.

Se comenzó a considerar este trastorno, desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo.

¹⁹ Rivière, Ángel, ob.cit., pág. 21

²⁰ Rivière, Ángel, ob.cit., pág. cit.

- En 1985, *tercera epoca*, BaronCohen, Leslie y Frith, investigadores del Medical Research Council de Londres, descubrieron que los niños con autismo, eran incapaces de atribuir estados mentales a otras personas. El autismo, consistiría entonces, en un trastorno específico de una capacidad humana muy importante, a la que ellos denominaron, “Teoría de la Mente”.

“Las necesidades de comprender a los otros, compartir mundos mentales y relacionarnos, son muy propias de nuestra especie. Por eso, el aislamiento desconectado de los niños con autismo, resulta tan extraño como lo sería un cuerpo inerte, en contra de las leyes de gravedad.”²¹

“Actualmente se piensa que estas dificultades estarían relacionadas con trastornos específicos del desarrollo del módulo socio-emocional debidos a alteraciones del desarrollo de funciones cerebrales específicas. Esto, muy sucintamente comentado, es lo que se conoce como alteraciones en la Teoría de la Mente, esto es en las habilidades para detectar en los demás todas aquellas señales que nos permiten inferir (hacer nosotros una teoría, una suposición) del estado de ánimo de la otra persona así como sus intenciones u otros estados mentales que determinan el modo en que se desarrollan las relaciones entre las personas. Los autistas no saben mentir, pues para mentir tenemos que suponer (hacer una teoría) una creencia (estado mental) en los demás, y que nosotros con lo que decimos queremos modificar (modificar su estado mental para que actúe según lo que nosotros queremos).”²²

Se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones, sus emociones y sus creencias. En un principio este término se hallaba confinado al estudio de la causa del autismo; se proponía que la causa de los trastornos generalizados del desarrollo era una ausencia de teoría de la mente.

El autismo supone una desviación cualitativa del desarrollo normal. Es, por lo tanto, necesario, comprender, en qué consiste el desarrollo normal, para así poder entender, en profundidad, qué es el autismo.

²¹ Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997, pág. 27.

²² <http://www.sexovida.com/psiquiatria/autismoinfantil.htm>, Dr. Miguel Angel Garcia Coto (2010), [en línea], [fecha de consulta 21/03/11]

A su vez, el autismo, nos ayuda a explicar mejor el desarrollo humano. Pues hay capacidades, que suelen pasar desapercibidas, a pesar de su enorme importancia, que se manifiestan, en este trastorno, por su ausencia.²³

Es por ello, que el autismo se ha convertido, en los últimos años, en un tema de investigación en Psicología Evolutiva y no sólo de Psicopatología.

En las definiciones diagnósticas la consideración tradicional del autismo como una “psicosis infantil” fue sustituido, en el DM IV, por “Trastorno Generalizado del Desarrollo”.²⁴

1.c. Etiopatogenia

La neurobiología, los estudios de genética, la investigación neuroquímica, la exploración citológica, la neuroimagen y la electrofisiología, han permitido descubrir alteraciones que cada vez nos acercan más al descubrimiento de las posibles causas del autismo.

Para Uta Frith, el autismo, indudablemente tiene una causa biológica y es consecuencia de una disfunción orgánica.

“Al igual que sucede en el síndrome de Down, en el autismo, también se dan muchos hechos que son incompatibles con cualquier teoría psicogénica. Naturalmente, las familias con problemas pueden producir niños con problemas, pero existe una diferencia abismal entre un niño con problemas emocionales y un niño con autismo. No hay razón para pensar que los padres de estos niños amen menos a sus hijos o sean menos tenaces en sus intentos de criarlos y educarlos. Al contrario, son muchos los que se esfuerzan más de lo normal, y de forma muy generosa.”²⁵

El afecto y la estimulación de los padres, su compromiso en el tratamiento del niño y su esfuerzo por comprenderlo y ayudarlo, es esencial para que éstos niños puedan lograr su máximo potencial.

Los ataques epilépticos, presentes en el 25% de los niños con autismo, constituyen un ejemplo de los muchos signos orgánicos que se encontraron en este trastorno. La deficiencia mental, presente en el 75% de los casos de autismo, es el signo más importante de anomalía cerebral temprana.

²³ Rivière, Ángel, ob.cit.

²⁴ American Psychiatric Association, DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico del los Trastornos Mentales, Editorial Masson, España, 1996.

²⁵ Frith, Uta, ob.cit., pág. 108.

Incluso en los niños con autismo que poseen un CI por encima del nivel de retraso mental, se observan signos neurológicos: anomalías en el EEG, nistagmus anormales, persistencia anormal de ciertos reflejos infantiles y movimientos estereotipados.²⁶

En exámenes histológicos post mortem, que se realizaron de algunas personas con autismo, se ha encontrado un aumento de la densidad celular que es propio de programas genéticos defectuosos.²⁷

Un estudio de IRM, realizado por Courchesne y colaboradores encontró una malformación inusual de una pequeña parte del cerebelo en número elevado de personas con autismo con retraso mental y sin él.²⁸

En 1995, Piven y colaboradores descubrieron que el cerebelo es de un tamaño considerablemente mayor que el normal.²⁹

Se han realizado numerosos estudios bioquímicos que hallaron una elevación significativa de la serotonina en sangre en alrededor del 40% de los niños con autismo.³⁰

Los estudios psicofisiológicos de niños con autismo miden y muestran su dificultad para asociar, integrar y procesar estímulos sensoriales. Manifiestan respuestas anormales a los estímulos sensoriales. Éstas varían según cada niño, presentando una hiper o hipo sensibilidad a los diferentes estímulos.

Su dificultad en el procesamiento de la información proveniente del mundo externo, influye de forma significativa en la motricidad de estos niños, presentando así, alteraciones en éste área. Se observan distorsiones en la percepción del esquema corporal, trastornos del equilibrio, inseguridad postural y torpeza motora.³¹

El mal procesamiento de la información, junto con la incapacidad que manifiestan para leer y hacer gestos, hace que los niños con autismo no logren autorregularse.

Para incrementar su nivel de alerta y atención, el cual suele estar notablemente disminuido, se aplican en el tratamiento del niño, técnicas de integración sensorial. Éstas son llevadas a

²⁶ Frith, Uta, ob.cit.

²⁷ Frith, Uta, ob.cit.

²⁸ Reanálisis de los datos de estudio de Courchesne y cols. 1994, [en línea] www.autisme.com [fecha de consulta: 21/03/11].

²⁹ Frith, Uta, ob.cit.

³⁰ Rivière, Ángel, ob.cit.

³¹ Dr. Plebst, Cristian, *Definiendo el autismo como un trastorno del procesamiento e integración de la información a nivel cerebral*, Congreso Internacional de Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, Buenos Aires, 2006.

cabo por los terapeutas ocupacionales que forman, junto con otros profesionales, parte del equipo terapéutico del niño.

La disfunción cognitiva del lóbulo frontal no es específica del autismo. Ésta se encuentra en otros trastornos, como por ejemplo, en los trastornos por déficit de atención, entre otros.

“Una disfunción prefrontal puede ser una condición necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo del autismo. Otros déficits cognitivos o disfunciones neurológicas, deberían estar presentes para producir el síndrome completo.”³²

En estudios sobre gemelos, se ha encontrado que, la concordancia de autismo en los dos miembros del par gemelar se produce en un alto porcentaje de gemelos monocigóticos, disminuyendo en el caso de gemelos dicigóticos. Además, en los hermanos de niños con autismo, la incidencia de este trastorno aumenta entre cincuenta y cien veces, aumentando también la frecuencia de las alteraciones a nivel cognitivo y lingüístico.³³

En algunos casos, los padres y otros parientes de un niño con autismo, muestran alteraciones leves en sus destrezas sociales y comunicativas, o manifiestan conductas repetitivas propias del trastorno autista.³⁴

Para Ángel Riviere, la hipótesis más interesante sobre la influencia genética en el autismo sugiere un funcionamiento inadecuado de genes que regulan la formación del sistema nervioso humano entre el tercer y el séptimo mes del desarrollo embrionario. “El defecto podría consistir en una neurogénesis excesiva, más que escasa. Las consecuencias de esa neurogénesis inadecuada se manifestarían principalmente alrededor del segundo año de vida, edad en la cual deberían dispararse funciones complejas y muy específicas del hombre que se derivan de un buen funcionamiento del lóbulo frontal.”³⁵

Actualmente, se supone que del 10 al 20 por ciento de los niños con autismo, tiene una anomalía cromosómica, siendo la **x frágil** (El síndrome del X frágil (SXF), también conocido como síndrome de Martin-Bell, es un trastorno hereditario que ocasiona retraso mental, pudiendo ser éste desde moderado a severo, y siendo la segunda causa genética del

³² Ozonoff, S, *Funciones ejecutivas en el autismo (1995)*, en Riviere, Ángel, ob.cit., pág. 197.

³³ Frith, Uta, ob.cit.

³⁴ Johnson, Mead, *Manual de Pediatría*, Material bibliográfico del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2006.

³⁵ Riviere, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, pág. 45.

mismo, sólo superada por el síndrome de Down) la más probable, lo cual explica el mayor porcentaje de casos de autismo en varones.³⁶

Los investigadores Sahley y Panksepp, han desarrollado, en 1987, una hipótesis neuroquímica que relaciona el aislamiento de las personas con autismo con el exceso de péptidos. Éstas sustancias, son semejantes al opio, pero producidas de forma endógena por el cerebro, y proporcionan efectos placenteros. En los niños normales, esas sustancias son liberadas cuando las madres brindan atención y mimos a sus hijos. Los niños con autismo, según esta hipótesis, dado el exceso que poseen de opiáceos endógenos, no se sentirían estimulados a relacionarse con sus madres. La administración, de una sustancia, que bloquea los efectos de esos opiáceos naturales, mejora los síntomas autistas y disminuye, en algunos casos, las autoagresiones.³⁷

En ciertos niños, la aparición de los síntomas típicos de este trastorno, estaba precedida por una infección vírica. Existen también, casos, en los que eran las madres quienes habían sufrido una infección vírica, como por ejemplo, rubéola, en una fase temprana del embarazo. Sin embargo, dada la escasez de casos bien documentados, el autismo no puede relacionarse, en la mayoría de los casos, con esa etiología.

1.d. Prevalencia

Los últimos datos epidemiológicos que muestran una prevalencia de casos dentro de los trastornos del espectro autista es de 6,5 cada 1000 nacimientos [...] cifras menos conservadoras como las del Centro para Control y prevención de las Enfermedades, de los Estados Unidos, en el año 2010, están señalando la cifra de 1 de cada 210 nacimientos.³⁸ Los datos de la OMS estudios epidemiológicos ofrecen una tasa de 5 casos por cada 10000 individuos en el Trastorno Autista, oscilando entre 2 y 20 casos por cada 10000 individuos; no estando claro si las tasas más elevadas reflejan diferencias metodológicas o un aumento real del trastorno.(DSM-IV-TR). Las alteraciones del espectro autista se encuentran en 2 a 3 de cada mil personas.

³⁶ Frith, Uta, ob.cit.

³⁷ Rivière, Ángel, ob.cit.

³⁸ D. Valdez y V. Ruggieri, *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*, Ed.Paidós, España, 2011.

1.e. Clínica: sintomatología general

Las características esenciales del trastorno autista son, la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.

En el niño con autismo, los déficit en la habilidad para comunicarse, no sólo incluyen retrasos y desviación con relación a la pauta normal de desarrollo del lenguaje si no que, debido a la precocidad del inicio del cuadro, presentan, a menudo, alteraciones severas en distintas habilidades comunicativas, consideradas como pre-verbales y básicas para el desarrollo posterior del lenguaje.

Se observan dificultades, tanto en la comprensión del lenguaje, como en el uso del lenguaje con fines comunicativos, presentando, en ocasiones, una ausencia total de intención comunicativa.

Tienen dificultades para iniciar, mantener y finalizar una conversación. Se observan también, alteraciones en el ritmo, tono y articulación del lenguaje.

Los trastornos del lenguaje más frecuentes son la ecolalia, perseveraciones, uso de neologismos, confusión en el uso de pronombres y estructuración del lenguaje.

Estos niños, evidencian un trastorno en la pragmática del lenguaje, son incapaces de integrar palabras y gestos, no comprenden los aspectos humorísticos o no literales del lenguaje.

Cualquier dificultad, en el entender o en el cómo expresar algo, puede conducir a comportamientos inapropiados como agresión, autoagresión, berrinches, escapes.

Las **conductas inadecuadas** que se observan en estos niños suelen disminuir cuando los niños aprenden a comunicar, de manera adecuada, aquello que desean para satisfacer su necesidad.

Los trastornos en el lenguaje y la comunicación tienden a ser la causa más frecuente por la cual los padres acuden, inicialmente, en busca de ayuda clínica.

En la mayoría de los casos, cuando el niño debiera empezar a hablar y no lo hace, cuando lo llaman por su nombre y no responde, en lo primero que se piensa, es en la sordera.

La conducta de las personas con autismo es rígida e inflexible, muestran ansiedad ante cambios triviales en el entorno e insisten en seguir con sus rutinas. Suelen ser

perseverantes, centrándose en un interés limitado o realizando, repetitivamente, una conducta estereotipada.

Temple Grandin, en su libro autobiográfico, “Atravesando las puertas del autismo”, describe la sensación que generan, para estas personas, los cambios inesperados en el ambiente:

“Cuando era niña, el mundo de las personas, resultaba a menudo muy estimulante para mis sentidos. Los días corrientes en los que se producía algún cambio de horario o algún acontecimiento inesperado, me ponían frenética, pero el día de Acción de gracias o la Navidad eran aún peores. El clamor de tantas voces, la variedad de olores, la gente yendo y viniendo, los permanentes contactos físicos, eran para mí abrumadores.”³⁹

Se observa una gran dificultad para generalizar y aplicar, en diferentes situaciones y contextos, sus conocimientos, en forma significativa. Se centran en los detalles y se muestran incapaces de ver la globalidad. Se le puede enseñar al niño a tomar la sopa con una cuchara, pero luego se observa, que la habilidad aprendida, no puede ser transferida a otra tarea que requiere de la misma habilidad. Por ejemplo, se le da la misma cuchara pero para otro alimento, y el niño no sabe qué hacer con ella, pues necesita que se le enseñe, nuevamente, esta tarea, como si se tratara de un nuevo aprendizaje.

Sus únicos intereses restringidos suelen ser objetos, inanimados y bizarros, que utilizan de manera parcial, rara, no simbólica, manipulando los mismos de manera repetitiva y estereotipada por períodos de tiempo prolongados.

En los niños pequeños, se observa indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o contacto físico. El contacto corporal, generalmente, es rechazado, o cuando se establece, tiene una característica muy extraña, ya que sólo parecería interesarle una parte del cuerpo del adulto.

³⁹ Temple Grandin, *Atravesando las puertas del autismo*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2006, pág. 28.

Suelen tratar a los adultos como objetos, se aferran mecánicamente a una persona concreta. La mayoría de los niños con autismo, para obtener aquello que desean, toman la mano del adulto y la acercan al objeto deseado, sin llegar a establecer, en algunos casos, contacto ocular.⁴⁰ Manifiestan una característica dificultad para compartir focos de interés y atención conjunta.

A lo largo del desarrollo, el niño puede mostrarse más dispuesto a participar, aunque de manera pasiva, en la interacción social. Incluso pueden llegar a disfrutar de tal interacción e incrementar así, su intención de relacionarse con otros.

Lorna Wing, en su libro, “El autismo en niños y adultos”, menciona tres tipos de bebés con trastorno autista:

En primer lugar, describe a aquellos bebés que son “buenos”, “tranquilos” y “angelicales”, que tienden a ser plácidos y no exigentes, contentos de estar tranquilamente en su cochecito. Sus madres, sienten que no saben cuándo su hijo tiene hambre, porque no lloran para pedir alimento.

En segundo término, se refiere a los bebés que lloran muchísimo, día y noche, siendo muy difícil consolarlos o calmarlos. Para ella, éstos bebés, forman la minoría de los casos.

Por último, ha observado que, algunos bebés, que han recibido el diagnóstico de autismo, no se ajustan a ninguno de estos patrones de conducta, y manifiestan un comportamiento que, visto retrospectivamente, no parecería mostrar ningún rasgo extraño.⁴¹

Algunos niños no poseen conductas anticipatorias. Es decir, no giran la cabeza hacia su madre, cuando ésta abre la puerta de su habitación, no elevan las manos, ni se ponen en situación de que los levanten. Cuando se los alza, tienden a no dejarse caer cómodamente en los brazos de su madre, dando la impresión de peso muerto.

Son bebés que parecerían no estar interesados en cosas que, generalmente, llaman la atención de otros bebés a medida que crecen y se desarrollan. Les fascina las luces o cualquier cosa que brille, relumbre o gire. Pueden quedarse absortos mirando un ventilador que gira o un objeto luminoso.

⁴⁰ Wing, Lorna, *El autismo en niños y adultos*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998, cap. 4.

⁴¹ Wing, Lorna, ob.cit. cap. cit.

Todos los niños con autismo tienen alteraciones en las funciones ejecutivas, que dependen del buen funcionamiento del lóbulo frontal.

Dicha alteración se manifiesta en la inflexibilidad, tan característica en estos niños, y en la dificultad que presentan en la resolución de problemas.

“Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de los impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, la habilidad de aislar los distractores externos y prestar atención a la tarea, la búsqueda organizada en la resolución de problemas y flexibilidad de pensamiento y acción.”⁴²

Los déficits a nivel de las funciones ejecutivas pueden ocasionar los siguientes síntomas: distracción, impulsividad, inflexibilidad, rigidez y dificultades en las transiciones.

Para Jurado y Roselli (2007), funciones ejecutivas, es un concepto que se refiere a procesos de control de orden superior necesarios para guiar la conducta en ambientes que están en constante cambio. Para Papazian y col. (2006), las funciones ejecutivas inhiben otros problemas internos y externos, y la influencia de las emociones y las motivaciones ponen en estado de alerta al sistema de atención selectivo y sostenido antes, durante y después de realizar una acción. Hill (2004) habla de planificación, memoria de trabajo, control de impulsos, inhibición y flexibilidad mental, y capacidad para iniciar una acción y motorizarla.⁴³

Con frecuencia, el niño con autismo, presenta crisis de angustia aguda, que, generalmente, aparecen cuando se intenta penetrar en su mundo o ante los mínimos cambios imprevistos de su entorno.

Es impresionante observar, como la anticipación de ciertas actividades, que el niño desarrollará, a lo largo del día, disminuye, de forma significativa, los berrinches y la angustia frente a los cambios, que es tan característica en los niños con autismo.

En la institución desde la cual se coordina los tratamientos cognitivos conductuales de los niños que yo observe en un modo individualizado de forma domiciliaria. Es una entidad destinada a la prevención, diagnóstico, investigación y tratamiento de los trastornos de la salud mental infantil.

⁴² Dennis, M, *Funciones ejecutivas del lóbulo frontal (1991)* en Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997, pág. 195.

⁴³ Valdez, D, Ruggieri, V, (comps.), *Autismo del diagnóstico al tratamiento*, Ed. Paidós, Argentina, 2011, pág. 384.

Se caracteriza por la aplicación de técnicas innovadoras para obtener los mejores resultados en beneficio de sus pacientes. Estos logros se basan en la excelente calidad de sus profesionales, lograda a través de la capacitación continua y la actualización permanente; y por la aplicación del método científico en todos los niveles de las tareas realizadas. Cada niño tiene su espacio de trabajo con su foto y un cronograma de claves visuales con todas las actividades a realizar en el día con cada profesional de su equipo terapéutico. Cuando el niño termina de ser atendido por un profesional, éste le muestra enseguida, en su cronograma, cuál será su próxima actividad. A su vez por la mañana asisten a una escuela junto a su maestra integradora que los asiste durante las actividades académicas que proponen sus maestras. ⁴⁴

En los niños con autismo se observan serias alteraciones en todas las áreas que definen el mundo simbólico: lenguaje y juego simbólico. Las mismas, son consecuencia de las perturbaciones que caracterizan la interacción social.

Frontera Sancho, habla de un círculo vicioso, y afirma que, “A estos niños, les resulta difícil desarrollar símbolos y pautas comunicativas, porque el mundo de los otros les resulta opaco e impredecible. Por otra parte, al no desarrollar adecuadamente los símbolos y el lenguaje se ven privados de instrumentos esenciales para penetrar en el mundo interno de los demás.” ⁴⁵

He tenido la experiencia de observar jugar a Martín en el Colegio al cual asiste, con la ayuda de una maestra integradora. El niño tiene 7 años y, actualmente está haciendo permanencia en sala de 5. Recuerdo el día en que Martín llevó su pista de autos para jugar en el momento de juego en los rincones. Todos los chicos, con desarrollo normal, me pedían jugar con la pista de autos, estaban fascinados con el juguete que había traído su compañero. Nos sentamos en una mesa, a Martín no le gusta sentarse en el piso. Sus compañeros agarraban un autito, lo tiraban por la pista, hacían el sonido de los autos, los subían por el ascensor de la pista. Su juego, era, claramente, un juego simbólico.

⁴⁴ www.grupocidep.org, Argentina, cons. 2011.

⁴⁵ Frontera Sancho, M, *Trastornos profundos del desarrollo: el autismo*, Editorial Marfil S.A, España, 1994.

Martín, tomó el auto azul, su color preferido al punto de fijarse mas en dicho color que en el juguete en si, lo levantaba con su brazo y se quedaba mirándolo atentamente, luego se paraba y comenzaba a caminar por el aula buscando pequeños juguetes azules que iba recolectando en su mano. Demostrando un obsesión marcada por dicho color.

“...Los niños se relacionan muy bien con los objetos, les interesan y juegan con ellos muy contentos, horas enteras.”, “...Los objetos les dan la satisfactoria sensación de inquebrantable poder y dominio.”⁴⁶

Se observa, en estos niños, una demora anormal y una gran dificultad para la imitación de la conducta de otras personas.

Los niños con autismo poseen una gran dificultad para incorporar a otro niño en su juego, es decir, para realizar juegos colectivos.

Las características de repetición una y otra vez, el escaso interés por compartir con otros y la ausencia de iniciativa, caracterizan las actividades lúdicas de los niños con autismo.

La hiperactividad, los períodos atencionales muy breves, la impulsividad, agresividad, y las conductas autolesivas, son síntomas que suelen presentarse en los cuadros de autismo.

Son propias de esta patología, las respuestas extrañas a los estímulos sensoriales, las cuales se manifiestan en umbrales altos del dolor, en su hiper o hiposensibilidad a los sonidos, al ser tocados y al contacto con ciertas texturas. Se observa, en algunos niños, reacciones exageradas a luces y olores, y fascinación por ciertos estímulos. El input sensorial parece entremezclar los cinco sentidos. En mis observaciones tenía la sensación de que Gonzalo y Martín no podían codificar en input sensorial por vez. Pareciera que sus cinco sentidos estuvieran activados a la misma vez todo el tiempo. Dándome la impresión de que la gran dificultad de ellos era la de poder prestarle atención a un estímulo, por ejemplo auditivo (mi vos), porque ya se había entrecruzado otro estímulo visual, por ejemplo una lamparita que titilo.

⁴⁶ Kanner, Leo, ob.cit. pág. Cit.

Son frecuentes las alteraciones en la conducta alimentaria y en el sueño, los cambios inexplicables del estado de ánimo, la falta de respuesta a peligros reales y, en el extremo opuesto, el temor inmotivado intenso a estímulos que no son peligrosos.⁴⁷

Suele apreciarse en muchos casos una hipotonía postural, que se manifiesta en la ausencia de conductas anticipatorias, en una postura laxa y una tendencia a encorvar sus hombros; aunque esta no es una característica generalizable a todas las personas con TEA. Son frecuentes las distonías y paratonías. Las estereotipias motrices, suelen absorber por completo la atención del niño. El balanceo del cuerpo o de la cabeza es también habitual en estos niños.

El DSM IV, clasifica, al trastorno autista, como una subcategoría de los trastornos generalizados del desarrollo. Ésta es la clasificación más utilizada, y a través de la cual se intenta poner cierta objetividad en el diagnóstico de este trastorno, de modo tal, que todos los profesionales hablen un mismo idioma y las investigaciones se basen en diagnósticos compartidos.⁴⁸

1º ítem: Los criterios diagnósticos, según el **DSM-IV-TR**, para el diagnóstico del trastorno autista, son los siguientes:

▪ **Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]**

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la

⁴⁷ Rivière, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001.

⁴⁸ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, España, 2002.

interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p.ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) Preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

2º Objetivo: ¿Cuáles son las diferencias con las obsesiones presentes en un trastorno obsesivo compulsivo?

“El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se manifiesta, tanto en niños como en adultos, a través de obsesiones y compulsiones de carácter repetitivo. Los criterios diagnósticos que establece la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), son los mismos en ambos casos, con la salvedad que los niños puede faltar el *insight*⁴⁹ respecto de la enfermedad, dado el nivel de desarrollo evolutivo.”⁵⁰

2º ítem: A continuación expondré los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR para el trastorno obsesivo compulsivo. El objetivo es hacer una descripción de la comorbilidad que existe entre el autismo y los rituales obsesivos presentes en las personas con TOC.

▪ **Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo- compulsivo [300.3]**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

⁴⁹ Término, introspección "**Insight**" (n.f.). **Definición**, Funciones mentales que permiten el conocimiento y comprensión de uno mismo y de la propia conducta. ...

⁵⁰ Bunge, E., Gomar M., Mandil J. (compiladores), Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes, Ed. Polemos, Buenos Aires, 2010.

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1)y (2):

(1) comportamientos (p.ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que deben seguir estrictamente

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimientos o situaciones negativos; sin embargo, estos comportamientos o operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivos o irracionales. NOTA: Este punto no es aplicable en los niños.

C. La obsesiones o compulsiones provocan malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen mas de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomania, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupaciones por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría,

preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones son excesivas o irracionales.⁵¹

Epidemiología

Prevalencia

Más allá de las diferencias registradas, si se tiene en cuenta los estudios efectuados con mayor rigor metodológico es posible ubicar la prevalencia de TOC en población pediátrica entre el 1% y 2% (Kalra y Sweso, 2009). La cifra es sumamente elevada y se contrapone con la idea imperante en las décadas del 60 y 70, cuando se lo consideraba un cuadro muy poco frecuente. En la actualidad se ha revertido esta idea hasta el punto en el que algunos autores denominan al TOC como la epidemia oculta (Holander, 1997; Yaryura- Tobias y Neziroglu, 1994).⁵²

1.f. Curso del Autismo

Por definición, el inicio del trastorno autista es anterior a los tres años de edad. En algunos casos, los padres explican que se preocuparon por el niño desde el nacimiento o muy poco después, dada su pasividad y falta de interacción social.

Durante la primera infancia, las manifestaciones del trastorno son más sutiles, resultando así, más difícil el diagnóstico.

Aproximadamente, entre un tercio y la mitad de las familias, no nota ninguna anomalía, durante el primer año de vida del niño.

⁵¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR, Ed. Elsevier Masson, España, 2002.

⁵² Herbert J. Chappa, Tratamiento integrativo del Trastorno obsesivo Compulsivo, Ed. AKAIDA, Buenos Aires, 2011, cap 20, pag. 266.

La mayoría de los padres, comienza a preocuparse cuando el niño tiene 18 meses, generalmente, por retrasos en la adquisición del lenguaje o dificultades en el desarrollo social del niño.

Siegel y colaboradores, observaron que transcurría un promedio de 13 meses desde que los padres comenzaban a preocuparse, y el diagnóstico inicial, que en un primer momento solía ser inexacto o incompleto. Transcurría un promedio de 2 años más, hasta que los padres creían, que se había formulado el diagnóstico definitivo.⁵³

El trastorno autista, tiene un curso que es continuo. Si bien es cierto que, en algunos niños de edad escolar y adolescentes, se observan frecuentes progresos evolutivos en algunas de las áreas afectadas, en otros niños, se observan deterioros comportamentales significativos. Para Ángel Rivière, "...en un número limitado de casos, la adolescencia puede implicar un período de turbulencia, con reaparición de síntomas y trastornos previamente superados". Puede observarse también, un aumento de la labilidad emocional, depresión, insomnio o trastornos alimentarios.⁵⁴

Cuando las personas con autismo reciben la atención y el tratamiento que necesitan, su calidad de vida, y la de su familia, mejora de forma significativa. En la mayoría de los casos, requieren atención permanente, ya que su capacidad de autonomía es limitada. Muchos adultos con autismo, logran alcanzar una convivencia en su familia y medio social con cierta estabilidad.⁵⁵

Los estudios de seguimiento de la vida de las personas con autismo, demuestran que sólo un pequeño porcentaje llega a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta y, alrededor de un tercio de los casos, alcanza algún grado de independencia parcial.

Los adultos con autismo, que poseen un muy buen nivel de funcionamiento, continúan presentando problemas en la interacción social y comunicación, junto con intereses y actividades restringidos.

⁵³ Johnson, Mead, *Manual de Pediatría*, material bibliográfico del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2006.

⁵⁴ Rivière, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, pág. 52.

⁵⁵ Rivière, Ángel, ob.cit.

1.g. Pronóstico

Estudios recientes, han indicado que, aproximadamente, dos tercios de los casos de niños con autismo, tienen resultados globales, que no son buenos, en lo que se refiere a su adaptación social y autonomía. La mayoría de estos niños, sigue necesitando algún grado de asistencia cuando son adultos.

Un grupo mucho más pequeño, probablemente el 10%, parece tener resultados mucho mejores en cuanto a independencia funcional y unos pocos parecen “superar” efectivamente el autismo con la edad.⁵⁶

Los dos principales factores predictivos de buen funcionamiento ulterior son el CI (CI no verbal, mayor de 70) y el poseer un lenguaje con significado, aproximadamente, a los 5 años. Por el contrario, un CI menor de 50, y la falta de habla alrededor de los 5 años, predice un resultado desfavorable. El diagnóstico precoz, es un factor favorable muy importante.

En la mayoría de los niños con autismo se suele observar un progreso en las áreas de función social y del lenguaje, así como también disminuyen sus conductas repetitivas y estereotipadas, a medida que crecen.

Por otra parte, es frecuente que se produzca, alrededor de la pubertad y por razones que, aún se desconocen, algún deterioro de la conducta.

Realizando las intervenciones adecuadas en cada caso, se puede influir en el pronóstico, positivamente.

La calidez de la familia, el sostén que estos puedan brindar al niño, su aceptación y su participación en el tratamiento del niño, son factores, esenciales, que favorecen el pronóstico. Incluso los niños más severamente afectados, se benefician, desde el punto de vista de la función social y de la calidad de vida, con programas de tratamiento apropiados y un contexto relacional, familiar, educativo y social, que estimule y promueva el desarrollo del máximo potencial posible.

⁵⁶ Johnson, Mead, ob.cit.

1.h. Tratamiento

En la actualidad, existen múltiples escuelas psicoterapéuticas, que se pueden agrupar en cuatro modelos básicos: el Psicoanalítico, Cognitivo Conductual, el Humanista y el Transpersonal.

El abordaje terapéutico, de cada patología, depende, en gran medida, del modelo teórico que sostenga cada profesional. Sin embargo, es esencial, que los diferentes profesionales, sean flexibles, y puedan evaluar, qué tipo de intervención necesita ese paciente, en ese momento en particular.

Si bien hay diferentes líneas de pensamiento y tratamiento para una misma patología, el objetivo primordial, de todas ellas, debería ser mejorar la calidad de vida del paciente y tratar, en la medida de lo posible, que esa persona que sufre, y viene a nosotros en búsqueda de un alivio, pueda ser ella misma. Es esencial en todo tratamiento, darle al paciente lo que se merece y necesita.

En el caso de los niños a los cuales me refiero en mi tesis, el objetivo principal, es mejorar la calidad de vida del niño y su familia en sociedad.

Esto significa, que cada niño, pueda comunicar lo que desea, lo que siente y aquello que necesita, y lograr tener, una vida lo más autónoma posible. El objetivo es lograr que dentro de su discapacidad el niño tenga ciertas habilidades sociales para enfrentar y comunicarse con su entorno para no permanecer encerrado dentro de sus propias auto estimulaciones, sensaciones y demás motivaciones que no implique interactuar con los demás.

Se busca promover su bienestar emocional, disminuyendo sus experiencias emocionales negativas de miedo, angustia, frustración, comprendiéndolos, y adaptando el medio a sus necesidades especiales.

Para H. Ey, es esencial, en todo tratamiento, “...aliviar al paciente del sufrimiento, y equipararlo mejor para vivir en paz, afecto, y equilibrio estable consigo mismo, con sus objetos inmediatos y con todo el mundo, a fin de readaptarlo a una vida de relación tan normal como sea posible...”⁵⁷

⁵⁷ Ey, Henri, *Tratado de Psiquiatría*, Editorial Masson S.A., Barcelona, 2000, 8ª Parte.

El autismo, puede ser abordado desde diferentes líneas teóricas, siendo, su tratamiento, diferente, según se trate de una u otra escuela psicoterapéutica.

A lo largo de éstos últimos dos años, he tenido la experiencia trabajar en un centro educativo terapéutico, en el cual se abordan, niños con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, desde una línea cognitivo conductual.

Los avances que he observado en estos niños, en las diferentes áreas afectadas, si bien han sido lentos, y requirieron de un trabajo muy intensivo, han sido significativos y han contribuido a mejorar la calidad vida de estos niños y sus familias.

Para Ángel Rivière, el autismo acompaña al individuo a lo largo de toda su vida, no se cura. “No sabemos cómo curar el autismo, sin embargo, las consecuencias más negativas del autismo pueden limitarse, y contamos con procedimientos para hacer más significativo el mundo de las personas con autismo, más amplias sus posibilidades de autonomía y más posible su comunicación con otras personas.”⁵⁸

El autismo exige un tratamiento largo, complejo y paciente, ya que los avances suelen ser lentos.

Para Ángel Rivière, “El objetivo primordial es, promover, tanto en el medio externo como el interno, los cambios necesarios para que la experiencia interna de las personas con autismo sea lo más satisfactoria, compleja y humanamente significativa que sea posible.”⁵⁹

Las personas con autismo son muy diversas. Hay aspectos generales, propios de la patología, que son útiles para su tratamiento, pero es fundamental que éste se adecue a las condiciones individuales de cada persona.

Según Ángel Rivière, “...el tratamiento del autismo es sintomático. Es decir, no se puede intervenir directamente sobre el curso etiopatogénico que da lugar al síndrome, debido a que ese curso no es conocido con un nivel de detalle suficiente.”⁶⁰

Es muy importante, y necesario, que los padres reconozcan los sentimientos que despierta el tener un niño con autismo y tengan la oportunidad de expresarlos.

Es por eso, fundamental, brindarles un apoyo profesional que les ayude a convivir con su problema. Este apoyo debería proporcionarles una explicación clara y detallada, del problema de su hijo, así como también, un pronóstico, lo más explícito posible.

⁵⁸ Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997, pág. 23.

⁵⁹ Rivière, Ángel, ob.cit., pág. 31.

⁶⁰ Rivière, Ángel, ob.cit. pág. 62.

La familia necesita un soporte psicológico específico, de acuerdo a las características de cada dinámica familiar y en relación a los diferentes momentos que atraviesan.

A cada miembro de la familia le afectará de manera diferente el tener un familiar con autismo. Es por eso, muy importante, considerar, el tratamiento psicoterapéutico individual, en aquellos miembros que lo necesiten.⁶¹

La investigación farmacológica permitió el desarrollo de sustancias que han resultado ser muy eficaces para el tratamiento de algunas alteraciones asociadas al autismo.

Es importante mencionar, que está comprobado, que el mejor avance se logra mediante el trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales de la salud: Pediatras, Neurólogos, Psicólogos, Psicopedagogos, Fonoaudiólogos, Terapistas Ocupacionales, Kinesiólogos, entre otros.

Todos ellos, orientados al desarrollo de áreas específicas según cada especialidad: lenguaje y comunicación, socialización, desarrollo cognitivo, juego y tiempo libre, conducta, motricidad gruesa y fina, autovalimiento, integración escolar.

En el área de la conducta y comunicación, es donde he visto los progresos más significativos, es por eso, que decidí profundizar, mediante la realización de mi tesina, en éste área.

La modalidad de abordaje que tomaré es la cognitivo conductual. Mediante ésta línea de tratamiento, se busca desarrollar, en el niño o adulto con autismo, las funciones que están alteradas, y disminuir, las anomalías emocionales o de conducta que acompañan este trastorno, a través de procesos de aprendizaje explícito.

En la Terapia Cognitiva Conductual, se busca el desarrollo cognitivo, a través de técnicas de modificación de la conducta. El tratamiento es diseñado de acuerdo a las características específicas de cada persona con autismo, centrándose en sus fortalezas para trabajar sobre sus dificultades. Se toman todas las áreas del desarrollo para realizar planes individuales.

Se busca crear un ambiente que favorezca la extinción de conductas inadecuadas, a sí como también, la enseñanza de aquellas habilidades que están ausentes. A su vez se intenta

⁶¹ Rivière, Ángel, ob.cit.

funcionalizar ciertas conductas estereotipadas que a simple vista parecen no tener finalidad alguna.

Se trabaja en conjunto con los padres. El objetivo principal es trabajar con la persona con autismo y su familia dentro de la sociedad para así poder generalizar los conceptos aprendidos en la terapia uno a uno.

Las técnicas que se aplican, en el tratamiento cognitivo conductual, son las siguientes: Técnica de ensayo discreto, Análisis funcional de la conducta, TEACCH, Programas de autovalimiento de Baker, Técnicas de integración sensorial y Métodos aumentativos de la comunicación.

A continuación, describiré, brevemente, alguna de éstas técnicas:

1) Técnica de ensayo discreto:

Es una modalidad de aprendizaje, en la cual, se introduce un máximo control de variables estímulares y respuestas consecuentes por parte del niño. Esta técnica se utiliza con niños con trastornos generalizados del desarrollo, que no tienen la posibilidad, de seleccionar, por sí solos, cuáles son los estímulos adecuados para producir una conducta.

Ésta técnica de aprendizaje, consta de tres componentes: un estímulo, una respuesta y una consecuencia.

El estímulo, es la consigna verbal, aquello que queremos enseñar al niño. La respuesta es aquella que da el niño al estímulo. Ésta puede ser correcta, incorrecta o puede no haber respuesta.

Se trabaja de la siguiente forma: se le da al niño una consigna y se espera su respuesta, si ésta es correcta, la consecuencia va a ser un refuerzo positivo, social o primario. De esta manera, se busca que esa conducta vuelva a repetirse. Si la respuesta que da el niño es incorrecta, se le da un “no” informativo y se vuelve a dar exactamente la misma consigna, si el niño, en ésta oportunidad, responde adecuadamente, reforzamos su conducta. En el caso que la respuesta dada por el niño, vuelva a ser incorrecta, le damos nuevamente la

consigna por tercera vez, pero en este caso, no esperamos su respuesta, lo ayudamos directamente a realizar la respuesta que le pedimos, para así evitar que el niño se frustre.

A través de la Técnica de Ensayo Discreto, se evita que el niño se frustre, y al mismo tiempo, se le da la oportunidad de intentarlo solo.

Esta técnica, permite al niño, aprender, qué es lo que se espera de él ante determinados estímulos. Se busca el desarrollo de destrezas de aprendizaje, de herramientas que ayuden al niño, a tener una relación más rica y compleja con el mundo externo.

2) TEACCH: (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) (Tratamiento y educación de Autistas y discapacidades comunicativas)

Es un programa de educación, diseñado por E. Schoopler y G. Mesivov en la Universidad de Carolina del Norte, en Chapell Hill.

El TEACCH se centra en las fortalezas de las personas con autismo, focalizándose, en diseñar las acomodaciones necesarias en el ambiente, con el fin de que el niño pueda desarrollar o incrementar su autonomía.

Se utilizan apoyos visuales para compensar los problemas de procesamiento auditivo que caracterizan al trastorno autista. Éste sistema está basado en la comunicación visual por medio de imágenes y símbolos que, representan conceptos o palabras.

El objetivo principal, es que los niños puedan trabajar en forma independiente. Se utilizan agendas visuales, sistemas de trabajo, rutinas, entre otros.

3) PECS (Picture Exchange Communication System) (Sistema de intercambio de figuras para la comunicación):

Es un método de comunicación visual y de lecto-escritura que ha sido diseñado por Lori Frost y Andrew Bondy, del programa de autismo de Delaware.

Se trata de un sistema alternativo aumentativo de comunicación, por medio del cual, se le enseña a los niños, a pedir aquello que necesitan, entregando una figura del objeto a cambio de la entrega del mismo.

El tratamiento cognitivo conductual, se complementa, en la mayoría de los casos, que lo requieren, con un tratamiento médico farmacológico.

Los padres y terapeutas deben saber las razones por las cuales se administra ése fármaco concreto, y estar informados de los posibles efectos colaterales, para poder advertirlos oportunamente e informar sobre ellos. Es fundamental el control periódico.

- Otras modalidades de intervención, que no tienen efectos secundarios adversos y que, en algunos casos, han dado buenos resultados, son los siguientes:

Dieta libre de Gluten y Caseína: Consiste en quitar de la dieta del niño aquellos alimentos que tengan estos compuestos, que se encuentran principalmente en las harinas de trigo y en los lácteos. Aunque sus resultados han sido favorables sólo en algunos casos, es una buena opción a intentar, ya que no posee efectos secundarios.

Músicoterapia: Se busca el vínculo con el niño a través de la música. En algunos niños ha dado buenos resultados.

Vitaminosis: Consiste en proveer al niño las vitaminas que necesita. Algunos estudios han demostrado que algunos niños carecen o tienen insuficiencia de ellas. Entre las más frecuentes están las vitaminas del complejo B (B⁶ y B¹²).

Es esencial, el apoyo de un equipo multidisciplinario que esté siempre comunicado, y en el cual se conozcan y discutan las mejores propuestas para la realidad de cada niño con autismo, teniendo en cuenta las necesidades, posibilidades, individuales y generales de los niños que sufren esta patología, para mejorar su calidad de vida y la de su familia

Capítulo 2

Comunicación y Lenguaje del niño con autismo

“No me hables demasiado, ni muy deprisa. Las palabras son “aire” para ti, pero pueden ser una

carga muy pesada para mí. Muchas veces, no son la mejor manera de relacionarte conmigo.”⁶²

2.a. Comunicación y Lenguaje

Gonzalo, puede hablar, sus órganos fonoarticulatorios, necesarios para la expresión del lenguaje, verbal, no presentan alteraciones. Sin embargo, es muy difícil, para él, poder comunicar lo que piensa, siente, desea y necesita...

Una mañana, en el colegio, la maestra le preguntó a Gonza si quería ir al baño, y el respondió: “a hacer pis”.

Su mamá, había informado, que el niño hacía pis solito, sin ayuda, pero que su dificultad estaba en que no pedía, espontáneamente, ir al baño. Había que preguntarle cada tanto, y además, para estimular su pedido, le habían sugerido, pegar, en su banco, una clave visual del baño, para generar que pida cuando lo necesite.

La maestra, teniendo presente las indicaciones de la mamá del niño, a la hora de llevarlo al baño, lo ayudó a desabrochar el botón del pantalón y lo dejó solito, con la puerta entreabierta, y le dijo a Gonza que le avisara, cuando terminara.

“De hacer pis terminé”, dijo el niño. Cuando la maestra lo vio, había hecho pis en su calzoncillo.

Gonza no pudo, por estar un poco apretado el elástico de su pantalón, y por su debilidad motriz, bajarse el calzoncillo para hacer pis, ni pudo pedir ayuda para hacerlo.

Los déficits, en el empleo del lenguaje y la comunicación, constituyen una de las características centrales del síndrome autista. Se considera como criterio imprescindible, para el diagnóstico de autismo, la existencia de un retraso y desviación en el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

En los niños con autismo, el problema principal, no está únicamente en la expresión verbal, sino en la dificultad grave que presentan para comunicar, y para comprender, aquello que se les comunica, y así poder entablar, un círculo comunicativo.

⁶² Riviére, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, pág. 58-59.

“El hecho de que, un niño con autismo, tenga una competencia de lenguaje oral, no significa, que presente un nivel de competencia semejante en cuanto a la comunicación.”⁶³

Gonza, habla, posee lenguaje, con algunas de las alteraciones, que son características, del lenguaje de un niño con este trastorno. Sin embargo, su lenguaje, como ocurre en la mayoría de los niños con autismo, no tiene un fin comunicativo.

- 3º Objetivo: ¿Porqué un niño que puede hablar, no puede comunicar? ¿Qué significa comunicar?

Comunicar, no es sólo hablar, es mucho más que hablar, se puede hablar y no comunicar.

Gonzalo, habla, su lenguaje es muy simple, y necesita, para comprender, que el otro le hable de la misma manera, en forma muy clara, concisa, con pocas palabras.

No olvidemos, que estos niños, presentan una gran dificultad para tomar la información proveniente del ambiente, procesarla, y utilizarla para generar una respuesta.

La información que reciben del ambiente, puede resultar para ellos, muy abrumadora, ya que les es muy difícil, seleccionar, aquellos estímulos que son relevantes de los que no lo son.

Es por eso, que muchas palabras, los confunde, desorganizan, hacen que el niño se pierda en la conversación, se distraiga, y pierda interés en aquello que se le dice e intenta comunicar.

La experiencia de no comprender y no ser comprendido, hace que el niño se frustre, y como consecuencia, se aísle aún más en su mundo autista, negándose a intentar abrir un nuevo círculo comunicativo.

Es fundamental, lograr, que los niños puedan comunicarse de la forma que les sea posible, teniendo en cuenta cuáles son las fortalezas y debilidades de cada niño en particular.

Es cierto, que el niño es, quién no puede, por su patología, comunicar, espontáneamente, lo que desea.

⁶³ Tamarit Cuadrado, Javier, *Comunicación y autismo: claves para un logopeda aventurero*, Equipo CEPRI, España, 1990.

Sin embargo, por más que le enseñemos al niño a comunicarse, si el receptor del mensaje del niño, no comprende o no usa, por diferentes motivos, el sistema que emplea el niño para comunicarse, es imposible que se pueda entablar la comunicación que se está buscando desarrollar, e incrementar, entre el niño y su contexto de relación.

En el verano pasado, Martín, se fue de vacaciones, con sus padres y su hermanito Joaquín, a la playa.

Cuando volvieron de las vacaciones, sus papás tuvieron una reunión con el equipo terapéutico del niño, para comentarles, cómo había estado Martín en las vacaciones, y para reevaluar con los profesionales que atienden al niño, los objetivos terapéuticos a trabajar en este nuevo año.

La fonoaudióloga, preguntó a los padres, cómo había estado el niño en el área de comunicación, si había utilizado su comunicador en nuevos contextos o situaciones, si había alguna nueva necesidad, algo que le haya gustado mucho hacer, para así ampliar su repertorio, incorporando nuevas claves visuales, a su comunicador, que tan eficazmente usa para comunicarse.

Me sorprendió la respuesta de la mamá: “No, el comunicador de Martín, lo dejamos en casa, no lo llevamos, nos fuimos de vacaciones, a descansar de todo, tampoco me llevé ninguna carpeta de tarea independiente ni de motricidad fina, estamos todo el año con esto, igual Martín estuvo muy bien.”

Es muy difícil, para los padres, tener un niño con autismo. Muchas familias, intentan, negar la patología de sus hijos, de diversas maneras: integrándolos en jardines comunes, es decir, con niños normales, donde quizás están dos años, haciendo permanencia en alguna sala, o como ocurrió con Martín, no utilizando sus comunicadores, muchas veces, por que aún tienen la fantasía, la esperanza, de que sus niños hablen fluidamente, y piensan que, si piden con claves visuales, van a aprender a comunicarse de esta forma, y como consecuencia, no van a intentar hacerlo normalmente, de forma verbal.

Muchas veces, al ser el niño, quien recibe el diagnóstico, se comete el grave error de tratar sólo al niño, por ser quien padece el trastorno, descuidando, el papel esencial que cumple la familia del niño, en la mejoría del cuadro.

Es esencial, trabajar con los padres de estos niños, y enseñarles a comunicarse con ellos, pero, para esto, es fundamental, que los padres, tengan su propio espacio psicoterapéutico, donde puedan elaborar psíquicamente, el duelo del hijo sano, para poder aceptarlos, y a partir de la aceptación, poder entablar un vínculo empático con el niño. Para ello, es imprescindible que puedan, ambos, aprender a comunicarse.

El niño, aprende a comunicarse, a través de la interacción con su mundo, y son los padres, quienes ocupan la mayor parte de ese mundo.

La comunicación es, con un otro, por lo tanto, debemos trabajar con cada uno de los polos presentes en todo acto comunicativo: emisor y receptor, cuyos roles varían constantemente.

Tamarit, considera, que la comunicación, es un proceso de desarrollo, que se origina en las primeras actuaciones compartidas, entre el bebé y los adultos que le rodean. Entre ambos, generan, cadenas interactivas en las que, la conducta de uno de ellos va seguida de la conducta armonizada del otro. ⁶⁴

Se crean así, secuencias de relación, que van formando, un diálogo socio-emocional que, con el transcurso del tiempo, se va paulatinamente complejizando. ⁶⁵

Los padres de los niños con autismo, se enfrentan, a menudo, con la dificultad y la frustración de comunicarse, con un niño que, no puede o no quiere comunicarse, o que, intenta comunicarse, pero son sus padres, quienes no pueden interpretar, aquello que los niños, a su manera, quieren transmitir.

La razón, por la cual, los niños no buscan comunicarse, muchas veces, puede asociarse, con el sentimiento del niño de no ser comprendido por el otro.

⁶⁴ Tamarit Cuadrado, Javier, Comunicación y autismo: claves para un logopeda aventurero, Equipo CEPRI, España, 1990.

⁶⁵ Tamarit Cuadrado, ob. cit.

El problema a tratar, entonces, no es únicamente el comportamiento de los niños, si no también, cómo los padres reaccionan ante cada intento comunicativo de su hijo.

Es muy importante, enseñar a estos padres, a observar, esperar y escuchar a sus hijos para lograr reconocer cuales son sus sentimientos y necesidades, y así poder dar a sus niños, la oportunidad, de hacerse entender a su manera y así, animarlo a comunicarse.

El primer paso, para el logro de la comunicación, es observar al niño, tomarse un tiempo para llegar a conocerlo y poder reconocer el significado de indicios de comunicación, tan sutiles como lo son, el ritmo de su respiración, los cambios en el color de su piel, los sonidos que emiten, sus expresiones faciales, corporales, sus auto estimulaciones, estereotipias y rituales. Lo que a simple vista parece ser una actividad sin sentido, puede tenerlo para el niño. Podemos encasillar ciertas conductas repetitivas como ritualistas, estereotipias u obsesiones y ello significaría lo mismo para cualquier profesional de la salud. Pero cada niño recibe y experimenta distintos estímulos. Es en la particularidad de cada una de sus acciones que yo veo un camino de entrada a la conciencia de cada niño. La motivación que genera un objeto, color, olor o lo que fuera que lo atrapa al niño es algo en lo que el educador puede basarse para desde allí ampliar su espectro de motivaciones. Más adelante me explayare con ejemplos encontrados en ambos casos clínicos.

Todos necesitamos, y tenemos derecho, de la forma que sea posible, y adecuada socialmente, a comunicarnos con otras personas.

Nos podemos comunicar verbal o no verbalmente, por medio de gestos, signos, comportamientos, señalamientos, imágenes, escritura, entre otros.

Es decir, el que una persona, por la patología que sufra, no posea lenguaje, no implica que ésta no pueda comunicarse. Hay que encontrar la forma, entre tantas, en que esa persona, pese a sus limitaciones, pueda comunicar aquello que desea y necesita.

Los padres, en etapas tempranas del desarrollo del niño son los principales agentes que estimulan el desarrollo del lenguaje en el niño.

Es por eso, muy importante que tengan en consideración cuáles son las conductas esperables en sus hijos.

Si observan diferencias o retrasos en la aparición de éstas, deben consultarlo con su pediatra, quien se ocupará de hacer la derivación que correspondiente a cada caso.

- ¿Cuándo los padres deben preocuparse por el desarrollo del lenguaje de su niño?
 - No balbucea a los 8 a 9 meses
 - No señala al año
 - No emite palabras con significado entre los 12 a 14 meses
 - Emite menos de 12 palabras a los 18 meses
 - No arma frases de dos palabras a los dos años
 - No arma oraciones a los 3 años
 - Habla ininteligible para los padres a los 2 años
 - Habla ininteligible para los extraños a los 3 años
 - Dudas acerca de la comprensión a cualquier edad
 - A cualquier edad: niño que no se orienta hacia el habla, no gira cuando lo llaman
 - Niño que habla por hablar, sin un fin comunicativo (como pedir o mostrar algo)
 - Incapacidad para contar una historia coherente a los 3 años
 - Regresión del lenguaje a cualquier edad ⁶⁶

Para el Dr. Javier Flores del Águila, neurólogo, “El lenguaje es la función neuropsicológica más importante: constituye la forma más evolucionada de comunicación y es propia sólo de los seres humanos. Su desarrollo no es innato, aunque sí lo sea, su disposición a desarrollarlo, y depende, en gran medida, de la interacción que exista entre el niño y su entorno.”⁶⁷

⁶⁶ Rapin Isabelle, Dunn, Michelle, Allen, Dons, *developmental language disorders*, handbook of neuropsychology, 2ª Editorial, 2003 en Material Bibliográfico Curso de Posgrado en Autismo, Fundación Favalaro, Buenos Aires, 2007.

El espectro autista, en todas sus áreas afectadas, es muy amplio, variado y disarmónico: En lo que se refiere al área del lenguaje expresivo, hay un continuo que va, desde aquellos niños con mutismo total o funcional, hasta aquellos niños, con alto nivel de funcionamiento, que son altamente verbales.

Con respecto al área del lenguaje comprensivo, hay también un continuo, que va desde aquellos niños que no comprenden ningún enunciado verbal, hasta aquellos que, poseen una comprensión literal y poco flexible de ciertos enunciados verbales.⁶⁸

En aquellos niños, con autismo, que tienen un retraso, o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral, no se observan intentos de compensar su déficit mediante modos alternativos de comunicación, tales como los gestos o la mímica, entre otros.⁶⁹

“Los niños que tienen un cuadro de autismo severo, no saben cómo tratar a las personas para lograr efectos deseables en el mundo físico.”⁷⁰

En los niños que tienen autismo, pero que poseen un habla adecuada, aunque, en la mayoría de los casos, con alteraciones presentes en su lenguaje, se observa, una alteración importante de la capacidad para iniciar y mantener una conversación con otros.⁷¹

En los casos de autismo, con un nivel de funcionamiento intermedio, se observa la carencia de la intersubjetividad que se necesita, para lograr, por medio de un acto comunicativo, compartir una experiencia interna.⁷²

⁶⁸

Espoeys, Pía, *Tratamiento Cognitivo Conductual en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*, Cuadernillo teórico de capacitación, Fundación Mensajes del Alma, Buenos Aires, 2006.

⁶⁹ American Psychiatric Association, *DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico del los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, España, 1996.

⁷⁰ Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997. pág. 85.

⁷¹ American Psychiatric Association, *DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico del los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, España, 1996.

⁷² Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.

En los niños menos alterados, la comunicación es una actividad difícil, no se produce ni con la espontánea flexibilidad, ni con la fluida facilidad que se observa en los niños con un desarrollo normal.⁷³

En cada niño, ésta sociabilidad, deficiente, puede variar desde un completo desinterés por otras personas que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social.

Pueden mostrarse muy distantes y evadir las miradas, o entrometerse en el espacio de otros, acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos.

Ajuriaguerra, afirma, que “Las relaciones de estos niños con las personas son muy particulares. No les dirige ninguna mirada de interés, pasa por su lado, sin intentar establecer una comunicación. Las relaciones que pueden, a veces establecer, son fragmentarias, eligen a un compañero, no comparten, ni intercambian. No muestran ningún interés por los padres, y parece que los ignora.”⁷⁴

- ¿Sus rituales se interponen a la comunicación o a partir de ellos se puede extender su intención comunicativa?
- ¿Cuáles podrían ser las posibles causas, por las cuales, los niños con autismo, no pueden comunicarse?

Simon Baron-Cohen, defiende, que la raíz de la alteración social, es de naturaleza cognitiva.

En 1985, Baron-Cohen, Leslie y Frith, publicaron un artículo en el que se preguntaban: “¿Tienen los niños autistas una Teoría de la Mente?”. Este artículo, se convirtió en el punto de referencia de gran parte de los estudios e investigaciones llevados a cabo, desde entonces hasta la actualidad, en el campo del autismo.

⁷³ Rivière, Ángel, ob.cit.

⁷⁴ Ajuriaguerra, J ; Marcelli, D., *Manual de Psicopatología del niño*, Editorial Masson, España, 1987, pág. 678.

Peter Hobson, postula, que la raíz es afectiva, que existe un déficit básico en la competencia para expresar y entender las emociones, que trae, como consecuencia, una conducta social alterada.

“Los niños con autismo, carecen de esa dotación biológica, que permite que se produzca la coordinación intersubjetiva con otras personas, y por eso, se ven privados de aquello que resulta necesario para adquirir el conocimiento de lo que son las personas y para comprender la mente.”⁷⁵

Estos niños, discriminan unas personas de otras. La conciencia que tienen, acerca de la existencia de las personas, tiene que ver con agentes de procesos físicos. Su dificultad está, en captar, en estas personas, la existencia de una mente que piensa, cree y siente, de forma diferente.

Para Uta Frith, la deficiencia social del autismo, puede describirse como una falta de empatía, que se manifiesta, en su indiferencia al malestar de otras personas, en su incapacidad, para ofrecer apoyo e incluso recibir, ellos mismos, ayuda de los demás.⁷⁶

La empatía, implica, la capacidad de saber lo que las otras personas piensan o sienten, aunque, estos sentimientos y pensamientos, sean diferentes a los propios. La empatía presupone el reconocimiento de estados mentales diferentes de los nuestros. Las personas con autismo, reconocen la existencia de los demás como personas individuales, pero no pueden captar que las personas tienen mentes independientes. No pueden ponerse en el lugar del otro y así poder entenderlo, carencián de una teoría de la mente. Esto quiere decir que no pueden comunicarse con otra persona y percibir sus sentimientos y teorizar sobre la proyección interna de ellos en el otro.

Para Ángel Rivière, la razón por la cual estos niños no pueden comunicarse, está dada por sus anomalías biológicas, que son las que no les permiten, el desarrollo de las capacidades subjetivas secundarias, necesarias para ser cómplices internos de las interacciones, y considerar al otro como un sujeto, con un mundo interno, que puede ser compartido.⁷⁷

⁷⁵

⁷⁶ Frith, Uta, *Autismo, hacia una explicación del enigma*, Editorial Alianza, España, 1992.



⁷⁷ Rivière, Ángel, ob.cit.

Para éste autor, ello podría deberse, a que no se activan, adecuadamente, relaciones entre el sistema límbico y el neocortex cerebral, especialmente frontal, que posibilitan tanto el acceso cognitivo al propio mundo interno, como la atribución a otros, de un mundo interno.⁷⁸

Para Javier Tamarit, la alteración en la comunicación de las personas que presentan autismo, va mucho más allá de una mayor o menor competencia en el lenguaje oral, y se centra, principalmente, en el componente pragmático.

“La pragmática, es el conjunto de reglas, que gobiernan el uso del lenguaje en un contexto social, y ese conjunto de reglas tiene mucho que ver, para poder usarlas, con una adecuada competencia metarrepresentacional, con una teoría de la mente, con la capacidad de tener en cuenta el estado de conocimiento de los otros, de tener en cuenta sus deseos, creencias, intenciones.”⁷⁹

Para Ángel Rivière, las dos funciones comunicativas que, sobresalen por su importancia, son:

-  Cambiar el mundo físico o conseguir algo de él.
-  Cambiar el mundo mental del compañero de interacción, compartiendo con él una experiencia interna.

Bates, en 1976, denominó a las primeras protoimperativos y, a las segundas, protodeclarativos.⁸⁰

En 1979, Bates, define a la comunicación, y dice que “...Es una conducta signada, en la cual, el emisor es consciente del efecto que puede tener el signo o señal en su interlocutor, persistiendo en dicha conducta hasta lograr el efecto esperado o bien, hasta que se demuestre claramente el fracaso.”

⁷⁸ Rivière, Ángel, ob.cit.

⁷⁹ Tamarit Cuadrado, Javier, *Comunicación y autismo: claves para un logopeda aventurero*, Equipo CEPRI, España, 1990.

⁸⁰ Bates, E, *Lenguaje en contexto: la adquisición pragmática*, Editorial Academic Press, Nueva York, 1976, en Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.

En la gran mayoría de los casos, los niños que luego son diagnosticados como autistas, no desarrollan, naturalmente, ni protoimperativos ni protodeclarativos, cuando deberían hacerlo, en los últimos meses del primer año de vida y los primeros del segundo.

La función imperativa, puede aprenderse, por procesos de asociación empírica entre conductas externas propias y contingencias externas del medio. La función declarativa, en cambio, exige, necesariamente, para su desarrollo, la noción intersubjetiva de los otros como personas que poseen una experiencia interna.⁸¹

“La única posibilidad alternativa de alcanzar la función declarativa es contar con un sistema simbólico, relativamente complejo, que permita intuir la posibilidad de intercambiar experiencias con las personas.”⁸²

Cuando un niño está señalando un objeto, lo que está haciendo, va mucho más allá de la simple indicación geográfica del mismo, ya que, de este modo, está buscando, compartir una experiencia con la otra persona, y lo hace, señalando, aquello que no sólo es relevante para él, si no también para la persona con quien se comunica.⁸³

Antes de comenzar a hablar, los lactantes poseen numerosas habilidades lingüísticas y comunicativas: contacto ocular, expresión facial, gestos para comunicarse con los demás y discriminación de los sonidos del habla desde edades muy tempranas.

Lorna Wing, en su libro “El autismo en niños y adultos”, afirma que, existe en el niño, un interés innato por la vista y los sonidos de otros seres humanos, especialmente de la madre u otros cuidadores. Para ella, esta capacidad innata, que se observa en los niños con un desarrollo normal, depende, entre otras, de la función cerebral y de las habilidades del desarrollo que están ausentes o son gravemente deficientes en los niños con autismo.⁸⁴

En los niños “normales”, se pueden observar, múltiples y variadas conductas de comunicación, que aparecen en momentos muy precoces del desarrollo:

⁸¹ Rivière, Ángel, ob.cit.

⁸² Rivière, Ángel, ob.cit. pág. 86.

⁸³ Frith, Uta, Ob.cit., cap. 9.

⁸⁴ Wing, Lorna, *El autismo en niños y adultos*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998.

Desde que son muy pequeños, desarrollan, una gran variedad de conductas comunicativas cuya función, es hacerse entender a través de gestos, señalando con el dedo o la mano algo que desean, a través de la mirada, cuando se dirigen hacia algo que quieren mostrar o quieren conseguir, llevando al adulto hacia aquello que les interesa, a través de vocalizaciones, expresiones, entre otras.

Todas estas manifestaciones, muestran que, existe en ellos la intención de comunicar algo a alguien, un deseo de hacerse entender por los demás, aunque esta intención no sea convencional y el deseo de comunicarse sea para conseguir algo a cambio, o sea no por la motivación única de comunicar.

Estas señales que el niño emite, cuando son bien interpretadas por su entorno, van llenándose de un significado, a través del cual, se logra establecer, una comunicación y un entendimiento con las demás personas de su medio.

Otro comportamiento, que aparece desde muy temprano, en el desarrollo normal, es la imitación de lo que hace el otro. Esto implica, que el niño, comienza a tener, un interés social.

Los niños con autismo, presentan una gran dificultad para imitar, porque ello requiere, que ponga atención sobre otra persona y sobre lo que ésta, está haciendo.

A medida que se produce la maduración motriz, y aumentan los procesos de conocimiento del entorno y la interacción social, el niño, comienza a asignarle un significado a muchas de las expresiones gestuales que observa en el otro en determinadas situaciones.

La mirada, es una herramienta comunicativa muy valiosa, pues cumple varias funciones comunicativas: regula el comportamiento de la otra persona, expresa estados internos, y sirve para compartir experiencias con los demás. Los niños con autismo, en la mayoría de los casos, manifiestan una gran dificultad para establecer un contacto ocular con otra persona.

Cuando nos referimos a los niños con autismo, debemos pensar que estas conductas precoces de comunicación están insuficientemente desarrolladas, distorsionadas o ausentes, por lo que el lenguaje verbal y la relación social también se encuentra alterada desde momentos precoces del desarrollo.

2.b. Intervenciones. Desarrollo de habilidades comunicativas.

Mediante una intervención adecuada en éste área, se pueden generar en el niño, por aprendizaje, estas conductas comunicativas.

- ¿Cómo debemos intervenir, para desarrollar una conducta comunicativa en un niño con autismo?

En primer lugar, en esencial, para que un niño, pueda comunicarse, que entienda la relación causa-efecto, es decir, que comprenda que su conducta puede producir, un efecto en el otro. En segundo lugar, es importantísimo, que el niño desee comunicarse, es decir que tenga la necesidad de hacerlo.

Una vez que hay un deseo de comunicar algo, es fundamental que haya alguien con quien comunicarse, es decir, un receptor que reciba el mensaje que el niño quiere transmitir.

Si el niño, ya entiende, que su conducta, produce algo en el otro, va a ir en busca de ese otro, para satisfacer una necesidad. Para esto, es fundamental que el niño pueda comunicarse, de manera tal, que el otro pueda entenderlo, es decir, necesita un medio para comunicarse que sea eficaz y que pueda utilizar en diversos contextos con diferentes personas.

A continuación, profundizaré, dando ejemplos, cada uno de los comportamientos que intentamos desarrollar en el tratamiento de éstos niños, para que puedan, a su manera, y de forma efectiva, comunicarse con los demás.

1) Entender la relación causa –efecto:

Es la comprensión, por parte del niño, de que su conducta puede tener un resultado, y así , encontrar un sentido al dirigirse a otra persona para pedir aquello que necesita.

Es de suma importancia, crear y exponer al niño a situaciones o actividades en donde se favorezca esta relación.

Por ejemplo, a Martín, le encanta jugar al avioncito, jugamos unos instantes, luego interrumpo el juego, y espero su respuesta.... Enseguida me toma de los brazos para seguir jugando. El niño comprende que el tomar mis brazos provocará un efecto, el continuar jugando a aquello que desea. Es difícil discernir si fue cariño lo que Martín me estaba expresando o si simplemente él tomaba mis brazos por mero interés a continuar con la actividad. Pero lo primordial es que el objetivo se cumplió, Martín mostró interés por continuar con la interacción. En el caso de Martín los aviones se transformaron en una obsesión. Había momentos en los cuales por más que se le presente un repertorio grande de juguetes, él siempre elegía los avioncitos y mi forma de socializar dicho interés era jugar juntos al avioncito (lo tomaba de los brazos girando en el lugar haciendo la mímica del ruido de un avión). Martín tomó consciencia de la causa- efecto, extiende los brazos hacia mí y su efecto es el de conseguir el avión para continuar con la actividad. A su vez este ejemplo nos sirve para identificar como a través de su obsesión por los aviones extendimos una actividad y le enseñamos a tomar conciencia de la causa- efecto en la interacción social. Quizás si no hubiese accedido a cumplir el ritual de la vuelta en el aire sus niveles de ansiedad hubiesen subido a niveles indeseados generándole un índice de displacer en Martín difícil de tolerar.

Ciertos pensamientos y comportamientos repetitivos están presentes en el desarrollo normal de todo niño (Gesell, Ames e Ilg, 1974).

“Estos “pseudorituales” y “obsesiones” son egosintónicos, no causan distrés y no interfieren con la vida cotidiana del niño, por lo que es fácil diferenciarlos de los síntomas de TOC.”⁸⁵

2) Deseo de comunicar:

Los niños con autismo, suelen presentar, graves dificultades, para tomar iniciativa en la comunicación, tanto verbal como no verbal.

Les resulta muy difícil demostrar interés en otros. Ello podría deberse, a la no comprensión de la relación de causa-efecto, citada anteriormente.

⁸⁵ Bunge, E., Gomar M., Mandil J. (compiladores), Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes, Ed. Polemos, Buenos Aires, 2010.

En otras palabras, si el niño, no entiende, que alguien puede ayudarlo a obtener aquello que desea, no encontrará necesidad alguna para relacionarse.

Muchos padres y familiares suelen anticiparse y responder a las necesidades de estos niños, automáticamente, proporcionándoles todo lo que necesitan, sin esperar a que el niño se comunique con ellos.

Es por eso, muy importante, enseñar a los padres, a crear situaciones en las cuales estimulen a los niños a sentir la necesidad de comunicarse para obtener aquello que desean.

Por ejemplo, a Martín le encanta jugar con los planetas del sistema solar, le muestro los libros de planetas y puede mirarlos y repetir de memoria su conocimiento sobre el tema.

Es fundamental, aprender a esperar y no anticiparnos a la respuesta del niño, debemos darles la oportunidad y el espacio para que intenten comunicarse con nosotros e incrementar así su iniciativa e intención comunicativa.

Teniendo en cuenta, que cada niño tiene su tiempo de reacción, y que éste puede ser muy diferente al del otro niño, hay que saber esperar la respuesta del niño, esto no es fácil, pero aprender a hacerlo es fundamental, sobre todo cuando trabajamos con estos niños, que suelen avanzar muy lentamente.

3) Alguien con quien comunicar:

En todo acto comunicativo, es imprescindible, que haya dos personas que se necesitan mutuamente.

Los niños con autismo, a veces, no entienden que las demás personas pueden ayudarlos a obtener lo que desean. Por lo tanto, es de suma importancia, mostrarles constantemente que ellos necesitan de nosotros para conseguir lo que quieren.

Por ejemplo, si guardando un juguete atractivo para el niño, en un estante alto, hacemos que nos tenga que venir a buscar para alcanzarle el juguete que desea.

Es fundamental trabajar en la iniciativa comunicativa para que los niños no siempre estén dependiendo de los demás y puedan ser los más independiente posible.

4) Algo que comunicar:

Si el niño no tiene qué comunicar, va a mantenerse no comunicativo.

Para estimular la comunicación, es muy importante, conocer los gustos, intereses y necesidades más específicas de cada niño y crear situaciones, en donde tengan que comunicarse, para obtener lo que quieren.

5) Un medio para comunicarse:

Una vez que el niño tiene el deseo, a alguien y algo que comunicar, es imprescindible elegir la manera para expresarlo para que el interlocutor pueda comprenderlo.

Los niños con autismo, muchas veces, eligen medios, que no son los apropiados para comunicarse.

Es muy importante, trabajar en conjunto con los padres, y enseñarles a observar, esperar y escuchar a sus hijos para poder interpretar sus sentimientos y necesidades, brindándoles las herramientas para que puedan comunicarse, eficazmente, y de manera apropiada.

Si un niño intenta comunicar sus necesidades, y las personas que están en contacto con él, no lo entienden, va a rehusar comunicarse nuevamente o lo intentará de otra manera.

La expresión de intenciones comunicativas, el empleo espontáneo y funcional del lenguaje, debe ser el objetivo prioritario de todo tratamiento.

Capítulo 3

Sistema de Intercambio de Imágenes

“Como otros niños, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque nos siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuando he hecho las cosas bien y ayúdame a hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos, me sucede lo que a

ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.”⁸⁶

3.a Sistemas alternativos aumentativos de la comunicación

Los niños con autismo, tal como hemos visto en los capítulos anteriores, presentan, grandes dificultades, para usar tanto el lenguaje expresivo como el lenguaje comprensivo.

Algunos niños, emiten sonidos, palabras, frases. Sin embargo, su lenguaje no tiene fines comunicativos. Es decir, se trata de un lenguaje que no tiene el fin de afectar su medio, e interactuar con el otro en búsqueda de un vínculo afectivo, que le permita crecer, desarrollarse y satisfacer sus necesidades.

Todos los niños necesitan comunicarse, expresar sus sentimientos, emociones, necesidades. Aquellos que, por diferentes razones, no saben o no pueden, comunicarse, necesitan de otro medio, alternativo, que les permita hacerlo, de forma efectiva, con diferentes personas, en distintos contextos y situaciones.

Ya he dicho en varias oportunidades, a lo largo de mi tesina, que comunicar es más que hablar y que, la posibilidad de comunicar algo a alguien, es una necesidad básica, al que todos debemos acceder, más allá de cualquier diagnóstico.

El que una persona, por la patología que sea, no pueda hablar, no debe ser un obstáculo para comunicarse. Es esencial, encontrar, para esa persona en particular, y su familia, otras vías de comunicación, que le sirvan para desarrollar y optimizar sus habilidades comunicativas, posibilitándole así, entablar, una comunicación funcional con su entorno.

Cuando me refiero a otras vías de comunicación, hago referencia a la enseñanza de estilos de comunicación que no involucren el habla, ya que, comunicar es mucho más que hablar.

⁸⁶ Rivière, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001, pág. 58-59.

Existen sistemas de comunicación, que no involucran el habla, y que se enseña a aquellas personas que, carecen de la habilidad de hablar. A éstos se los llama, Sistemas de Comunicación Aumentativa Alternativa.

Al centrarse en auto estimulaciones, rituales y obsesiones por ciertos temas puede provocar cierto ensimismamiento. Por ejemplo Javier en vez de comunicar su deseo por los trenes, en especial el tren de la costa, golpeaba pateándose por debajo de la mesa. Su nivel de agresividad y la cantidad de conductas inadecuadas, como querer arrancar una lamparita de la pared, aumentaba cuando las posibilidades de ir al tren de la costa se veían cuartadas. Más adelante me explayare en este tema y explicare como la intensidad de su fijación por los trenes ayudo a avanzar en el auto control de sus conductas inadecuadas.

- ¿Qué es un Sistema de Comunicación Alternativo Aumentativo?

Un sistema alternativo aumentativo de la comunicación (S.A.A.C) es un conjunto estructurado de códigos, no vocales, que necesita ser enseñado mediante procedimientos específicos de instrucción. Se caracteriza, por permitir el intercambio comunicativo, a partir de componentes simbólicos, diferentes a la palabra hablada.⁸⁷

Es importante destacar, que estos sistemas, no sólo son alternativos, es decir, que no sólo suplen la ausencia del código oral, si no que, además, son aumentativos, porque ayudan a potenciar el desarrollo del lenguaje oral.

El objetivo, perseguido, por un sistema alternativo aumentativo de comunicación, es permitir capacidades de representación y llevar a cabo actos de comunicación.

Estos actos de comunicación, para que sean eficaces y posibiliten llevar a cabo un círculo comunicativo, tienen que ser funcionales, espontáneos y generalizables.⁸⁸

⁸⁷ Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.

⁸⁸ Rivière, Ángel, ob.cit.

El hecho de que un sistema de comunicación alternativo sea funcional, significa, que debe ser un instrumento útil para llevar a cabo modificaciones en el entorno y debe estar adaptado a las posibilidades y dificultades de cada persona concreta.

Los niños deben tener su comunicador siempre presente, ya que es su medio de comunicación, por eso es fundamental que sea funcional, que pueda ser utilizado fácilmente por ese niño y que esté adaptado a sus dificultades.

Por ejemplo, el uso de gestos, que es un sistema de comunicación, que también se le enseña a personas que, por diferentes causas, tienen afectada el habla, no es el mejor sistema de comunicación, para un niño con autismo. Para aprender a usar gestos, se requiere la capacidad de mirar al otro, atender a lo que está haciendo e imitar, así como también se necesita de ciertas habilidades motrices, y en lo que se refiere a éstas áreas, atención, imitación y motricidad, éstos niños presentan grandes dificultades.

Cada sistema de comunicación se adapta a las fortalezas y debilidades de cada persona, es por eso que, generalmente, en niños con autismo, el sistema de comunicación alternativo aumentativo que se utiliza, para enseñarles a comunicarse, es el PECS, sistema al cual me referiré más adelante, analizando, cuáles son sus alcances y límites, en el abordaje de la comunicación, en niños con autismo.

La comunicación que se logre con un sistema alternativo de comunicación debe ser espontánea, es decir, se busca que el niño, mediante éste medio de comunicación, por sí mismo, pueda iniciar acciones comunicativas y no sólo se limite a responder a las acciones iniciadas por los demás.

Por último, cada sistema de comunicación, debe permitir que los actos de comunicación sean generalizables. Esto quiere decir, que el niño que los utilice, pueda producir emisiones comunicativas en diferentes contextos y con diferentes personas.⁸⁹

Se han diseñado diferentes Sistemas Alternativos de la Comunicación, en la presente tesina, he seleccionado, desarrollar uno de ellos, aquel que ha tenido muy buenos resultados, y ha

⁸⁹ Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.

sido diseñado especialmente, para niños con autismo, el PECS: Picture Exchange Communication System(Sistema de comunicación a través del intercambio de imágenes).

3.b. Sistema de Intercambio de Imágenes

- ¿Qué es el PECS ?

Lori Frost y Andrew Bondy, del programa de autismo de Delaware, desarrollaron, en 1994, el Sistema de Intercambio de Imágenes.

Este sistema, fue diseñado, para ayudar a personas con autismo y otros trastornos del desarrollo a adquirir rápidamente y eficazmente, destrezas de comunicación funcional.

El sistema fue probado, en 1994, por sus creadores, en 85 niños de Delaware, que no poseían lenguaje, con una edad, menor de 5 años. Los resultados, que obtuvieron, en su momento, de la aplicación del Picture Exchange Communication System, fueron los siguientes:

“De los 66 niños que usaron el PECS, por más de un año, 44, adquirieron un lenguaje independiente y 14 más, lo usan ayudados por sistemas de imágenes. Siete de esos niños ya no son educacionalmente identificados como autistas y más de 30 han sido colocados en aulas de clase para niños con discapacidades leves.”⁹⁰

El PECS, es un sistema que tiene la ventaja de ser adquirido, la mayoría de las veces, muy rápidamente. Muchos niños, aprenden el intercambio fundamental, en el primer día de enseñanza del mismo.

Otro aspecto, muy importante, del PECS, es que los niños son los iniciadores, es decir, son ellos quienes inician la interacción, incrementando así, su intención comunicativa.

⁹⁰ Coleman, Cautherine, *Sistema de comunicación por intercambio de imágenes* (1999), [en línea]<www.angel-man.com/premisas-basicas-de-sistema-PECS.htm>[fecha de consulta: 24/01/07]

Antes de comenzar a trabajar con este sistema de comunicación, es esencial, tal como se profundizó, en el capítulo anterior, generar en el niño, los comportamientos que son necesarios para comunicar: comprensión de la relación causa-efecto, deseo de comunicar, alguien con quien comunicar, algo que comunicar y por último, se selecciona, el medio más adecuado, para que ese niño, se comunique. Es decir, sólo una vez que el niño manifiesta, comprender, el sentido de la comunicación, es cuando se puede recién pensar en complejizar el medio de comunicación.

Para poder implementar el PECS en el niño, primero se deben crear espacios donde se pueda observar al niño, explorar aquello que le resulta altamente motivante, y así, conocer, qué cosas le atraen. Estos objetos pueden ser alimentos, bebidas, juguetes, libros, o cualquier cosa que el niño consistentemente busque y desee tener.

Una vez que el adulto, terapeuta o padres, sepan, cuál es aquel juguete, juego, comida, bebida, de alto interés para el niño, se realiza una imagen de ese objeto. Ésta, puede ser una fotografía en color o un dibujo lineal en blanco y negro, que dependerá, del nivel de abstracción de cada niño. Por ejemplo el tren de la costa en el caso de Gonzalo y los planetas en el caso de Martín.

Después de estar algún tiempo usando varias imágenes de a una, y el niño logre discriminar visualmente cada una de ellas, el terapeuta puede poner dos imágenes en un tablero, después tres, cuatro, y así se va ampliando su repertorio para pedir: juguetes, comidas, bebidas, acciones, entre otras.

Los niños, ya en la primera fase de este sistema, aprenden, algunas habilidades sumamente importantes, para el desarrollo de actos comunicativos.







Cuando el niño desea algo, buscará su comunicador, tomará una imagen, e irá a un adulto, para pedirle algo. El niño se está dirigiendo a una persona para pedir lo que desea. Podríamos decir entonces, que está comprendiendo y registrando, que hay un otro, a quien puede pedir, aquello que necesita. Comienza a desarrollarse cierta intención comunicativa.

El siguiente y último paso, en la enseñanza de este sistema, es enseñar al niño a crear enunciados simples, tales como “Yo quiero planeta” usando las imágenes que el niño ya ha incorporado. Se diseña un porta-frase, que es una tira, creada con un material resistente, en donde el niño debe crear la frase “Yo quiero....” y entregársela a su interlocutor.

El PECS continúa expandiendo el número de imágenes por enunciado y el número de conceptos sobre los que el niño puede comunicarse.

“Los niños que emplean entre 50 y 100 imágenes, frecuentemente empiezan a hablar mientras manejan las imágenes. Algunos niños empiezan a hablar mucho antes, mientras que otros niños deben continuar confiando en las imágenes.”⁹¹

Las ventajas que tiene este sistema alternativo aumentativo de comunicación, que hacen que sea tan efectivo, en el desarrollo de habilidades comunicativas en los niños con autismo, son las siguientes:

-  El intercambio generado en el niño, es claramente intencional y rápidamente entendido.
-  El niño inicia la interacción, favoreciendo su iniciativa.
-  La comunicación es significativa y altamente motivadora.
-  Proporciona al niño un medio de comunicación dentro de un contexto social.
-  No requiere de imitación motora y orientación visual, como en el caso del lenguaje por señas.
-  No requiere materiales complejos, costosos, ni entrenamiento altamente técnico

⁹¹ Hogan, Kerry, *Pensamiento no verbal, comunicación, imitación y habilidades de juego desde una perspectiva de desarrollo* (1997), [en línea]<www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?n=visual>[fecha de consulta: 25/02/07]



Es fácil de aprender a usar por terapeutas, personal y padres.



Puede ser utilizado por el niño en todos los contextos y situaciones.

La comunicación visual, es más significativa para los niños con autismo, dadas sus dificultades para procesar la información auditiva, comprenden mejor las claves de tipo visual.

“Usando este sistema, el niño logra ver la comunicación en acción y sobre todo qué es lo que está comunicando y el efecto que produce su comunicación en sí mismo y en el otro.”

El niño que ha adquirido un sistema alternativo de la comunicación, toma conciencia de que se puede hacer entender mejor a través de la comunicación que a través de una conducta disruptiva. El peso y la motivación que genera una obsesión como la de ir al tren de la costa es una motivación tan grande que provoca a que Gonzalo busque afanosamente comunicarse.

“Se denomina obsesiones a las imágenes, pensamientos, impulsos recurrentes y persistentes; experimentados como inapropiados y generadores de ansiedad. La obsesión siempre eleva la ansiedad y discomfort del paciente a diferencia de la compulsión que la baja parcial y engañosamente.”⁹²

La obsesión es la imagen del tren de la costa, la compulsión es la necesidad de ir (a veces quizás intentando escaparse de la casa). Estar en su estación, sentir las vibraciones de él, oler el patio de comidas, escuchar el ruido que este hace etc. El objetivo es utilizar la obsesión como imagen y aumentar el periodo entre la obsesión y la compulsión. Que dicho periodo cumpla el objetivo de motivarlo previo al acto compulsivo de tener que ir hacia la estación.

“Se denomina compulsión a toda actividad mental o motora, de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión, destinada a contrarrestar la ansiedad.”⁹³

⁹² Herbert J. Chappa, Tratamiento integrativo del Trastorno obsesivo Compulsivo, Ed. AKAIDA, Buenos Aires, 2011, cap 20, pag. 266.

⁹³ Herbert J. Chappa, Tratamiento integrativo del Trastorno obsesivo Compulsivo, Ed. AKAIDA, Buenos Aires, 2011, cap 20, pag. 266.

El que **objetivo principal** a través del presente trabajo de integración es el de buscar la forma de manera creativa de poder utilizar tan elevada motivación. Como catalizador de actividades adecuadas y socialmente aceptadas previas a llevar a cabo la compulsión. A diferencia del tratamiento en un niño con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en el cual se busca disminuir las compulsiones por lo incapacitantes e displacenteras que pueden tornarse para la persona que padece dicha patología. En los casos clínicos analizados quedo demostrado como la motivación de la obsesión fue muy importante en el proceso de enseñanza de un sistema alternativo aumentativo del lenguaje como lo es el PECS, en el cual en el caso de Gonzalo se uso la imagen del Tren de la costa para comenzar a implementar el intercambio de imágenes. “Mediante la entrega física de algo a alguien, el niño puede recordar que la comunicación implica a otras personas. La comunicación visual es a menudo un puente hacia otros tipos de comunicación simbólica más complicados, como las palabras.”⁹⁴

“Con el sistema correcto y el entrenamiento apropiado una imagen seguramente vale más que mil palabras”⁹⁵

Luego de aprender a observar a cada niño y lograr el reconocimiento de sus sentimientos y necesidades, es fundamental aprender a esperar que sea el niño quien tome la iniciativa para comunicar aquello que desea y escucharlo atentamente para comprenderlo mejor, darle seguridad, aliento y valor a su esfuerzo por comunicarse.

El objetivo esencial de este sistema es propiciar y estimular la comunicación de padres e hijos, partiendo de la iniciativa del niño, facilitándole el disfrute de los placeres y beneficios de la comunicación, creando oportunidades para mejorar su capacidad de comunicación.

“Sólo en la medida en que los interlocutores estemos abiertos a esas otras formas de comunicación distintas a la oral, que se desarrollan en personas con autismo, podremos

⁹⁴ Hogan, Kerry, ob.cit.

⁹⁵ Hogan, Kerry, ob.cit.

conocer un poco más sus deseos, sus pensamientos, sus creencias, en definitiva, ese mundo mental al que nos resulta tan difícil acceder.”⁹⁶

Capítulo 4

Estudio de casos

A continuación, presentaré, el estudio de dos casos clínicos, de niños con autismo, que fueron tratados de forma individual y domiciliaria con una metodología cognitiva conductual.

Realizaré un análisis de la historia clínica de cada niño, profundizando, dentro de las áreas afectadas, el área de las conductas inadecuadas, área que he seleccionado desarrollar en la presente tesina.

Los niños estudiados, cronológicamente, se encuentran en la etapa escolar del desarrollo. Sin embargo, al ser éste anormal y disarmónico, cada niño, evolutivamente, se encuentra en una etapa de maduración diferente en cada una de éstas áreas.

Ambos presentan alteraciones graves en las áreas de interacción social y comunicación, poseen lenguaje limitado y manifiestan conductas repetitivas, restringidas y

⁹⁶ Rivière, Ángel, ob.cit. pág. 559.

estereotipadas; cumpliendo así, los criterios diagnósticos que establece el DSM IV, para un trastorno generalizado del desarrollo en el espectro autista.

El tratamiento de estos niños, consiste, en terapias individuales, de línea cognitiva conductual, y talleres terapéuticos: de juego, arte, cocina, estimulación sensorial y autoalimentación, constituidos, cada uno de éstos, según el nivel de funcionamiento de cada niño.

En el mismo centro educativo terapéutico los niños reciben apoyo fonoaudiológico, kinesioterapia, musicoterapia y terapia ocupacional.

Se trabaja en forma interdisciplinaria, abordando todas las áreas del desarrollo que están afectadas en estos niños, con el objetivo de compensar y mejorar el desarrollo de las mismas, según las posibilidades individuales de cada niño, logrando así mejorar su calidad de vida y la de su familia.

El espectro del trastorno autista es muy amplio, si bien hay alteraciones comunes y esenciales para la realización del diagnóstico, cada alteración se manifiesta en cada niño de una manera particular, diferente a la de otro niño que recibe el mismo diagnóstico.

Análisis de casos

4.a. Caso 1.

El primer caso es un niño llamado “Martín”⁹⁷. Él tiene nueve años, es un niño con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los padres comenzaron a notar que algo andaba mal con su hijo ya a partir de los dos años. El parto fue por cesárea programada a causa de un de un mioma ístmico (tumor previo a este embarazo), el cual le había causado la pérdida de su primer hijo. Durante el embarazo de Martín se presentó un problema de necrosis mioma uterino. Durante la lactancia la madre dice que miraba tranquilo, succionaba bien, a veces se dormía, lloraba cuando tenía hambre y no se lo alimentaba previamente. Ante la llegada de la madre ella manifiesta que lo notaba alegre pero que demostraba indiferencia ante la llegada de los demás. Dicen los padres que lo que más les preocupaba era que él se golpeaba la cabeza contra el piso cuando se lo contradecía. A su

⁹⁷ Nombre ficticio modificado del original para preservar su identidad.

vez los sorprendió su falta de sociabilidad, conductas repetitivas, rituales, falta de lenguaje expresivo y un juego diferente al de otros chicos o la falta de juego.

Su forma de pedir lo que desea es señalando, a veces de forma verbal o lleva la mano del otro al objeto que desea.

Su reacción frente a otros niños es la de huir o pegarles. Reacciona de forma poco sensible frente al dolor. Sorprende, en ocasiones, su falta de reacción frente a golpes en los cuales otros niños probablemente llorarían o mínimo se asustarían y buscarían el refugio en los brazos de su madre. Al golpearse Martín no cambia ni su expresión facial. Parece enojarse con el objeto que generó su tropiezo o golpe pero no realiza ninguna expresión facial ni verbal de dolor.

Sabe correr, salta con dos pies y sube escaleras, como destrezas físicas. Como destrezas de motricidad fina posee la habilidad de comer con tenedor, desenroscar tapas, sube y baja cierres y sabe amasar.

Al planificar el tratamiento de Martín durante mi año de observación se establecieron los siguientes objetivos generales:

- ✓ Lograr mayor autonomía en la realización de actividades
- ✓ Que pueda jugar o hacer actividades solo
- ✓ Incrementar la expresividad gestual
- ✓ Incrementar la atención auditiva
- ✓ Desarrollar habilidades sociales
- ✓ Hacer actividades pudiendo inhibir estímulos irrelevantes
- ✓ Reducir conductas inadecuadas (extinción)
- ✓ Reducir preguntas repetitivas (extinción, pautar un momento para hacer preguntas, usar una clave visual en el cronograma para especificar en que momento las puede realizar)

Los últimos objetivos que planteo su terapeuta son en los cuales centrare mi atención. En la posibilidad de inhibir estímulos irrelevantes, reducir conductas inadecuadas y reducir preguntas repetitivas. Vale aclarar que como método al proponer la **extinción** de determinadas conductas lo que está proponiendo es que frente a ellas no se debe reforzar comportamiento que ha sido reforzado anteriormente. Para dar un ejemplo real: Si para Martín tironear de las cortinas (acto sin consecuencias de riesgo) y esta acción fue usada para ganar la atención de papá, entonces el padre no debería prestarle atención la próxima vez que tiree de la cortina. En vez de hacer eso no se le prestara atención a la actividad. Lo que se desencadeno luego de extinguir dicha conducta (tironear de las cortinas) fue una

explosión de extinción. Es el periodo de tiempo que un comportamiento en extinción en realidad aumenta antes de comenzar a decrecer (Schramm, 2007). Al continuar extinguiendo la conducta inadecuada (el padre dejó de prestarle atención a su tironeo de cortinas) la conducta desistió. Esto se debe a que Martín dejó de conseguir su objetivo y desistió de buscar la atención a través de ese método. Lo que se logró mediante este ejercicio de la conducta inadecuada fue que Martín intentó llamar la atención del padre mediante una conducta adecuada, se acercó a él y lo miró, luego pidió con un gesto lo que quería del padre.

Sus primeras conductas compulsivas que no lograba evitar que Martín realice era tocar las cortinas, alfombras, cesto de basura y escupir los vidrios. Utiliza de forma repetitiva agujeros, tornillos, mangueras, pelotas, sogas y distintas texturas como las de las alfombras, paredes y pisos. En su historia clínica la madre manifestó que dentro de las conductas que le preocupaban estaban las siguientes: Le gusta mirar por la ventana durante largos periodos de tiempo haciendo difícil interrumpirlo para ir a comer o a realizar otras actividades más importantes. Pareciera asustarse de los otros chicos, a veces les pega. Martín es un niño con conductas de aislamiento, falta de integración social, dificultad en la comunicación, falta de interés por lo externo, movimientos repetitivos, intereses parciales, sin conciencia del propio cuerpo, tampoco del espacio o del tiempo. Tienen problemas en el procesamiento de la información y intereses por estímulos intensos (tirar petardos), luces (canitas voladoras), sonidos y movimientos. Su fijación por estos estímulos tan fuertes generan en él una gran motivación. Aumenta la motivación en una actividad que genere poco interés en él el hecho de saber que luego de realizar bien la actividad que se le exige el conseguirá que su terapeuta lo premie con un fuego de artificio. Al no ser un refuerzo sencillo de otorgar (no es muy seguro ni práctico estar interrumpiendo la terapia para encender un petardo) se buscan otros refuerzos que lo motiven. Las actividades de Martín eran las siguientes al momento de la última observación:

- Reforzar actividades académicas: Ayudarlo con sus dificultades en el colegio al cual está integrado (matemática, lengua y trabajos prácticos)
- Nociones temporales: hora, mes, ayer, pasado mañana, mediodía, tarde, noche.
- Atención auditiva: Decirle, leerle frases, fragmentos o cuentos cortos y hacerle preguntas relacionadas. Contarle una historia y que la represente con muñecos.

- Mensajes: Darle un mensaje al oído, que lo retenga y luego comunique a otro interlocutor.
- Representar frases: Implica un aumento de complejidad del programa mensajes. Busca como objetivo la representación corporal de un mensaje verbal.
- Expresión motora: Usando laminas de habilidades sociales y ejecutarlo como un juego de fichas.
- Clasificación/ multi-clases: como programar en mantenimiento. Buscar criterios de interés en él.
- Emociones: Trabajar la expresividad facial y corporal. Emociones más complejas: sorpresa, aburrimiento, cansancio. Trabajar frente al espejo y en actividad de roll playing. Trabajar con fichas de “en la mente” (así laman a ciertas figuras impresas de ejercicios de teoría de la mente) haciendo representaciones, que pueda leer nuestra expresión facial. Llevar ejemplos de las fichas a situaciones concretas.⁹⁸
- Organización viso-espacial: actividad de fichas, copiar patrones siguiendo la misma modalidad de la actividad anterior. Usar juegos de mesa (mi campo, memotest, rompecabezas).
- Dinero: reconocimiento de los billetes y las monedas.
- Juego: Reglado: toma de turnos. Que busquen la interacción como por ejemplo veoveo.
- Habilidades sociales: Saludo: que pueda saludar adecuadamente (“Hola, como estas?”) y esperar a preguntar con preguntas repetitivas sobre los temas que lo obsesionan. Salidas sociales: Que aprenda a saludar, contacto visual, manejo del dinero, hablar en un tono claro y fuerte (Martín tiene un tono de voz muy bajo), que pueda contar lo que hizo luego de la salida.
- Armado de cuentos: En base a láminas que pueda inventar un cuento, primero que sea corto, usar temas de su interés (los planetas, autos, fuegos artificiales).
- Actividad independiente: Bandejas y carpetas. Pautar otras actividades para que haga solo: copiar una oración, leer y dibujar. Explorar algún juego. Manual para dibujar y manual para hacer construcciones con masa.
- Actividad funcional: Prepararse algo para tomar o comer con el objetivos que lo haga solo. Prepararse para salir: que se ponga las zapatillas y busque su campera, anticipárselo para que lo haga solo.

⁹⁸ Baron, Cohen, S, Bolton, P, *Autism: The facts*, Oxford University press. [Ed. Cast. *Autismo. Una guía para padres*, Madrid, Alianza, 1998]

El trabajo en Martín se focalizó en gran parte en el área de lenguaje. Ha estado centrado en aumentar su intencionalidad comunicativa y en desarrollar el lenguaje en todos sus aspectos principalmente en lo referente al uso del lenguaje.

Se ha trabajado en la percepción y discriminación de estímulos visuales y auditivos. Logra emparejar objetos e imágenes iguales. Clasifica objetos de acuerdo con una cualidad dada (tamaño, color, forma).

Asocia sonidos y ruidos producidos por el propio cuerpo y sonidos de la naturaleza y los asocia a una imagen. Luego de escuchar el sonido en el equipo de música (por ejemplo el sonido de un tren andando o el de una tormenta de lluvia) lo asocia a la figura impresa.

Tiene una buena memoria auditiva. Interpreta gestos funcionales (sí, no, ven, par, adiós).

En el área verbal expresiva nombra y define objetos, personas y acciones ante las preguntas ¿Quién es?, ¿Qué tiene?, ¿qué hace?, ¿para qué sirve? Ha aumentado su vocabulario relacionado con el cuerpo, frutas y verduras, prendas de vestir, animales, medios de transporte, alimentos, prendas de vestir y utensilios de la casa y del colegio.

Le gusta jugar con sus ositos, a pesar de que a su avanzada edad, siete años, esto no sea muy normal. Aun así Martín logró encontrar gracias a su tratamiento distintas herramientas que lo ayudan a poder interactuar mejor con su mundo exterior y tener mayor capacidad de empatía con el círculo social que lo rodea. Se pasa largos periodos jugando con su hermano Adolfo⁹⁹, “Dolfo” como a él le gusta llamarlo. El progreso de Martín ha sido positivo. Se podría destacar el aumento de la intencionalidad comunicativa que era uno de los aspectos prioritarios en esta etapa del tratamiento. Muestra una actitud más participativa y está mostrando gusto por explorar su entorno en el que se desenvuelve. En general reacciona más estímulos que al principio aunque hay que buscar siempre los que le son significativos cargados con su interés obsesivo por ciertas cosas.

Él presenta una obsesión por el sistema solar y sus planetas. Su ritual hacia ellos es girarlos, hacerlos rebotar y mientras ello sucede Martín se mece de atrás hacia adelante, manifestando el síntoma de *rocking* ya antes descrito. Por otro lado aplaude de forma estereotipada mientras estos mismos giran y rebotan por su cuarto como pelotas de football. Al sacudir las manos al lado del raballo de sus ojos parece quedar fascinado con el movimiento repetitivo. La motivación que dichas esferas de telgopor pintadas cada una de

⁹⁹ El nombre de los hermanos también ha sido modificado con el fin de evitar cualquier posibilidad de identificación.

las nueve en alusión a cada uno de los planetas del sistema solar, de los cuales sabe el nombre de cada uno, su alineación y distancia con respecto al sol me hace pensar que Martín tiene una mente brillante. Su capacidad de registrar datos me hacen dudar de la validez de las técnicas mediante las cuales se evaluó su coeficiente intelectual. Pero luego me doy cuenta que dicha fascinación por los planetas no encuentra un cauce hacia una conducta más funcional y adaptativa. Fue entonces cuando comencé a idear la posibilidad de utilizar dicha motivación para generar aun mas habilidades y herramientas que lo ayuden a él a ir teniendo una mayor adaptaron social. Mi intervención frente a dicha obsesión de Martín fue la utilizar, lo que los terapeutas cognitivos conductuales llaman señalamiento. El señalar es una habilidad fundamental en la vida del ser humano. Uno señala lo que quiere comer, señala objetos con el fin de que otra persona se interese por ello y así gire su cabeza para observarlos. Se utiliza el alto valor emocional que tienen los planetas que permite una vía de acceso a las funciones ejecutivas necesarias para utilizar sus intereses con fines de desarrollo conductual y cognitivo. Y en caso de la obsesión misma, a partir de allí para su funcionalización. En el momento en que los planetas pasan a tener una función intencional y prospectiva disminuye la estereotipia. Este interés ya no esta dado por la satisfacción propia de la ejecución misma sino que adquiere una función en relación a otros. Se logra funcionalizar la obsesión y en pos de ello se aumenta su sociabilización ya que al funcionalizarla sus conductas disruptivas disminuyen notablemente. Esto es un ejemplo, el cual desarrollare a lo largo de la discusión con el fin de aclarar como a través de su obsesión por los planetas se ha ampliado su campo de intereses.

4. b. Caso 2

Gonzalo es un niño de diez años, la madre empezó a tener dificultades con el desde el embarazo. Como ya le había sucedido en anteriores embarazos, la madre de Gonza debió tomar medicación y realizar una dieta para retener al bebe dentro de la panza para evitar un embarazo prematuro y problemas respiratorios. Durante el parto la madre estuvo internada quince días hasta el momento de realizar finalmente una cesarea de emergencia. En dicho periodo hubo sufrimiento fetal. La madre comenta que durante el embarazo en bebe se

movía muy poco dentro de la panza, lo que dificultaba el estudio de monitoreo. Como observación personal al preguntarle a la madre por algún otro problema a la hora del nacimiento, ella refiere un color “muy amarillento, como si tuviera problemas de hígado, alrededor de su nariz”.

La madre habla de él como un bebe tranquilo que lloraba muy bajito “no tenía el típico llanto desafeado del bebe que tiene hambre”. Dormía poco y de a cortos periodos, se levantaba cada dos o tres horas para comer. Fue alimentado por lactancia materna hasta el mes de vida, aunque la madre recuerda que él nunca se saciaba. Luego de tomar la leche materna para satisfacer su demanda culminaba su alimentación a trabes de leche materializada.

Comenzó a balbucear recién a partir de los tres años. Decía algunas palabras modificadas para simplificarlas. Por ejemplo para que sea mas fácil para pronunciar decía “tincha” por “pincha”, “popa” por “pelota”, “puepa” por “puerta”. Entendía bien lo que le decían pero le costaba pedir las cosas. En vez de señalar o pedir lo que quería llevaba la mano de la madre hacia el objeto que deseaba.

Su madre realiza un comentario respecto a él diciendo “Era un bebe divino, no había cosas que llamaran demasiado su atención, solo por una cosa: yo creía que él estaba enojado conmigo por eso de que me miraba y esquivaba la vista (daba vuelta la cara). Hasta ese momento a nadie le llamo la atención nada, solo a mí y en los aspectos mencionados. Era serio, tranquilo, pero no aparentaba ser anormal. Solo distinto a sus hermanos. Parecía medio torpe al caminar, como medio flojito que se estaba por caer en cualquier momento”. Hoy en día Gonzalo en es un niño saludable, alegre, activo, en buen estado físico. La primera impresión que da es la de un niño un poco ansioso que camina a los saltitos y en puntas de pie. Llama la atención su forma de hablar muy acelerada, acortando las palabras salteando las vocales.

Sus intereses, al igual que refería su madre a cuando era bebe, siguen siendo muy acotados. Gonzalo tiene un interés muy rígido por los trenes y por las picaduras de mosquitos, abejas o cualquier insecto que pinché.

Al planificar el tratamiento de Gonzalo durante mi año de observación se establecieron los siguientes objetivos generales:

- ✓ Controlar sus auto estimulaciones
- ✓ Aumentar su atención y la velocidad de respuesta

- ✓ Establecer una estabilidad conductual para seguir favoreciendo el aprendizaje
- ✓ Que disminuyan sus conductas inapropiadas y puedan ser reemplazadas por conductas comunicativas u otras adaptativas.
- ✓ Trabajar su hipersensibilidad sensorial a sonidos (tensión causada por cortadora de césped, moto, etc.). Que pueda comunicar cuando un ruido le molesta de manera apropiada.
- ✓ Que disminuya su desagrado al cambio en la rutina normal.
- ✓ Que aumente su tiempo de espera para obtener artículos de limpieza que son fascinantes para él.
- ✓ Proveerle de mayores herramientas comunicativas para que logre usarlas de manera sistemática.

Las actividades de Martin eran las siguientes al momento de la última observación:

- Utilizar HISTORIAS SOCIALES para trabajar habilidades. Lo mismo que los guiones sociales y los diagramas de flujo.
- Calendario: Utilizarlo para ubicar los eventos mas relevantes de la semana. Trabajar: ayer, hoy y mañana, estado del tiempo, la fecha y el relato de eventos
- Cronograma: Poner todas las actividades que va a realizar, siempre en primera persona.
- Sistema de trabajo: Tener un listado de todas las actividades que tiene que hacer y de las actividades que el puede elegir entre los programas (estas tienen que ser motivantes para el). El debe describir lo que va a hacer
- Utiliza un sistema de panel de elección: Armar un sistema de panel de elección (Los pictogramas tienen que ser motivantes, el debe elegir que actividad quiere realizar y debe haber una variedad importante de actividades). En el deben estar las actividades, juegos, elementos que desea usar en su tiempo de descanso o como premio. El debe saber y explicarnos porque se le da a elegir. ES IMPORTANTES SUPER CONSISTENTES!!! Si vemos que elige siempre el mismo sacárselo en algunas oportunidades para que pueda elegir entre otros y tener así, darle mas oportunidades de elección.

Los momentos en los cuales vamos a utilizar el panel de elección son:

- Después del trabajo académico
- Pedir bien las cosas
- Estar en silencio cuando trabajas
- Después de la comida
- En los momentos de descanso

Debemos:

- ✓ Utilizar los dibujos y la escritura para facilitar la comprensión.
- ✓ Alternar bien los distintos programas
- ✓ Mantenerlo motivado
- ✓ Cuando le esta costando mucho evocar ayudarlo mucho con claves visuales

a) Área de Lenguaje

- Escuchar un párrafo: Utilizar todo el vocabulario aprendido: sujeto, acciones, objetos, funciones, atributos, porque, que haces cuando, hablar de algo, etc. variar la forma de hacerlo. Leerle párrafos de revistas, cuentos, etc.
- Leer un párrafo: Similar al anterior, en este caso deberá leer varios párrafos.
- Ordenes a distancia: Que pueda responder a todas las personas que trabajan con el en diferentes ámbitos y lugares. Hacerlo en todos los momentos de trabajo y situaciones. Utilizar el “Vení” constantemente. Reforzarlo mucho ante cada respuesta correcta.
- Ejecución de secuencias: Armara una secuencia grafica, relatarla y después ejecutarla.
- Objetos por función: pedirle el objeto por su función. “Dame lo que sirve para...”
- Afirmación /Afirmación: que pueda adquirir habilidades de comunicación
- Atributos: utilizar la mayor cantidad de ejemplos posibles. Primero con Dame, Toca, ... Cuando adquiriera los 6 primeros comenzar con ¿Cómo es?
- Relatos de hechos: Que pueda contar lo que le paso en la escuela o lo que hizo el fin de semana.

b) Contenidos académicos

- Números: la idea es que Agus retome lo trabajado en años anteriores comenzado desde una base de números sencillos de u y dos cifras. En la medida que los adquiriera ir complejizando la actividad. Trabajarlos en forma expresiva y receptiva.
- Letras: idem a números. Trabajar con palabras y frases escritura, lectura, dictado, armar palabras, etc.
- Aparear por asociación: El objetivo es que pueda aparear en forma receptiva y expresiva. Objetos, comidas, lugares, ropa, transporte.
- Leer una oración y dibujar: El objetivo Aumentar la cantidad de oraciones

- Leer un párrafo y hacer discriminación de preguntas escritas: El objetivo es que luego de leer un párrafo él pueda contestar las preguntas que se refieren a él.
- Seguir ordenes escritas: En este apartado se le escriben tres órdenes que debe cumplir. Por ejemplo levantarse de la mesa, llevar los platos a la cocina y lavarlos.

V- Autovalimiento:

- Almuerzo: Que utilice un sistema de trabajo, para poner la mesa para él y su hermano.
- Atarse los cordones: Que lo ejercite de forma simulada en cartulina y en sus propias zapatillas la forma de atarse los cordones.

VI- Juego:

- Juego de roles: Armar un libreto, disfrazarse y actuar un rol adecuado a su disfraz. Xej.: Si se disfraza de superhéroe que realice la mímica de tener súper poderes.
- Juego por turnos: El objetivo es que pueda tolerar los tiempos de espera y que pueda compartir una actividad lúdica junto a su hermano.

Gonzalo vive cerca del El Tren de la Costa ¹⁰⁰ y está obsesionado con verlo, viajar en él junto a su padre, verlo pasar mientras esta andando a gran velocidad, sus galerías, su paseo gastronómico (el aroma que hay en él), el ruido fuerte que genera el tren al frenar en la estación, su fijación en el color verde con el cual está decorado el tren y una lista interminable de detalles que hacen del tren de la costa algo irresistible para Gonchi. Para Gonzalo no hay nada mejor que viajar en tren o jugar con trencitos de juguete. Sus conversaciones, las que surgen desde su intencionalidad comunicativa, suelen girar en torno a su obsesión por los trenes. Basados dicha obsesión se decidió centrar en ella gran parte del tratamiento. Se utilizó un método de control de conducta a traves de economía de fichas. El programa de económica de fichas funciona recompensando las conductas adecuadas. Se realiza un tablero mostrando lo que “*yo puedo hacer*” y en contraposición se

¹⁰⁰ El **Tren de la Costa**, ubicado en la provincia argentina de Buenos Aires, es un tren turístico inaugurado en 1995 que recorre 15,5 km atravesando elegantes barrios residenciales en forma paralela al Río de la Plata, entre las estaciones Maipú, ubicada en la localidad de Olivos y Delta, en Tigre. En su trayecto de 11 estaciones, pasa por los partidos de Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre.

refleja lo que “*yo no puedo hacer*”. Por ejemplo se le dice, yo puedo: ir a descansar, escuchar música, ir a jugar al jardín, patear la pelota, ordenar el cuarto, guardar las cosas. Por otro lado se muestran las claves visuales que muestran él yo no puedo: patear por debajo de la mesa, pellizcar, empujar, pegar, escupir, tocar la luz, gritar, etc. El ejercicio de controlar la conducta a traves de un tablero de economía de fichas es regalando una carita feliz por cada conducta adecuada (*yo puedo*) que haya realizado. Se establecen un sistema de premios, pero no se descalifica o sustrae una carita feliz por una conducta inadecuada. Al sumar cierta cantidad de caritas felices obtiene un premio. En el caso de Gonzalo se realizo un sistema de refuerzos primarios durante la terapia, a las cinco caritas felices se le permitía jugar con el trencito de juguete. Si llegaba a tener buena conducta a lo largo del día sumaba una carita feliz grande. Si tenía cinco caritas felices grandes al finalizar la semana el padre lo llevaba al tren de la costa de viaje y a comer hamburguesas de su cadena de comidas rápidas preferida. Si obtenía cuatro caritas felices grandes el padre los llevaba pero comían a la vuelta en su casa, si tenía tres los llevaba a la estación pero no viajaba en tren, si tenía solo dos miraba al tren de lejos, solo una podía jugar con los trenes de juguete y con ninguna se quedaba en su casa. El objetivo primordial con este ejercicio era el de resaltar sus conductas adecuadas por eso se fomentaba y se alimentaba su obsesión por los trenes. La carga emocional de su obsesión por los trenes era tan elevada que Gonzalo hacia todo tipo de esfuerzo con tal de que el padre lo llevara a pasear en tren. Fue impresionante ver como al poco tiempo de implementar este sistema de economía de fichas la conducta de Gonza mejoro sorprendentemente. Dejo de golpear a los terapeutas, él solía patear de forma muy agresiva por debajo de la mesa cuando no obtenía lo que quería o un ejercicio lo frustraba y dejo de hacerlo. Aprendió a tener paciencia y poder realizar la actividad adecuada del momento y postergar su descarga violenta si no conseguía convencer a sus padres de ir todo el tiempo al tren de la costa. En lugar de querer suprimir su obsesión por el tren nos basamos en ella para generar la motivación en el tratamiento.

Por otro lado nos basamos en su otra obsesión, las abejas y sus picaduras. Gonzalo sabía nombrar las emociones pero no las podía asociar a la cara de las personas. Se le mostraba la foto de una niña sonriendo y él no podía asociarla a la emoción de estar contento. Mezclaba sus respuestas, decía contento frente a una foto de un niño llorando. Al observar esta particularidad en Gonzalo se me ocurrió presentar las emociones en caricaturas de abejas.

Se realizan ejercicios de teoría de la mente en los cuales el objetivo era que Gonza pueda empatizar con lo que le estaba ocurriendo a la abeja para que ella tenga la emoción que le mostrábamos. Por ejemplo: “La abeja festejo su cumpleaños y entre todos sus amigos soplaron las velitas” “¿Como está la abeja?” en ese momento Gonza tenía que elegir entre la caricatura de la abeja reflejando distintas emociones. En el caso de este ejemplo debía elegir a la abejita sonriente. El cambio en su efectividad para reconocer las emociones fue impresionante. Las planillas de porcentajes de efectividad mejoraron notablemente y al poco tiempo de reconocerlas en las caricaturas fuimos buscando que esa efectividad se traslade a las emociones en personas. El traspaso de la caricatura al rostro humano fue bastante difícil pero aun así luego de ejercitarlo a traves de su obsesión por las abejas, su nivel de aciertos en rostros humanos aumento considerablemente.

Discusión

En este apartado se retomaran las incógnitas planteadas anteriormente y se intentara darles una respuesta basada en el análisis de ambos casos clínicos.

- 1) ¿Cómo se desarrollan los rituales en el trastorno autista?
- 2) ¿Existe una relación entre sus rituales y estereotipias y su dificultad para comunicarse?
- 3) ¿Cómo inciden dichos rituales en el tratamiento?
- 4) ¿Cuáles son las diferencias con las obsesiones presentes en un trastorno obsesivo compulsivo?

Gran parte de dichos interrogantes se han aclarado a lo largo del trabajo de integración. El objetivo de la discusión será el de aclarar cómo han surgido dichas obsesiones, cual es su motivación y en base a dicha motivación como encausar la obsesión hacia una actividad más adecuada y adaptativa.

La obsesión por los planetas impulsa una compulsión (patear al terapeuta para conseguir las esferas de los planetas). La compulsión fue provocada por el aumento distress por no poder ejecutar la conducta deseada (jugar con los planetas), ello genera una conducta disruptiva (desafiar al terapeuta o provocarlo para conseguir lo deseado). Por ejemplo en el caso de Martín, al no poder jugar con los planetas se presenta la conducta disruptiva de escupir, patear o gritarle al terapeuta. La conducta disruptiva se genera cuando surge la idea obsesiva y se busca generar cualquier esquema cognitivo que compita motivacionalmente con la obsesión para que no se genere la conducta desagradable, en este caso sería pretender que Martín realice una actividad academia, la cual competiría motivacionalmente con su afán de llevar a cabo su obsesión, desencadenando el *rocking* u otro ritual. O se genera una META incompatible temporalmente con la conducta compulsiva de tocar los planetas.

El objetivo es establecer un factor motivacional agregado dado por la recompensa (refuerzo diferencial), presentar en su cronograma de trabajo a través de PECS la posibilidad de jugar con los planetas siempre y cuando se hayan realizado previamente los ejercicios académicos. Por ejemplo primero vamos a aparear las letras, luego vamos a trabajar con imitación no verbal, luego trabajar con las distintas categorías (son programas de actividad académica habitualmente trabajados durante la terapia cognitiva conductual) y luego si realizaste bien los trabajos vas a jugar con los planetas. Se trabaja con estímulos opuestos a incompatibles que permiten neutralizar la ansiedad transitoriamente. Tiene que haber un tiempo preestablecido para estas intervenciones ya que la anticipación de ejecución posterior de la conducta compulsiva va a actuar como refuerzo.

Mi fundamentación para establecer la posibilidad posterior a la conducta compulsiva como refuerzo positivo para luego poder ejecutarla está basada en el principio de Premack (escritor de la teoría de la mente en monos). El principio de Premack indica que una conducta de alta probabilidad puede reforzar una conducta de baja probabilidad. Para que esto ocurra, la conducta de alta probabilidad debe ocurrir inmediatamente después de la conducta de baja probabilidad.

El ejemplo clásico del principio de Premack es la norma de permitir a los niños ver la televisión o jugar solamente cuando han terminado sus tareas escolares. Como ver la televisión y jugar son conductas de alta probabilidad, pueden servir para reforzar el hacer las tareas, que es una conducta de baja probabilidad. Se trata de un principio de reforzamiento formulado originalmente por Premack en el año 1965. El enunciado literal nos dice: *“Dadas dos respuestas en un procedimiento de condicionamiento operante, la respuesta más probable reforzará a la conducta menos probable; la respuesta menos probable no reforzará a la conducta más probable.”*¹⁰¹

Aunque no se sabe con certeza por qué funciona el principio de Premack, su utilidad se ha comprobado tanto en el laboratorio como en aplicaciones prácticas. Su uso más común es para incrementar (reforzar) aquellas conductas deseables de baja ocurrencia: incrementar el tiempo de trabajo en clase, potenciar el aprendizaje de una materia concreta o, también, reducir conductas disruptivas en clase cuando éstas no son de excesiva gravedad.

¹⁰¹ www.psicodiagnosis.es, Principio de Premack, 2011.

La gran ventaja de este principio es que amplía el número de reforzadores que se pueden usar en la práctica. Por supuesto, no todas las conductas de alta probabilidad sirven como reforzadores en cualquier circunstancia, pero es fácil identificar cuáles sirven porque los resultados se notan con rapidez. Un ejemplo puede ser que después de permanecer atento y efectuar una actividad de Lectura durante el tiempo establecido (conducta baja frecuencia), a continuación puede dedicar un tiempo a trabajar con recortables (conducta de alta frecuencia o reforzador de actividad).

- ¿Si el niño con autismo tiene pocos intereses porque vamos a intentar reducirlos o inclusive extinguir sus rituales obsesivos?

El niño con trastorno del espectro autista (TEA) suele mostrar un interés, a veces desmesurado por determinados objetos o actividades. De esta forma su conducta adquiere un carácter obsesivo, o incluso ritualista.

El niño con TEA puede sentir un gran apego a determinado objeto, sin dotarle de ninguna otra función que la constituirse en algo que le pertenece. Los objetos son escogidos de acuerdo con ciertas cualidades físicas que pueden llegar a fascinar al autista. Puede ser una textura, un color, un movimiento, un olor. No es extraño que el autista, toque, palpe, huelga los objetos buscando y explorando cualidades alternativas a las funcionales. El contenido simbólico o funcional de un juguete es sustituido por características formales del mismo. A veces el autista puede sentirse cautivado por el movimiento de giro de una lavadora, por el brillo o colores de un cuadro, o por la sensación táctil de un tejido de seda. Si alguien intenta privarle de su experiencia, se enfada.

Otras veces ocurre que no acepta un cambio de rutina. No puede tolerar un cambio de recorrido en un camino que se hace a diario, por ejemplo el trayecto para ir al colegio. Es mal aceptado un cambio de lugar en un mueble, un nuevo profesor o estrenar una prenda de vestido. En ocasiones el problema surge cuando se intenta introducir una comida nueva o sabor no habitual. Parece como si el autista se sintiera seguro cuando existe un orden donde los acontecimientos son predecibles, lo inesperado o distinto aparece como amenazante. Esta obsesión por el orden conduce a conductas ritualistas, patrones comportamentales repetitivos, que se aproximan mucho a la conducta del trastorno obsesivo-compulsivo.

Las estereotipias se ubican dentro de un continuo conductual con las conductas obsesivas. En el caso de determinadas estereotipias simples, propias del niño con TEA, como el andar de puntas, es problemático decidir si se trata de una conducta obsesiva o una estereotipia. Otras veces las estereotipias tienen un componente rítmico, como puede ser el balanceo (*ROCKING*), dar golpes repetidos, girar reiteradamente sobre sí mismo, recorrer una y otra vez un mismo espacio, abrir y cerrar una puerta. Por supuesto no faltan las estereotipias manuales o manipulativas como el aleteo de manos, o coger los objetos mediante un patrón peculiar de movimiento. Una interpretación sobre la tendencia a restringir el espectro de actividades y intereses del autista, puede ser que debido a su dificultad para comunicarse y comprender las razones que guían las actividades de los demás, se refugie en actividades imitativas o descubiertas al azar que quedan incorporadas dentro de su repertorio, puesto que no tiene la capacidad para seleccionar otras más funcionales apropiadas al contexto y a la ocasión. Es por ello que creo que si bien ciertos rituales obsesivos pueden llevarlos a tener dificultades en su inserción social ir encontrar de ellos sería ir encontrar del mundo que generaron internamente y que para ellos tiene sentido. La carga afectiva que puede tener un objeto, el placer en ciertas descargas estereotípicas, su afán obsesivos por llevar a cabo los rituales son desde mi punto de vista herramientas fundamentales que pueden ayudar al terapeuta a aumentar aun mas su abanico de intereses. Respetar sus intereses para luego en base a ellos poder guiar su atención hacia otros intereses más funcionales de la vida cotidiana, es lo que principalmente planteo como objetivo o posible enseñanza de este presente trabajo final de integración.

Conclusión

Todos los niños necesitan y deben ser motivados a socializar. En el caso de los niños autistas, la comunicación e interacción, es un área de su desarrollo, que está gravemente afectada. La mayoría de los niños, presenta, diferentes alteraciones en su conducta, tanto por hiperactividad o hipoactividad. Frente a ésta problemática, no pueden desarrollar mecanismos compensatorios, como pueden ser los conductas adecuadas de sociabilización. Existe una multiplicidad de factores, que tienen que ver con las características propias del trastorno del espectro autista, que imposibilitan el desarrollo espontáneo de habilidades comunicativas que les permitan pedir por el cumplimiento de su deseo obsesivo por determinadas cosas sin llevar a cabo una conducta inadecuada. Se parte de la gran motivación que genera la obsesión para que a partir de ella se genere un camino adecuado y sociablemente aceptado para cumplirla.

La gran dificultad que poseen, para procesar la información proveniente del ambiente y generar, en consecuencia, respuestas adecuadas al estímulo percibido los desorienta. Para estos niños, la información que reciben del mundo externo, puede resultar muy abrumadora, y pueden reaccionar a ella, en forma desmedida. Una respuesta ante los estímulos excesivos puede ser protegerse de ellos, aislándose en su mundo autista o reaccionando de forma agresiva ante ellos.

Otro factor que influye notablemente en su dificultad para interactuar, es la incapacidad para atribuir a otros sentimientos, pensamientos diferentes a los propios, lo cual, trae como consecuencia, el no poder compartir con los demás experiencias ínter subjetivas. Estos

niños poseen una gran dificultad para ponerse en el lugar del otro y comprender sus emociones.

Su déficit en las funciones ejecutivas, también afecta el desarrollo de la comunicación y el lenguaje. La rigidez que manifiestan, les impide comprender el sentido no literal del lenguaje, les imposibilita tener la flexibilidad que es necesaria para la resolución de problemas, así como también, ocasiona síntomas tales como: distracción, impulsividad, rigidez y dificultad en las transiciones.

Todos estos factores, si bien están asociados a una etiología que, parecería tener, un componente orgánico neurobiológico muy importante, dependen, en gran medida, de la respuesta que le da el ambiente, a la problemática del niño.

Lo que intento decir, es que más allá que nos encontremos con un cuadro psicopatológico que tiene un sustrato biológico de base, el papel de sostenimiento del entorno del niño, es esencial para su evolución y pronóstico.

Nos encontramos con un niño que no puede comunicarse espontáneamente como lo hace naturalmente un niño de su misma edad. Frente a tal dificultad, desde una línea de tratamiento cognitiva conductual, se interviene, enseñándole a ése niño a comunicarse y poder anteponer a su impulsividad, la cual irrumpe en su conducta y no le permite focalizar en la interacción, para así poder relacionarse con los demás de una manera mas adecuada.

Anteponer un refuerzo diferencial a la gran motivación que genera una obsesión, le permite al niño comunicarse con las personas, le permite expresarse y ser comprendido por ese mundo que le resulta tan extraño.

Es esencial que las personas significativas de la vida del niño, sus padres o familiares, aprendan a respetar los intereses, a veces bizarros, repetitivos y poco adaptativos, del niño, para en base a ellos postergar su realización y poder realizar otras actividades mas adaptativas con el fin de finalmente cumplir con dichos intereses.

Los padres comienzan a reconocer, las necesidades de sus niños, y éstos se sienten comprendidos y comienzan a disfrutar de la interacción con su familia. Se podría inferir, a partir de la observación, que el niño iría internalizando, experiencias positivas, de su relación con las personas significativas de su vida, y crearía modelos internos de “estar con los otros” que favorecerán su apertura y vínculo con los demás.

Postergar la obsesión, es un gran paso, el niño comienza a comunicarse y experimentar los efectos placenteros de su comunicación con los demás. Logramos que el niño desee comunicarse en base a la gran motivación de poder cumplir con su ritual posteriormente. El niño comienza a desplegar, su mundo interno.

Mediante una técnica de línea cognitiva conductual, que trabaja específicamente sobre el desarrollo cognitivo y conductual de los niños, se abrieron círculos interactivos entre el niño y los demás, que permiten la expresión de un mundo interno que estaba totalmente resguardado, protegido del exterior.

Comprendiendo el mundo de estos niños, sus generalidades y particularidades, y promoviendo, a partir de éste conocimiento, el desarrollo de habilidades comunicativas, ofreciéndole a cada niño, la herramienta que necesita para comunicar su deseo imperioso de llevar a cabo cierta conducta, estamos mejorando la calidad de vida de ese niño y su familia. Lograr que los padres estén bien informados y capacitados, que sientan que entienden a sus hijos y que saben cómo canalizar su particular forma de aprender y desarrollarse, son parte fundamental del objetivo terapéutico con los niños con trastorno del espectro autista. Lo cual no es más que el objetivo principal de toda terapia, una mejor calidad de vida.

Bibliografía

- Ajurriaguerra, J; Marcelli, D., *Manual de Psiquiatría infantil*, Editorial Masson, España, 1984.
- American Psychiatric Association, *DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico del los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, España, 1996.
- Asociación Internacional de Autismo de Europa, *Descripción del autismo* (2000) , [en línea] <www.iirr.isciii.es/er/pdf/er_autism.pdf>[fecha de consulta: 14/06/07]
- Bleuler, E, *Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias*, Editorial Hormé, Buenos Aires, 1993.
- Bowlby (1988), *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1989.
- Brazelton, Berry T., *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*, Editorial Paidós, Barcelona, 1993.
- Bunge, E., Gomar M., Mandil J. (compiladores), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*, Ed. Polemos, Buenos Aires, 2010.
- Coleman, Catherine, *Sistema de comunicación por intercambio de imágenes* (1999), [en línea]<www.angel-man.com/premisas-basicas-de-sistema-PECS.htm>[fecha de consulta: 24/01/07]

- Chappa, Herbert j., Tratamiento integrativo del Trastorno obsesivo Compulsivo, Ed. AKAIDA, Buenos Aires, 2011
- Dr. Plebst, Cristian, *Definiendo el autismo como un trastorno del procesamiento e integración de la información a nivel cerebral*, Congreso Internacional de Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, Buenos Aires, 2006.
- Espoey, Pía, *Tratamiento Cognitivo Conductual en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*, Cuadernillo teórico de capacitación, Fundación Mensajes del Alma, Buenos Aires, 2006.
- Ey, Henry., *Tratado de Psiquiatría*, Editorial Masson S.A., Barcelona, 2000.
- Fejerman, Natalio; Fernández Álvarez, Emilio, *Fronteras entre neuropsiquiatría y psicología*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1994.
- Flores del Águila, Javier, *El niño que no habla o habla mal*, Revista. Per. Neurología, Volumen 1 N° 2, España, 1995
- Fonagy, Peter, *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*, en Revista de Psicoanálisis, Aperturas psicoanalíticas, n° 3, 1999.
- Frith, Uta, *Autismo, hacia una explicación del enigma*, Editorial Alianza, España, 1992.
- Frost, Lori ; Bondy, Andrew., *The Picture Exchange Communication System: Training Manual*, Contact: Pyramid Educational Consultants, Inc. 5 Westbury Drive, Cherry Hill, 1994.
- Grandin, Temple, *Atravesando las puertas del autismo*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2006.
- García Coto, Miguel Angel, *Bases clínicas para un programa cognitivo conductual*, en Rivière, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.
- García Coto, Miguel Angel, Material Bibliográfico Curso de Posgrado en Autismo, Fundación Favalaro, Buenos Aires, 2007.
-
- Hogan, Kerry, *Pensamiento no verbal, comunicación, imitación y habilidades de juego desde una perspectiva de desarrollo* (1997), [en línea]
<www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?n=visual>[fecha de consulta: 25/02/07)]

- Johnson, Mead, *Manual de Pediatría* , Material bibliográfico del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2006.
- Kanner, Leo, *Psiquiatría Infantil*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
- Lejarraga, Horacio, *El desarrollo del niño en contexto*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2004.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR, Ed. Elsevier Masson, España, 2002.
- Pi Navarro, V, *Reeducación en el espectro autista: Trastornos generales en el desarrollo en instituciones educativas*, Valencia, 2005.
- Riviere, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Editorial Trotta, España, 2001.
- Riviere, Ángel, *El tratamiento del autismo*, Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1997.
- Ruggeri, V, Valdez, D, *Autismo: Del diagnóstico al tratamiento*, Argentina, 2011.
- Schramm, Robert, *Motivación y Refuerzo ABA*, Ed. Pro ABA, EEUU, 2007.
- Stern, Daniel N., *El mundo interpersonal del infante*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992.
- Sullivan, Ruth, *Adultos con autismo*, Congreso Internacional de Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, Buenos Aires, Noviembre 2006.
- Tamarit Cuadrado, Javier, *Comunicación y autismo: claves para un logopeda aventurero*, Equipo CEPRI, España, 1990.
- Wing, Lorna, *El autismo en niños y adultos*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998.
- Winnicott, Donald, *Preocupación maternal primaria (1956)* en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Tercera parte, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1999.

Índice

Introducción	Pág. 1
 Capítulo 1. La problemática del Autismo	
1.a. Autismo infantil	Pág. 4
1.b. Evolución histórica y clasificación	Pág. 6
1.c. Etiopatogenia	Pág. 11
1.d. Prevalencia	Pág. 14
1.e. Clínica: sintomatología general	Pág. 15
1.f. Curso del Autismo	Pág. 22
1.g. Pronóstico del Autismo	Pág. 24
1.h. Tratamiento	Pág. 25
 Capítulo 2. Comunicación y Lenguaje del niño con autismo	
2.a. Comunicación y Lenguaje	Pág. 31

2.b. Intervenciones. Desarrollo de habilidades comunicativas..... Pág. 44

Capítulo 3. Sistema de Intercambio de Imágenes

3.a. Sistemas de Comunicación Aumentativa Alternativa Pág. 48

3.b. Picture Exchange Communication System (PECS) Pág. 51

Capítulo 4. Estudio de Casos

4.a. Caso 1 Pág. 58

4.b. Caso 2 Pág. 60

Capítulo 5. Discusión Pág. 65

Conclusión Pág. 72

Bibliografía Pág. 74