

Prólogo

Para poder iniciar el desarrollo de la siguiente investigación, se cree necesario poder situarse “dentro” de la mente autista, comprendiendo de manera interdisciplinaria el cuadro objeto de nuestra investigación. Para este prólogo, en consecuencia, nos ha parecido acertado incorporar la visión de Ángel Riviére, reconocido autor español, quien enuncia lo que nos pediría un autista si pudiera hacerlo.

1. Necesito un mundo estructurado y predecible, en que sea posible anticipar lo que va a suceder.

2. Utiliza señales claras. No emplees en exceso el lenguaje. Usa gestos evidentes, para que pueda entender.

3. Evita, sobre todo al principio, los ambientes bulliciosos, caóticos, excesivamente complejos e hiperestimulantes.

4. Dirígeme, no esperes a mis iniciativas para establecer interacciones. Procura que éstas sean claras, contingentes, comprensibles para mí.

5. No confíes demasiado en mi aspecto. Puedo ser deficiente sin parecerlo. Evalúa objetivamente mis verdaderas capacidades y actúa en consecuencia.

6. Es fundamental que me proporciones medios para comunicarme. Pueden ser movimientos, gestos, signos y no necesariamente palabras.

7. Para tratar de evaluarme o enseñarme, tienes que ser capaz primero de compartir el placer conmigo. Puedo jugar y compartir el placer con las personas. Ten en cuenta que se me exigen adaptaciones muy duras.

8. Muéstrame en todo lo posible el sentido de lo que me pides que haga.

9. Proporciona a mi conducta consecuencias contingentes y claras.

10. No respetes mi soledad. Procura atraerme con suavidad a las interacciones con las personas, y ayúdame a participar en ellas.

11. No me plantees siempre las mismas tareas, ni me obligues a hacer las mismas actividades. El autista soy yo. No tú.

12. Mis alteraciones de conducta no son contra ti. Ya tengo un problema de intenciones, no interpretes que tengo malas intenciones.

13. Para ayudarme, tienes que analizar cuidadosamente mis motivaciones espontáneas. En contra de lo que pueda parecer, me gustan las interacciones cuya lógica puedo percibir; aquellas que son estructuradas, contingentes, claras. Hay muchas otras cosas que me gustan. Estúdialas primero.

14. Lo que hago no es absurdo, aunque no sea necesariamente positivo. No hay desarrollos absurdos, sino profesionales poco competentes. Procura comprender la lógica, incluso de mis conductas más extrañas.

15. Enfoca la educación y el tratamiento en términos positivos. Por ejemplo, la mejor manera de extinguir las conductas disfuncionales (autoagresiones, rabietas, conductas destructivas, etc.) es sustituirlas por otras funcionales.

16. Ponme límites. No permitas que dedique días enteros a mis estereotipias, rituales, alteraciones de conducta. Los límites que negociamos me ayudan a saber que existes y que existo.

17. En general, no interpretes que no quiero, sino que no puedo.

18. Si quieres que aprenda, tienes que proporcionarme experiencias de aprendizaje sin errores, y no por ensayo y error. Para ello, es preciso que adaptes cuidadosamente los objetivos y procedimientos de enseñanza a mi nivel de desarrollo, y que me proporciones ayudas suficientes para hacer con éxito las tareas que me pides.

19. Pero evita las ayudas excesivas. Toda ayuda de más es contraproducente porque me hace depender de la ayuda más que de los estímulos relevantes y me hurta una posibilidad de aprender.

20. Por ahora, mi problema se mejora sobre todo con la educación. Procura evitar excesos farmacológicos o una administración crónica de neurolépticos. Consulta al médico con alguna frecuencia si recibo medicación.

21. No me compares constantemente con los niños normales. Mi desarrollo sigue caminos distintos y quizá más lentos, pero eso no quiere decir que no se produzca.

22. Ten en cuenta que dominar un signo, un sólo signo, puede cambiar mi vida por completo.

23. Utiliza frecuentemente códigos viso - espaciales para enseñarme o hacerme entender las cosas. Mi capacidad viso-espacial suele estar relativamente preservada. Por ejemplo, los pictogramas que muestran lo que se va a hacer y sirven como "agendas" pueden ser muy útiles.

24. Plantea actividades funcionales y que puedan tener algún sentido en mi trayectoria personal. Por ejemplo, hacer círculos con lápiz puede ser

menos funcional para mí (si no puedo llegar a escribir o dibujar figuras representativas) que hacer huevos fritos.

25. Ten en cuenta que antes de ser autista soy niño, adolescente o adulto. Por muy grave que sea mi trastorno del desarrollo, es mucho más lo que me une que lo que me separa de las otras personas.

Introducción

La comunicación, en su acepción más amplia, envuelve al ser humano desde el momento de su concepción y durante todo el periodo de gestación, contribuyendo a su madurez integral. Se pueden rastrear los inicios de la comunicación de un individuo en el momento de su gestación.

La comunicación prenatal sienta las bases para todo tipo de comunicación posterior: con uno mismo, con los demás, con el entorno. El proceso comunicativo que empieza con el vientre materno no terminará nunca, sino que, a lo largo de la vida, el sujeto se va adaptando a distintas formas de comunicación.

A medida que el individuo se desarrolla y crece pueden evidenciarse o no ciertas deficiencias. Existen sucesos que acompañan a la gestación que empañan la fluidez del habla, ocasionando trastornos del aparato fonoarticulatorio. Entre dichos sucesos podemos encontrar sordera, afasia y autismo. (Fantini, 2009)

El autismo nos ofrece la imagen de una perturbación del desarrollo del lenguaje. Sin embargo, el interés y la complejidad que presentan las alteraciones del lenguaje en autismo provienen del hecho de que no se derivan de un trastorno específico del lenguaje, sino que se enmarcan en el contexto de un trastorno severo y generalizado del desarrollo, que abarca diversos aspectos de la personalidad, el mundo cognitivo y simbólico y las relaciones comunicativas de los autistas.

El cambio principal en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Si el autismo supone una desviación cualitativa importante del desarrollo normal, hay que comprender ese desarrollo para entender en profundidad qué es el autismo.

En la década de los 40', L. Kanner en Estados Unidos, y H. Asperger, en Austria han descrito cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados Trastornos del Espectro Autista. A lo largo de los años transcurridos desde entonces la comprensión y la clasificación de los mismos ha ido variando, en relación de los modernos hallazgos científicos. En los últimos años, por su parte, se incorpora el término trastornos del espectro autista (TEA), a partir de la aportación de L. Wing y J. Gould.

Además de los aspectos ya aceptados en la denominación TGD, el término TEA resalta la noción dimensional de un “continuo” (no una categoría), en el que se alteran cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la imaginación. Esta semejanza no es incompatible con la diversidad del colectivo: diversos trastornos; diversa afectación de los síntomas clave, desde los casos más acentuados a aquellos rasgos fenotípicos, rozando la normalidad; desde aquellos casos asociados a discapacidad intelectual marcada, a otros con alto grado de inteligencia; desde unos vinculados a trastornos genéticos o neurológicos, a otros en los que aún no somos capaces de identificar las anomalías biológicas subyacentes. (Htdocs, 2010)

Interesadas por el abanico de posibilidades del tema, y habida cuenta de que no existe, en la currícula de nuestra Licenciatura en Psicología ningún acercamiento académico a este tema tan importante, nos ha llevado por lo tanto a realizar este trabajo el interés generado a partir de los cambios ocurridos en torno a la explicación, tratamiento y evaluación de los Trastornos Generalizados del desarrollo, incluidos actualmente dentro de la denominación de Trastorno del espectro Autista (TEA).

Comenzaremos nuestro acercamiento con una caracterización de los mismos, abordando con mayor énfasis el Síndrome Autista y sus implicaciones lingüísticas y comunicativas, diferenciándolo de otras patologías como lo son las alteraciones específicas del lenguaje (TEL). Para la investigación, entonces, resulta imprescindible la utilización de

clasificaciones internacionales (DSMIV- CIE10), el establecimiento de los subgrupos específicos y la descripción de sus características.

Asumimos un marco psicolingüístico mediante el cual se interpreta, como un conjunto de procesos cognitivos basados en conocimiento, al reconocimiento de los sonidos del habla y la posibilidad de establecer relaciones entre sonidos y significados. Estos, a su vez, constituyen la base de estudio de la diversidad de posturas que se han desarrollado en los últimos años respecto del espectro autista, variedad de significaciones y abordajes de los que somos conscientes, pero cuya pormenorización detallada sería parte de una discusión que excedería los alcances de este trabajo de pregrado, por lo que nos limitaremos a realizar una clasificación a modo de exploración bibliográfica, como medio para comenzar a comprender la base sobre la que se sustentan las características de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, cuyo conocimiento debería constituirse previamente a la comprensión del autismo y su categorización.

Primera Parte.

Un acercamiento a la comprensión del trastorno Autista

Historia y Antecedentes del Autismo

La palabra “autismo” viene del griego “autos”, que significa “en sí mismo”, definición que se refiere a alguien que está retraído y absorto en sí mismo. A principios de siglo se usó la palabra “autismo” para caracterizar a uno de los síntomas básicos de la esquizofrenia. Recién en 1937 el psiquiatra austríaco Leo Kanner comenzará a estudiar lo que se había denominado “Esquizofrenia infantil” y entre 1942 y 1943 tomará de Bleuler la cuestión del autismo, creando un cuadro con el que hará un ensayo de revisión que comprendía el estudio de once casos de características similares. Y le pondrá el nombre de “Autismo precoz infantil”, ubicando dentro del mismo cinco signos característicos:

1. Comienzo precoz de los trastornos
2. Aislamiento extremo
3. Necesidad de inmutabilidad
4. Estereotipias gestuales
5. Trastornos del lenguaje

La descripción dada por Kanner se asemeja a la experiencia del encuentro con el salvaje de Aveyron, niño de entre doce y trece años, hallado en la campiña francesa hacia 1800 y a quien su maestro, Itard, llamó por el nombre de Víctor. El niño presentaba un aspecto lamentable: sucio, feroz, impaciente, con el cuerpo cubierto de cicatrices; la mirada errante, indiferente e incapaz de prestar atención a nada; privado del uso de la palabra, sólo emitía sonidos guturales y uniformes; de movimientos espasmódicos y a menudo convulsos, mordía y arañaba a quienes se le acercaban y buscaba constantemente la forma de escapar. Si bien Víctor logró aprender ciertos hábitos, como pedir los alimentos a través de gestos,

el abecedario y palabras simples, logrando en cierta forma humanizarse, nunca pudo apropiarse del lenguaje. Lo planteado para Víctor suele parecerse al desenlace del cuadro autístico actual.

En un análisis posterior, Winnicott planteará que prefiere llamar, a los pacientes que presentan estos síntomas, “esquizofrénicos” y no autistas. Se dio un gran salto al separar los términos “autismo infantil” y esquizofrenia en la niñez.

Continuando, a su vez, con una mirada psicoanalítica, podemos postular los aportes de Margaret Mahler. La autora indica que el aparato mental del bebé pequeño no es adecuado para organizar los estímulos internos y externos a los fines de la supervivencia. Plantea una primera etapa de vida denominada “autismo normal”, entre los 2 y 8 meses, en la cual el niño no establece diferenciación entre la realidad interior y exterior.

Es a partir de una falla funcional del sistema nervioso central que caracteriza diversos cuadros psicopatológicos (“Autismo infantil precoz” y “Síndrome psicótico simbiótico”). Nuestro interés se centrará, en el trabajo, justamente en la descripción dada acerca de este “Autismo infantil precoz”. En el mismo, se entiende que los niños permanecen fijados en la fase autística previa, y que sus síntomas se caracterizarían por una inadecuada sensibilidad al dolor, hábitos autoagresivos, niños impenetrables a la voz materna y que parecen no mirar a nadie.

Desde 1978, se han realizado avances importantes en el conocimiento del autismo. En dicho año se llevó a cabo el Primer Simposium Internacional de Autismo, siendo este un acontecimiento histórico en cuanto al conocimiento del cuadro y su atención.

Etiología del cuadro clínico

La etiología del autismo aparece de manera inacabada, presentándose como algo problemático, pendiente de solución. Hasta el momento, las investigaciones llevadas a cabo no parecen apuntar hacia una única causa en el desarrollo de la patología. Es necesario comprender la evolución del autismo infantil dentro del contexto de una multiplicidad causal. Entre los factores enunciados podemos enumerar:

1. Familiar

En cuanto al origen, los padres fueron los primeros en estar en el centro de las explicaciones. Se los acusaba, por ejemplo, de ser psicóticos, o de que la madre rechazaba inconscientemente a su hijo, o bien que el cuadro en el niño era consecuencia de la existencia de madres excesivamente represivas.

Entre los años 50 y los 70 se creía que los hábitos de los padres eran los responsables del autismo, en particular, debido a la falta de cariño y atención por parte de madres denominadas "madres de refrigeradora" (refrigerator mother). Esta teoría, principalmente defendida por Bruno Bettelheim en ese tiempo, ha sido desacreditada y no existe evidencia que la compruebe. Todavía existe esta creencia hasta cierto punto entre el público no especializado y semi-profesionales en el área, particularmente en los países menos desarrollados.

En la actualidad, el origen familiar del autismo ha sido relegado a un antiguo mito. Investigadores creen que es el resultado de algún factor ambiental que interactúa con una susceptibilidad genética.

2. Herencia y genética

La investigación defiende en parte esta postura, pues establece que la prevalencia del autismo en hermanos es del 5%. Además, estudios en gemelos apoyan esta hipótesis, comprobándose un riesgo incrementado en gemelos monocigóticos (Tinberger y Tinberger, 1987). Otros miembros de la familia pueden padecer trastornos cognitivos o del lenguaje los cuales se podrían correlacionar con el autismo.

3. Neurobiológicos

Los niños autistas presentan mayor incidencia de anomalías físicas, persistencia de reflejos primitivos y signos neurológicos blandos como hipotonía y falta de coordinación motriz. El trastorno autista se asocia frecuentemente a diversas enfermedades médicas como rubéola congénita, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria y cromosoma X frágil.

4. Neuroanatómicos y neuroquímicos

Los estudios de personas autistas han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares. Las neuronas en estas regiones parecen ser más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas, las cuales pueden interferir con las señales nerviosas.

También se ha encontrado que el cerebro de un autista es más grande y pesado que el cerebro promedio. Estas diferencias sugieren que el autismo resulta de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo fetal. Sin embargo, cabe notar que muchos de estos estudios no se han duplicado y no explican una generalidad de los casos.

Un tercio de los niños autistas tienen niveles incrementados de serotonina plasmática, aunque estos hallazgos no son específicos. Otro hallazgo incluyen disminución de las células de Purkinje cerebelosas en estudios neuroanatómicos y alteraciones estructurales del lóbulo temporal (Guzmán, 1995. Rivieré).

5. Patología perinatal

Se ha comprobado una mayor incidencia de complicaciones en el embarazo y parto de niños autistas como incompatibilidad de Rh madre-hijo, toxemia gravídica, hemorragia vaginal, meconio en el líquido amniótico, infecciones virales en el primer trimestre del embarazo y toma de medicamentos, así como parto distócico.

6. Sustrato neurológico

Las más recientes investigaciones realizadas en los EE.UU. y en Europa señalan al lóbulo frontal del cerebro como elemento muy importante en los casos de autismo (Guzmán, 1995). Ángel Riviere explica que luego de 1992 se forma una línea de investigación que vincula lo psicológico con lo biológico y es esta línea la que investiga las vinculaciones del lóbulo frontal con este trastorno. Se sabe que el lóbulo frontal es la zona del cerebro que tiene más desarrollo en el hombre en comparación con otros primates. Se ha encontrado que el funcionamiento de este lóbulo frontal de las personas con autismo está muy alterado, es muy deficitario. Esto empieza a hacer que comiencen a poder explicarse algunos datos que se tienen del autismo. Por ejemplo, se sabe que este trastorno tiene un período crítico de desarrollo, que es alrededor de los 18 meses. Es luego de este período cuando los síntomas del autismo comienzan a evidenciarse con mayor fuerza y pueden ser claramente percibidos por sus padres, coincidiendo precisamente con el

periodo crítico del desarrollo de las capacidades y del funcionamiento del lóbulo frontal. Además se ha encontrado que tareas que implican la intervención del lóbulo frontal no pueden ser realizadas por los niños autistas.

Según Rivieré, el lóbulo frontal tiene un papel muy importante en la organización fundamental, en la planificación de la acción y en cómo dar sentido al mundo. Además considera que éste tiene conexiones con el sistema límbico, quien es el encargado de las emociones y del plano afectivo de las personas. Todas estas conexiones involucran la participación del neurotransmisor dopamina. Se han encontrado indicios de que estas conexiones entre el lóbulo frontal y el sistema límbico funcionan mal en las personas autistas, lo que produce dificultad para dar sentido a su propia actividad y también para dar sentido a la actividad ajena. A pesar de estos avances Rivieré dice “estamos empezando a atar cabos sueltos, pero todavía el autismo sigue siendo un puzzle y rompecabezas tremendo que plantea muchísimas incógnitas”. (Guzmán, 1995)

7. Factores ambientales

El ambiente inicial es un importante precursor el autismo, pues los agentes responsables del arranque de esta patología deben encontrarse, en gran medida, en el entorno. Una posibilidad es que muchas personas diagnosticadas con autismo en realidad padecen de una condición desconocida causada por factores ambientales que se parecen al autismo (o sea, una fenocopia). Se han descrito varios factores ambientales que incrementan el riesgo de autismo, como:

(a). Factores obstétricos

Hay un buen número de estudios que muestran una correlación importante entre las complicaciones obstétricas y el autismo. Algunos

investigadores opinan que esto podría ser indicativo de una predisposición genética nada más. Otra posibilidad es que las complicaciones obstétricas simplemente amplifiquen los síntomas del autismo.

(b). Estrés

Se sabe que las reacciones al estrés en las personas autistas son más pronunciadas en ciertos casos. Sin embargo, factores psicogénicos como base de la etiología del autismo casi no se han estudiado desde los años 70, dado el nuevo enfoque hacia la investigación de causas genéticas.

(c). Ácido fólico

La suplementación con ácido fólico ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, particularmente por parte de mujeres embarazadas. Se ha postulado que este podría ser un factor, dado que el ácido fólico afecta la producción de células, incluidas las neuronas. Sin embargo, la comunidad científica todavía no ha tratado este tema.

Análisis biopsicológico

Los datos sobre desarrollo del autismo sugieren que el proceso de reorganización intersubjetiva, que tiene que realizarse en el período que transcurre entre los 9 y los 18 meses, se ve limitado o impedido por alguna clase de factores biológicos, impidiendo así la incorporación posterior de las funciones críticas de humanización.

El análisis biopsico de tejido cerebral de personas autistas ha demostrado la existencia de paquetes hiperdensos de neuronas, con malformaciones, limitaciones estructurales y escasas relaciones sinápticas, en áreas límbicas del hipocampo, el subiculum, el córtex entorinal, los

cuerpos mamilares, los núcleos mediales del septum, el girus singularo anterior y diferentes núcleos de la amígdala (Bauman y Kemper, 1994).

Bachevalier (1991) ha demostrado que las lesiones quirúrgicas bilaterales del hipocampo, la amígdala y áreas corticales adyacentes, en neonatos de primates no humanos, producen un síndrome muy semejante al autismo, que se hace especialmente manifiesto desde los 8 meses: dependiendo de las lesiones realizadas, el síndrome implica falta de iniciativas sociales, alteraciones en el desarrollo de los patrones comunicativos, estereotipias y anomalías de las capacidades de aprendizaje y memoria.(Rivieré, 1997)

En cuanto a su incidencia, la misma es de 5 a 10 casos por cada 10.000 nacimientos, dependiendo del criterio que se use para el diagnóstico. Teniendo presente que se pueden encontrar rasgos autistas en niños con diversas patologías, que no responden específicamente a los criterios diagnósticos de TGD (espectro autista), la incidencia aumenta a un nivel mayor.

Análisis actual en la Argentina

En el siguiente apartado nos proponemos realizar un análisis en torno a las investigaciones realizadas en la última década en nuestro país.

Siguiendo los lineamientos internacionales de investigación, nuestro país ha podido avanzar e investigar en relación a las diferentes posturas teóricas en torno a la temática. Así es que se han conformado grupos de investigación, pudiendo transformar aquello que una vez fueron simplemente postulaciones a nivel teórico en herramientas de uso práctico.

A partir de 1986, el Dr. Miguel Ángel García Coto inicia sus actividades en el Centro del Desarrollo Psiconeurológico, actualmente

denominado Grupo CIDEP, el cual tiene como objetivo principal la prevención, diagnóstico, investigación y tratamiento de los trastornos de la salud mental infantil. A través del Programa Neurocognitivo (PNC), se encuentran presentes dirigiendo y supervisando diversos tratamientos en el país y también en varios países de Latinoamérica como Uruguay, Perú, Brasil, Paraguay y Chile.

Si bien no existen extensas investigaciones sobre la temática que refieran de manera específica a desordenes lingüísticos en nuestro país, las investigaciones que se han desarrollado han sido cruciales a la hora de poder pensar y repensar el autismo y de determinar el tratamiento más adecuado, buscando mejorar la calidad de vida de la persona autista.

En un artículo publicado en el Diario Clarín el 6 de julio de 1998, Miguel Ángel García Coto define al autismo como un “trastorno del desarrollo emocional y de la organización de la conducta”. Explica que, si bien se desconocen las causas de esta enfermedad, los especialistas coinciden a la hora de hacer referencia a factores biológicos. El síndrome está determinado por una disfunción de algunas áreas del sistema nervioso central y no por causas psicológicas, como se pensaba cuando se comenzó a estudiar el tema.

Sin embargo, en la actualidad, complejos estudios pueden resultar insuficientes para realizar un diagnóstico preciso, ya que los electroencefalogramas y tomografías suelen dar como resultado parámetros normales.

Es fundamental ver cómo hace la persona para procesar la información -explicó García Coto-, porque los autistas conocen de una manera distinta. Los autistas tienen conductas que son inadecuadas según los parámetros sociales. Pero son siempre comunicativas, por lo que es

necesario tratar de entender qué está expresando, para enseñarle la conducta correcta. Pueden leer, pero no llegan a comprender el lenguaje verbal. Como señala García Coto, lo principal es enseñar métodos comunicativos. La idea es lograr que las personas con autismo aprendan a organizar su conducta.

Por su parte, otro de los principales investigadores en la temática, el psicólogo español Ángel Riviére, Profesor en la Universidad Autónoma de Madrid y Especialista en esta enfermedad, explica que las nuevas investigaciones tienden a aclarar los componentes biológicos, y se ha encontrado que algunos autistas presentan anomalías en la zona del cerebro que maneja el campo emocional. Además, aparecen algunas disfunciones en el cerebelo.

En este sentido, y remitiendo nuevamente a los factores biológicos, Víctor Ruggieri, Presidente de la Sociedad Argentina de Neurología Infantil y Médico principal del servicio de neurología del Hospital Garrahan, afirma que el autismo no es producto de una mala relación entre el niño y la madre. Y fundamentalmente remarca que uno de los tantos conceptos erróneos que existen sobre los autistas es que no se puede hacer nada por ellos.

En marzo de este año, el Dr. Miguel Ángel García Coto, siguiendo el lineamiento de sus anteriores investigaciones, desarrolla un artículo en torno al perfil clínico de la persona autista. Bajo el título: "Trastorno Autista: factores que podrían modificar el perfil clínico", postula que no hay un autismo, sino hay muchos autismos, lo cual hace que todos deban ser tratados desde, tal vez, diferentes hipótesis psicopatológicas, evolutivas, comunicativas, cognitivas, neuro-cognitivas (por supuesto emociones incluidas), representacionales, ambientales, neurobiológicas y psicológicas al menos.

La experiencia clínica atribuye las diferencias a los siguientes factores:

a. Epistaxia:

i. Diferencias fenotípicas en los niños autistas: algunos plantean de diez a doce genes necesarios para la expresión del cuadro completo.

ii. La interacción de los supuestos genes vinculados al autismo con los genes diferenciales propios de cada individuo.

b. Trastornos diferentes bajo un fenotipo similar:

i. En la medida en que podamos saber más del genotipo involucrado podremos incluir criterios diagnósticos que reformulen las actuales categorías. Hoy se agrupan bajo el concepto genérico de autismo o TGD a una gran cantidad de cuadros clínicos de naturaleza diversa y que requieren por lo tanto tratamientos totalmente diferentes.

c. Temperamento:

i. En relación con el anterior, la expresión fenotípica será diferente en la medida en que el trastorno asiente en un niño con una disposición temperamental de tipo inhibido o desinhibido (Jerome Kagan) o bien tomando otras clasificaciones (Chess y Thomas): fácil, difícil.

d. Género:

i. Si tomamos el modelo de autismo como expresión excesiva de los rasgos del cerebro masculino (sistematicidad) frente al femenino (empatía), (Baron-Cohen et al.) entre otras cosas sería legible el dato epidemiológico de la incidencia: 4 varones/1 mujer en Autismo nuclear y hasta 8 varones/1 mujer en algunos estudios sobre Asperger. En las mujeres el autismo severo aparentemente podría estar ligado con mayor frecuencia al Retraso Mental. En las mujeres el cerebro social estaría mucho más desarrollado que en los hombres.

e. Genética conductual:

i. Por genética conductual podemos comprender que los ambientotipos posibles en los que se incluye el niño al nacer están fuertemente influenciados por las características parentales, luego, se estimularán con mayor facilidad los rasgos comunes. Los padres van a tender a estimular en sus hijos aquellas funciones que están más desarrolladas en ellos mismos.

f. Dinámica familiar:

i. Una organización familiar complementaria y flexible, que se adecua a la modalidad comunicativa y cognitiva del niño, funcionaría como Factor de Protección para el desarrollo, a la inversa de una estructura familiar simétrica y rígida con dificultades para acomodarse a las peculiaridades del niño.(Factor de Riesgo).

ii. En este apartado se habla de factor de riesgo o de protección en términos de mejor o peor evolución y no de determinación del trastorno (el FR o FP participa aumentando o disminuyendo la vulnerabilidad pero no determinando una patología específica).

g. Modalidad Vincular:

i. Los niños autistas presentan claras conductas de apego con sus familiares inmediatos. Probablemente el apego cristaliza conductas de juego, aproximación y comunicación primitivas. Sus dificultades adaptativas obstaculizan el desarrollo evolutivo del apego hacia la construcción de un vínculo empático convencional. Esto se va a manifestar clínicamente en la ausencia de indicadores convencionales y evolutivos de vínculo: toma de referencias sociales, atención compartida y uso flexible de la mirada habitual. Un intento de compensar el déficit vincular aparece en la estructura

diádica descrita por Margareth Mahler en 1942 y conocida como Síndrome de Sigfrido o la Capa Mágica de la Pseudoimbecilidad.

Se ha denominado Síndrome de Sustitución en el Desempeño y se considera una etapa necesaria en la que el adulto se adapta a las modalidades comunicativa y evolutiva del niño, preservando de ese modo un sistema comunicativo común. Este sistema es funcional en un principio y deviene patológico en la medida en que la díada vincular se mantenga rigidizada e impida la evolución mutua. Sucede como consecuencia de las dificultades del niño (y la obligada actitud vicaria del adulto) y de su modalidad de aprendizaje: el niño autista aprende principalmente por asociación (aunque también por imitación, esta es selectiva). Luego, lo que aprendió con la intervención del adulto pasa a ser un algoritmo (secuencia de conductas necesarias para conseguir una meta) de resolución inmodificable. El niño no obtiene ninguna ventaja ni sostiene ninguna conducta ganancial con esta situación, solamente revela su tendencia a mantener los mismos patrones rígidos de resolución a lo largo del tiempo.

ii. El vínculo parento filial proactivo es el que se sostiene en una relación dialéctica y evolutiva: es el que promueve la comunicación, la autonomía y la exploración evolutiva.

h. Co-morbilidad:

i. Esto es la coexistencia de otros trastornos agregados al de base.

i. Trayectoria:

i. En la medida que las dificultades se prolongan en el tiempo; por efecto cascada las conductas disfuncionales se consolidan comprometiendo cada vez más el desarrollo.

ii. Considerando el efecto trayectoria es que pensamos que se debe intervenir inmediatamente en las funciones comunicativas, interactivas y de resolución, a fin de modificar el curso evolutivo del trastorno.

j. Ambiente

i. El ambiente social puede ser complementario o simétrico, pasivo o activo, amigable u hostil, cooperador o desafiante, emocional o neutro, etc. Las configuraciones relacionales entre el individuo y el ambiente determinan el tipo de rasgos a desarrollar y por tanto el perfil conductual y cognitivo del niño. Por su parte, Biassoti sostendrá que tuvieron que pasar más de 20 años para que, en 1964, Bernard Rimland descartara las explicaciones psicogénicas del autismo y afirmara su naturaleza orgánica, la que a su vez tardaría otros 20 años en asentarse dentro de la comunidad científica.

Por otra parte, el neurólogo Oliver Sacks (1997) afirma que ya nadie pone en duda que la predisposición al autismo es biológica, ni tampoco la evidencia cada vez más aceptada de que, en algunos casos, es genética.

La patología es definida por el Dr. Hugo Arroyo –médico principal del Servicio de Neurología del Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan – como un “síndrome de disfunción neurológica”. Y aquí vale la pena una aclaración: el autismo no es una enfermedad, es un síndrome, es decir, un conjunto de signos (que verifica el médico), y de síntomas (que eventualmente refiere el paciente), que pueden responder a causas diferentes, pero que permite agrupar a pacientes que reúnen determinadas características en común. En otras palabras, el autismo abarca una multitud de trastornos neurológicos que se manifiestan de modo similar, o que al menos comparten algunos elementos claves para su diagnóstico.

Nomencladores Internacionales

A partir del año 1952 se cuenta con los criterios diagnósticos del DSM, que establece que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación.

El DSM-IV (APA, 1994) indica A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel de desarrollo.

c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.

c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.

d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel de desarrollo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).

d. Preocupación persistente por partes de objetos.

- B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

- C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Por su parte el CIE10, que es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, plantea la siguiente clasificación:

- *F84 Trastornos generalizados del desarrollo*

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades.

Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no).

- *F84.0 Autismo infantil*

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general, no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la

comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento, en este trastorno, se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictiva, repetitiva y estereotipada, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas, consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados, o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa

y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75 % de los casos.

Incluye:

Autismo infantil.

Síndrome de Kanner.

Psicosis infantil.

Trastorno autístico.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

- *F84.1 Autismo atípico*

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad, o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo, cuyo bajo nivel

de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

Incluye:

Retraso mental con rasgos autísticos.

Psicosis infantil atípica.

- *F84.2 Síndrome de Rett*

Trastorno descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida, pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal, pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza, y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

Pautas para el diagnóstico

En la mayoría de los casos el comienzo tiene lugar entre el séptimo mes y los dos años de edad. El rasgo más característico es una pérdida de

los movimientos intencionales de las manos y de la capacidad manual fina de tipo motor. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcer o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente de la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, mal control de los esfínteres, a menudo presentan babeo y protrusión de la lengua y pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando "a través" de las personas, pero sin establecer un contacto social. Esto tiene lugar en el estadio precoz de la infancia (aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a ser con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen ser escasamente coordinados y acaban por presentar escoliosis y cifo escoliosis. Las atrofas espinales con alteraciones motrices graves se desarrollan en la adolescencia o en la edad adulta en aproximadamente la mitad de los casos. Más tarde puede presentarse espasticidad rígida, que suele ser más marcada en los miembros inferiores que en los superiores. En la mayoría de los casos aparecen ataques epilépticos, generalmente algún tipo de ataque menor y con comienzo anterior a los ocho años. En contraste con el autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

- *F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia*

Trastorno profundo del desarrollo (distinto del síndrome de Rett) definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos

meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación. Con frecuencia hay un período prodrómico de la enfermedad poco definido, durante el cual el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo, a lo que sigue un empobrecimiento y una pérdida del lenguaje y el habla, acompañado por una desintegración del comportamiento. En algunos casos la pérdida de capacidad tiene una progresión continua (en general, cuando el trastorno se acompaña de una alteración neurológica progresiva diagnosticable), pero con mayor frecuencia el deterioro progresa sólo durante unos meses, se estabiliza y más tarde tiene lugar una mejoría limitada. El pronóstico es malo en general y la mayoría de los individuos quedan afectados de retraso mental grave. No hay certeza de hasta qué punto esta alteración es diferente del autismo. En algunos casos, el trastorno puede ser secundario a una encefalopatía, pero el diagnóstico debe hacerse a partir de las características comportamentales.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas, la cual se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos tenga lugar una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces con un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores repetitivos y estereotipados y por un deterioro pseudo-autístico de la comunicación e interacción sociales. En algunos aspectos el síndrome se parece a las demencias de la vida adulta, pero se diferencia por

tres aspectos claves: hay por lo general una falta de cualquier enfermedad o daño cerebral identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral), la pérdida de capacidades puede seguirse de cierto grado de recuperación, el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Incluye:

Psicosis desintegrativa.

Síndrome de Heller.

Dementia infantil.

Psicosis simbiótica.

Excluye:

Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3).

Mutismo selectivo (F94.0).

Esquizofrenia (F20.-)

Síndrome de Rett (F84.2).

- *F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados*

Es este un trastorno cuya proximidad con el autismo es discutida. Se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI en el rango normal) al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con inhibición psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una

hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de hiperactividad grave, desproporcionada para el nivel de maduración, de estereotipias motrices y de retraso mental grave. Para un diagnóstico correcto deben estar presentes los tres aspectos.

- *F84.5 Síndrome de Asperger*

Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

Pautas para el diagnóstico

Combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo). Puede haber o no problemas de comunicación similares a los del autismo, pero un retraso significativo del lenguaje descarta el diagnóstico.

Incluye:

Psicopatía autística.

Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye:

Trastorno esquizotípico (F21).

Esquizofrenia simple (F20.6).

Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2).

Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5).

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

- *F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo*
- *F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación*

Trastornos con las características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no se satisfacen las pautas de cualquiera de los otros códigos del apartado F84.

En la actualidad, se utiliza el Inventario IDEA, creado por A. Riviére a partir de las conceptualizaciones de la triada de Wing (1988), (trastorno de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa), con el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo.

Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación, par (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las puntuaciones impares, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

Dicho inventario permite establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona, evaluando las disfunciones de los patrones comportamentales evolutivamente deseados (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).

Característicamente, las puntuaciones en torno a 24 puntos son propias de los cuadros de trastorno de Asperger, y las que se sitúan en torno a 50 de los cuadros de trastorno de Kanner con buena evolución.

A continuación se mencionaran las doce dimensiones que son necesarias evaluar:

1. Trastorno cualitativo de las relaciones sociales:

- Aislamiento completo. No hay apego a personas específicas/significativas. No hay relación o señales de interés por personas.

- Incapacidad de relación, pero con vínculo con adultos significativos, con los que hay escasas iniciativas de relación. No hay relación con iguales (los ignora).

2. Trastorno cualitativo de la referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas):

- Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas o sus acciones. El niño tiende a ignorar acciones, miradas, gestos significativos de otros, reaccionando incluso con rabietas y conductas de evitación ante los intentos de otros por “compartir” una acción
- Acciones conjuntas simples, sin miradas “significativas” de referencia conjunta. Comparte acciones sin que haya manifestaciones de percibir la subjetividad del otro.

3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalista:

- Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria), de atención conjunta. Falta de interés y atención a las personas.
- Hay respuestas intersubjetivas primarias, pero no hay indicios de que se vive al otro como sujeto (ausencia de intersubjetividad secundaria).

En cuanto a la relación con la comunicación, las alteraciones que podemos observar son:

4. Trastorno cualitativo de las funciones comunicativas:

- Ausencia de comunicación, de cualquier tipo de relación intencionalizada e intencional, mediante el empleo de significantes (gestos o palabras).

- Hay actividades de pedir, mediante el uso de conductas instrumentales, protoimperativos, pero no de otras pautas de comunicación como signos.

5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo:

- Ausencia total de lenguaje expresivo. Mutismo total (ausencia de vocalizaciones tanto funcionales como no funcionales) o funcional (vocalizaciones sin intención comunicativa, verbalizaciones no propiamente lingüísticas).

- Lenguaje ecológico o compuesto de palabras sueltas funcionales.

6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo:

- “Sordera central”: el niño ignora el lenguaje; no responde a órdenes, llamadas o indicaciones lingüísticas.

- Asociación de enunciados verbales con conductas propias: comprensión de órdenes sencillas, pero sin indicios de que se asimilen a un código. Es decir, su comprensión consiste en la asociación entre un enunciado/”sonidos” y contingencias ambientales o comportamentales.

7. Trastorno cualitativo de la anticipación:

- Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica. Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.

- Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambio.

- Reacciones adversas ante cambios imprevistos.

- Incapacidad para regular y manejar el ambiente y sus cambios.

8. Trastornos cualitativos de inflexibilidad mental y comportamental

- Predominio de estereotipos motores simples, rituales simples y complejos.

- Apego excesivo a objetos, itinerarios y preguntas obsesivas.

- Intereses poco funcionales y no relacionados con el mundo social habitual.

9. Trastornos cualitativos del sentido de la actividad propia.

- Conductas sin metas.

- Sólo actividades funcionales ante consignas externas.

10. Trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación

- Ausencia de actividades que requieren juego funcional o simbólico.

- Juegos estereotipados, limitados en contenidos y poco flexibles.

- No producen juego espontáneo

11. Trastornos cualitativos de la imitación.

- Ausencia completa de conductas de imitación y no espontáneas.

12. Trastornos cualitativos de la suspensión (capacidad de crear significantes)

- La comunicación está ausente.
- No se realizan situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.

Además del IDEA, actualmente también se utiliza la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS, Autism Diagnostic Observation Schedule), que es una evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para individuos en los cuales se sospecha un diagnóstico de autismo o algún otro trastorno generalizado del desarrollo, a los que aquí se alude como trastornos del espectro autista (TEA).

El ADOS consta de un conjunto de actividades que permiten que el evaluador pueda observar si ocurren o no ciertos comportamientos que han sido identificados como importantes para el diagnóstico de trastornos del espectro autista, en distintos niveles del desarrollo y edades cronológicas. El ADOS incorpora el uso de situaciones sociales planificadas, denominadas en este manual como “presiones” (Murray, 1938), en donde es probable que surja un cierto tipo de comportamiento. Por lo tanto, los materiales y las actividades estructuradas proporcionan contextos estandarizados, en los cuales se pueden observar conductas sociales, de comunicación u otras que sean relevantes en los trastornos del espectro autista.

El ADOS se compone de cuatro módulos, cada uno de los cuales requiere entre 30 y 45 minutos para su aplicación. Cada módulo tiene su propio protocolo, que contiene una secuencia de actividades diseñadas para

ser utilizadas con niños o adultos (“participantes”) de diferentes niveles de desarrollo y lenguaje, extendiéndose desde niños sin habilidades expresivas o receptivas hasta adultos con lenguaje fluido. A cada persona se le aplica únicamente un módulo cada vez que es evaluada. Los módulos están identificados con los números 1 a 4, y las actividades de cada módulo también se presentan numeradas. El examinador selecciona el módulo más apropiado de acuerdo con el nivel de lenguaje expresivo y la edad cronológica.

El ADOS incluye un periodo de observación de entre 30 y 45 minutos, en el cual el examinador presenta al individuo evaluado, a través de “presiones” estandarizadas, un gran número de oportunidades para exhibir ciertos comportamientos que son de interés para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista dentro del área de la comunicación y la interacción social.

El módulo 1 está dirigido a individuos que no usan de manera consistente un lenguaje de frases (definidas éstas como expresiones de tres palabras no ecológicas que a veces incluyen un verbo y que son combinaciones de palabras propias del niño, espontáneas y con sentido).

El módulo 2 está dirigido a individuos con algo de lenguaje de frases, pero sin que sea fluido.

El módulo 3 está dirigido a niños que aún se encuentran en la edad de jugar con juguetes, pero que tengan un lenguaje fluido. La fluidez verbal se define, a grandes rasgos, como la posesión de un lenguaje expresivo típico de un niño de cuatro años, capaz de producir una amplia gama de tipos de oraciones y estructuras gramaticales, de utilizar el lenguaje para transmitir información acerca de situaciones fuera del contexto inmediato y de realizar algunas conexiones lógicas dentro de las oraciones, a pesar de que incurra en algunos errores gramaticales.

El módulo 4 está dirigido a adultos y adolescentes con lenguaje fluido. Pero la diferencia con el módulo anterior radica en que el módulo 4 depende

primordialmente de las preguntas de la entrevista y de la conversación, en cambio, en el módulo 3, la información se obtiene mediante la observación del juego interactivo, así como preguntas en forma de entrevista.

Segunda Parte:

El lenguaje en el autismo y sus criterios diagnósticos

A continuación, se considera importante remitirse a los criterios de desarrollo esperables, respecto a la evolución del lenguaje en un niño, para poder establecer una diferenciación con respecto a aquello se que presenta en el desarrollo de un niño autista.

El lenguaje: Desarrollo Normal y Autismo

Por medio de la siguiente tabla, tomada de Peeters y Gliberg (1999), se presentaran las principales manifestaciones clínicas de diferenciación encontradas respecto al desarrollo típico del lenguaje normal y el desarrollo ocurrido en niños autistas.

Edad (meses)	Desarrollo normal	Desarrollo autista
2	Gorgéo. Sonidos vocálicos	
6	“Conversaciones “vocales, con turnos en posición frente a frente. Primeros sonidos consonánticos	Llanto difícil de interpretar
8	Balbuces con variaciones de entonación. Incluyendo “entonación interrogativa”. Silabas repetitivas (ba-ba, ma-ma-ma)	Balbuces limitado o raro. No se imitan sonidos, gestos o expresiones.
12	Primeras palabras. Jerga con entonación de oración. Lenguaje usado	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo. Llanto intenso frecuente, que

		sigue siendo difícil de interpretar.
18	Vocabulario de 3 a 50 palabras. Primeras oraciones. "Sobreextensión" del significado. El lenguaje se usa para comentar, pedir y obtener atención. Imitaciones frecuentes del lenguaje.	
24	Se combinan de 3 a 5 palabras en "frases telegráficas". Preguntas simples. Empleos de demostrativo, acompañados de gestos ostensivos. Puede llamarse por el nombre más que por el "yo". A veces breve inversión de pronombres. No se sostienen temas. El lenguaje se centra en el "aquí y ahora".	Si las hay, menos de 15 palabras. A veces, las palabras "se pierden". No desarrollan gestos. Limitación en gestos de señalar, si existen.
36	Vocabulario de más de 100 palabras. La mayoría de los morfemas gramaticales se denominan (plurales, pasado, proposiciones). Las imitaciones son infrecuentes a esta edad. El lenguaje se emplea cada vez más para hablar de lo no presente. Hay muchas preguntas, con objetivos de mantener interacción más frecuentes que de obtener información.	Las oraciones son raras. Muchas ecolalias, pero poco lenguaje creativo. Pobre articulación en la mitad de los hablantes. La mitad o más de los niños no tienen lenguaje a esta edad.
48	Se emplean estructuras ocasionales	Algunos combinan 2 o

	complejas. Capaces de sostener temas de conversación y de añadir nueva información. Piden a otros que aclaren lo que intentan decir. Ajustan la cualidad del lenguaje al interlocutor (por ejemplo lo hace más simple al hablar de los niños de 2 años).	3 palabras creativamente. La ecolalia persiste. En algunos se usa de modo comunicativa. Se repiten anuncios de TV. Algunos piden verbalmente.
60	Uso mas adecuado de estructuras complejas. Generalmente estructura s gramaticales maduras. Capacidad de juzgar oraciones como gramaticales o no. Se comprenden chistes e ironías, y se reconocen ambigüedades. Aumenta la capacidad de ajustar el lenguaje a la perspectiva y el papel del interlocutor.	No comprenden ni expresan conceptos abstractos. No pueden conversar. Inversión pronominal. Ecolalia. Preguntas escasas y repetitivas.

Los niños autistas presentan un proceso prototípico. La historia de un desarrollo normal aparentemente en sus inicios, y en especial en la fase del desarrollo a la que se denomina “período perlocutivo”, y que cubre los primeros 9 meses de vida. La ausencia, luego, en el período llamado “ilocutivo”, que se da entre los 9 y 18 meses, de conductas intencionales de comunicación, podría resultar ser una señal de alarma en cuanto a la normalidad en el curso del desarrollo esperable, aunque no sería apreciable una patología marcada específica del desarrollo. Y después, generalmente hacia los 18 meses, surge el denominado “cataclismo evolutivo”: esa impresión inolvidable de que el niño “se va”.

En torno a las alteraciones en la adquisición del lenguaje se podrían distinguir tres niveles:

1) “Aproximadamente, la mitad de los niños autistas no desarrollan ningún tipo de lenguaje oral, aunque Koegel y Koegel (1995) indican que, con una intervención precoz e Intensiva, un 70% de esa población no verbal puede llegar a adquirir un cierto nivel de habla funcional”. (Rivieré,1997)

Son los casos de mayor severidad, asociados a retraso mental, exhiben mutismo funcional.

2) “En los que tienen la posibilidad de desarrollar el lenguaje oral pueden distinguirse retrasos en cuanto a la adquisición, específicamente referidos a la comprensión y expresión.” (Rivieré, 1997)

Presentan espontáneamente cierto lenguaje expresivo. La rigidez que caracteriza sus conductas se manifiesta en sus inicios en el lenguaje, poco vocabulario y estructuras sintácticas limitadas, produciendo emisiones breves y escasas con función imperativa. Presentan ecolalia (ocasional/ funcional), usando dicha imitación para lograr un aprendizaje lingüístico. Desde la comprensión existe un retraso evolutivo muy bajo según la edad cronológica y edad mental (comprensión de palabras aisladas y consignas simples).

3) “Se presentan anomalías en el uso funcional del lenguaje (aquí pueden presentarse, además de las denominadas ecolalias, los trastornos pragmáticos, las alteraciones de la prosodia y el uso no adecuado de determinadas palabras).” (Riviere, 1997)

Por lo expuesto anteriormente, se puede indicar que existen en las personas con autismo dificultades severas en la comprensión del lenguaje. Es decir, el mundo no posee para ellos significado, ya que no existen pautas

de desarrollo emocional y cognitivo con respecto al mismo, ni existe comprensión intencional (literalidad).

Presentan retraso o ausencia de desarrollo del lenguaje hablado, que no es compensado por medio de gestos; no realizan gestos protodeclarativos. El uso del lenguaje es estereotipado y repetitivo. Existen deficiencias en el tono, velocidad, ritmo y entonación del habla.

A la luz de este recorrido conceptual por los parámetros del lenguaje en el espectro autista, y para poder realizar un análisis pormenorizado desde una perspectiva psicolingüística, debemos remitirnos aquí al tercer nivel mencionado, en presencia del Síndrome de Asperger, en el que se aprecia un mayor nivel de competencia gramatical, aunque el uso del lenguaje es de escasa fluidez y poca iniciativa de interacción. Existe laconismo, es decir retraimientos en el uso del lenguaje.

En estos casos, es común que alrededor de los 7 años comiencen a gestarse tartamudeos, ya que el niño es consciente de sus limitaciones. En cuanto a la estructura morfosintáctica, la misma es aceptable, aunque pueden existir inversiones pronominales. Poseen un repertorio limitado de funciones pragmáticas. Las funciones declarativas son de menor espontaneidad y, generalmente en respuesta a las interacciones de los adultos de su entorno. Esta interacción también se realiza en torno a sus intereses, son capaces de realizar muchas preguntas con respecto a los mismos.

Su lenguaje es poco subjetivo. En este sentido, Rivière indica, que la función declarativa exige alguna noción intersubjetiva de los “otros”, como seres con experiencia interna, capaces de compartir la experiencia propia. La única posibilidad de alcanzar la función declarativa es contar con un sistema simbólico, que permita intuir la posibilidad de intercambiar experiencias con las persona.

En cuanto a la comprensión se observa extrema literalidad, no pudiendo comprender las dobles interpretaciones (chistes, metáforas; etc.).

Por último, a nivel conversacional, presentan ineficacia narrativa, realizando repeticiones temáticas. Hay imposibilidad de mantener el canal de comunicación y dificultades de expresión emocional.

Diagnóstico Diferencial

Una aproximación a la diferenciación respecto al TEL Y TSP, la disfasia y la sordera

Como ya se ha analizado en el apartado anterior, los trastornos de comunicación forman parte del núcleo central del autismo, registrándose así, alteraciones dentro del lenguaje.

Aunque en la actualidad se han llevado a cabo diversas investigaciones en la temática, la naturaleza de los trastornos lingüísticos sigue planteando grandes interrogantes, ya que los síntomas considerados más específicos del lenguaje autista se han descripto también en niños que no responden a los criterios diagnósticos de autismo.

A continuación, se intentará establecer criterios de diagnóstico diferencial entre el trastorno autista y otras patologías, como el trastorno específico del lenguaje y el síndrome semántico pragmático.

El trastorno específico del lenguaje es definido como un trastorno en el lenguaje, caracterizado por la inhabilidad para usarlo. Si bien no se encuentra determinada su etiología, las investigaciones actuales indican que podría ser producido mayormente por alteraciones cerebrales. Es comúnmente conocido como Disfasia o Trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL).

Dentro de los trastornos específicos del lenguaje se puede diferenciar entre:

1. Trastornos del desarrollo que no se explican por pérdida auditiva, daño cerebral, baja inteligencia, déficits motores, factores socioambientales o emocionales.

El DSM IV los clasifica en: trastornos de la comunicación de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, que incluye trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo, trastorno fonológico o tartamudeo. Mientras que, el CIE 10, los incluye en trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (trastorno específico de la pronunciación, trastorno de la expresión del lenguaje, trastorno de la comprensión del lenguaje, ceceo y balbuceo)

2. Trastornos del desarrollo del lenguaje asociados a sordera y a alteraciones genéticas: Incluye al Síndrome de Down, Síndrome x-frágil, Síndrome de Prader-Willi, S. de William, Síndrome de Angelman.

3. Trastornos del lenguaje adquiridos en la infancia: En esta clasificación el CIE 10 incluye afasia adquirida por epilepsia (S. Landau-Kleffner) y afasias adquiridas secundarias a traumatismos, tumores u otras patologías cerebrales conocidas.

Según Rapin y Allen, existen varios subtipos clínicos de disfasias:

- Trastornos receptivos: agnosia verbal auditiva (sordera central). Donde no existe comprensión lingüística, no hay lenguaje expresivo (mutismo). En la sordera central (sordo para el lenguaje pero sin hipoacusia) aparece epilepsia o Síndrome Landau-Kleffner, difícil de diferenciar inicialmente de cuadros autistas, aunque posteriormente no implica

problemas sociales o emocionales (mutismo selectivo), ya que existen contacto ocular e imitación anticipada no alteradas.

Los niños con un trastorno severo de comprensión lingüística pueden manifestar conductas similares a las del autista, y a su vez éstos, presentar problemas lingüísticos similares a los trastornos de desarrollo del lenguaje.

Las similitudes entre estos cuadros han hecho que se hable de una posible continuidad entre autismo y disfasia receptiva, considerando que el autismo consiste primariamente en una deficiencia del lenguaje receptivo que posteriormente podría dar lugar a las alteraciones conductuales de los niños autistas.

Por otro parte, una persona con disfasia receptiva no consigue desarrollar con normalidad las conductas sociales, ya que no logra conseguir con normalidad nada de lo que se le dice. Por ende, conductas disruptivas y de ensimismamiento, de falta de atención e hiperactividad no resultarían ser manifestaciones extrañas.

- Trastornos mixtos: trastorno semántico-pragmático y déficits léxico-sintáctico y fonológico-sintáctico. Estos trastornos conllevan problemas de expresión y comprensión que permiten diferenciar varios patrones.

El déficit fonológico-sintáctico es similar al habla agramatical de las alteraciones del área de Broca (combinaciones de verbos, concordancias, con afectación flexiva). El déficit léxico-sintáctico se parece a las alteraciones del área de Wernicke (habla fluida pero vacía de significado por problemas de recuperación de palabras de clase abierta) donde sustituyen los huecos verbales por gestos no verbales. Se diferencian de las afasias porque no existe pérdida de habilidades, sino que no llegan a desarrollarse.

El síndrome semántico-pragmático (posteriormente denominado Déficit Semántico-Pragmático) recoge un conjunto de síntomas caracterizados por afectar más a la comprensión que a los aspectos expresivos formales. Se encuentran, entre otros síntomas, la dificultad para interpretar las preguntas, la tendencia a interpretar literalmente los enunciados ajenos, la falta de respeto a las reglas conversacionales, la inadecuación de las emisiones al contexto, la poca eficacia informativa y la tendencia a la ecolalia y la perseveración.

En base a estudios longitudinales comparativos, en cuanto a intervenciones con niños con autismo y disfasia semántica pragmática, se ha llegado a la conclusión de que se trata de dos tipos de evolución diferentes, aunque pueden converger en un momento específico del desarrollo. Posteriormente se establecerían diferencias claramente significativas.

Si se recogen los criterios diagnósticos del autismo como se encuentran formulados en el DSM IV, los niños con disfasia semántica-pragmática sólo presentarían algunas de las conductas recogidas en los ítems del segundo grupo (comunicación y lenguaje) pero ninguna del primer y tercer grupo (relaciones sociales e inflexibilidad).

Es similar al Síndrome de Asperger, excepto en que para Asperger es más normal la comunicación y anormal sus intereses y relaciones sociales, y para el déficit, son normales sus intereses y relaciones sociales, mientras que es más anormal en su desarrollo lingüístico.

- Trastornos expresivos: déficit de programación fonológica y dispraxia verbal. Comprenden los trastornos fonológicos puros y trastornos de articulación.

Rutter, en cuanto al diagnóstico diferencial, entre autismo y TEL, dirá que este tendría que hallar su fundamento en la observación del uso que el

niño hace de los símbolos, aparte del lenguaje hablado: los niños con trastorno del lenguaje utilizan gestos para hacerse comprender, manifiestan capacidad imaginativa para el juego. Estas acciones no se desarrollan con normalidad en el autismo.

En este sentido, Riviére afirmará que el diagnóstico diferencial no puede basarse en elementos lingüísticos puntuales (ya que la mayor parte de los síntomas son comunes), sino en la presencia o ausencia de los otros síntomas que definen el autismo como por ejemplo las alteraciones en la conducta y en las relaciones sociales no dependientes del lenguaje.

Tercera Parte.

Posturas Teóricas

Debates

En el siguiente apartado se presenta como objetivo una revisión crítica de las diferentes teorías, cuyas contribuciones permiten comprender las posibles causas. A partir de la presente diversificación en torno a la explicación del trastorno, es que se podría pensar que nos encontramos ante una problemática aún no resuelta en relación a la etiología del autismo, que no puede ser entendida a partir de un reduccionismo causal. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta una visión integrativa al momento de comprender la sintomatología del cuadro.

Postura Neurobiológica:

En las últimas décadas se han realizado investigaciones en relación a la elucidación de las posibles bases genéticas del autismo. Es a partir de 1998, por medio de los aportes de Rutter, que se comienza a pensar a este trastorno de base biológica genéticamente determinado.

Frecuentemente, una de las anomalías encontradas en relación al autismo es el cromosoma X frágil. Por medio de otras investigaciones, se han identificado alteraciones en los cromosomas 7, 15 y 16. Por el momento, esta sigue siendo un área donde se continúa en la búsqueda de genes implicados.

Además, por medio de las neuroimágenes, se han podido observar diferencias estructurales en la anatomía cerebral de personas diagnosticadas como autistas. Se han hallado diferencias anatómicas en las porciones inferiores de los hemisferios cerebelosos, acompañadas de pérdida celular.

También se han realizado estudios con respecto a las bases neuroquímicas, en cuanto a la implicación de los neurotransmisores. El

hallazgo de mayor importancia en el autismo es un aumento en el nivel de serotonina. La misma es un neurotransmisor cerebral implicado en varias funciones mentales como el comportamiento, el sueño, la agresividad, la ansiedad y la regulación afectiva, por lo que estas disfunciones son características del cuadro.

En este sentido, se puede afirmar que el trastorno autista está condicionado genéticamente, y se producen alteraciones anatómicas, alteraciones en los neurotransmisores y también en la actividad bioeléctrica cerebral. En este sentido, Morant, Mulas y Hernández (2001) indican que “esta condición genética, posiblemente favorecida por una influencia ambiental insignificante para el cerebro de la mayoría de los sujetos, desarrollaría un trastorno autista en un cerebro genéticamente predispuesto”.

Postura Psicológica:

1. Perspectivas Psicoanalíticas

La teoría psicoanalítica será la primera que intente situar el correlato entre las aportaciones del medio y el desarrollo psíquico, proponiendo una visión de la psicopatología infantil en términos de perturbaciones en el desarrollo, considerando al autismo como el trastorno más grave de aparición temprana (desde el inicio de la vida post natal).

En los escritos de varios autores psicoanalíticos se caracterizaba al autismo a partir de síntomas de aislamiento que habían sido descritos en el DSM IV para el Trastorno Reactivo de Vinculación.

Melanie Klein postulará la existencia de dos estadios dentro del primer año de vida. En primera instancia, el yo primitivo deberá luchar contra las exigencias destructivas de la pulsión de muerte. Utilizará dos

mecanismos de defensa, uno de naturaleza esquizoide, es decir, la división del yo y del objeto, en dos aspectos que representen a las dos pulsiones que se encuentran disociadas. Otra defensa, de naturaleza paranoide, es decir, la proyección en el exterior de sentimientos propios. El temor que el yo siente ante el objeto malo amenazante es causa de la ansiedad paranoide.

Para la autora, el primer problema humano es superar este estadio para poder acceder a un modo de relación con el objeto más sano.

En 1930 describe el caso Dick, cuyas características son asimilables al diagnóstico de autismo. Plantea su tesis principal en la cual indica un déficit en la simbolización como consecuencia de un trauma precoz de carácter psicológico afectivo, no pudiendo clasificar, asociar ni ordenar su mundo, ante el cual se desencadenan defensas pertinentes.

Tustin, basándose en la concepción kleiniana, desarrolla una ampliación de las defensas. Renovó las concepciones del autismo al proponer la clasificación en 3 grupos:

- Autismo primario anormal: resultado de una carencia afectiva primordial y una indiferenciación del cuerpo del niño y el de la madre. Es una prolongación anormal del autismo primario. El niño apenas ha experimentado separaciones. La dicotomía yo – objetos es anulada, o nunca se había establecido.

- Autismo secundario de caparazón o encapsulado: se desarrollará como defensa. Se presenta una diferenciación excesiva entre el yo y el no yo, al modo de una barrera aislante. Reúne la semiología descrita por Kanner bajo el rótulo de autismo infantil precoz.

- Autismo secundario regresivo: su etiología se vincula con una regresión. Antes de que ésta se produzca, el niño ha tenido conciencia de la separación física durante un período prolongado. El niño logra ciertas pautas de desarrollo, aunque sobre bases endebles. El autor asocia este cuadro con la esquizofrenia infantil.

Lo que contribuye a la etiología del autismo primario normal, de origen orgánico, es el sentimiento de pérdida temprana y no superable del pezón, y su incapacidad para superar la pérdida del mismo. Ante esta vivencia traumática para el niño, desarrolla un aislamiento autosensible que bloquea las experiencias de relación.

A fin de ampliar en algo lo expuesto en el recorrido histórico, se retoman a continuación los conceptos principales de Margaret Mahler, autora psicoanalítica que postula que la tarea del aparato psíquico es la de adaptarse a la realidad exterior compartida, tarea que estará a cargo del Yo. Es imprescindible el auxilio externo de la madre para poder realizar esta tarea. La empatía de la misma servirá a los fines de crear una unidad cerrada madre-hijo.

Para la autora, las primeras semanas de vida constituyen una fase de autismo normal, en la cual no hay distinción entre la realidad interior y exterior. Esta fase será seguida por una fase simbiótica (2-8 meses) en la cual el sí mismo del bebé y su madre se encuentran fusionados. A partir del sexto mes se irá instaurando el proceso de separación-individuación, que culmina a los 2 años en un desligamiento gradual de la simbiosis. Mahler insiste en la madurez del sistema nervioso central como factor fundamental para lograr el desarrollo. La patología del desarrollo será denominada como psicosis infantil, diferenciando diversos cuadros en función del momento evolutivo en que eclosionan: autismo infantil precoz (los niños permanecen fijados en la fase autística de la vida uterina, presentan hábitos auto agresivos. Son niños impenetrables a la voz y a los mandatos de la madre, parecen no mirar a nadie, miran a través de uno. Les es necesario hallar mecanismos sustitutivos de adaptación para sobrevivir.) Y síndrome psicótico simbiótico (que representa una fijación o regresión al segundo estadio, de fusión simbiótica. El niño no alcanza la fase de separación-individuación).

A diferencia de Klein, Tustin y Mahler mencionan la función de la madre y el medio ambiente en el desarrollo evolutivo del niño.

Winnicott, por su parte, plantea que este nuevo cuadro clínico, el autismo, no tiene límites claros, y considera que no debería ser catalogado una enfermedad. Para él se trata de manifestaciones infantiles que indicarían una evolución no favorable. Se podría indicar que Winnicott sostiene una postura ecológica, en la cual el medio ambiente ocupa un lugar central, tanto en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patología.

El desarrollo emocional del niño es precario, pero si la provisión ambiental es suficientemente buena, cuando al niño le surgen dificultades puede reconocer que hay alguien que le tiene consideración y no se dejarán huellas de patología. Por el contrario, si hay una provisión ambiental incapaz de mantenerse, se acumulan los agravios y el niño tiene que erigir defensas contra estos, desarrollándose la esquizofrenia infantil.

A partir de la contribución de Winnicott se diferenciara el diagnóstico de autismo infantil de la esquizofrenia infantil, la cual es consecuencia de la carencia de un medio familiar proveedor de su necesidades.

2. Perspectiva Cognitivo Conductual

Se considera al autismo como un trastorno cognitivo, a partir del desarrollo de la Teoría de la Mente. Se presentan alteraciones en cuanto a la capacidad de atribuir e inferir estados mentales de las personas, principalmente los que implican representaciones. Los niños desde los 4 años aproximadamente son capaces de entender que los demás tienen pensamientos, intenciones y deseos que determinan sus formas de actuar.

Desde la Teoría de la mente, existe en los niños autistas la dificultad de poder resolver la tarea de:

1. Falsa Creencia de Primer Orden: consiste en que una persona o personaje tiene una creencia sobre una situación y esta cambia sin que lo sepa, por lo que hay que predecir una “conducta equivocada” de la persona con relación a la situación, basada en una falsa creencia.

Barón-Cohen y sus colaboradores, en investigaciones sobre teoría de la mente, han elaborado un experimento denominado de Sally-Anne, en relación a la tarea de la “Falsa Creencia”. En el experimento, el niño observador autista mira cómo el experimentador representa una historia con dos muñecas: la primera, Sally que tiene una cesta, y la segunda, Anne que tiene una caja. Sally coloca una canica en su cesta antes de salir de la habitación. Anne, cuando Sally está fuera, saca la canica de la cesta y la coloca en su caja. Cuando Sally regresa a la habitación, se le pregunta al niño: ¿dónde buscará Sally su canica?

Un niño con una buena teoría de la mente señalará que Sally buscará la canica en el cesto, porque no sabe que Anne ha cambiado la canica y la ha puesto en su caja. En cambio, el niño con autismo, en cambio, dirá que Sally la buscará en la caja, por que no entiende que Sally piense aún que la canica está en el cesto donde la había dejado. No comprende que sus acciones están basadas en un pensamiento equivocado y que los demás tienen sus propios pensamientos (estados mentales) que pueden ser diferentes de la realidad y que pueden diferir de los propios.

2. Falsa Creencia de Segundo Orden: consiste en que alguien tiene una falsa creencia sobre la creencia de otra persona, que los niños normales resuelven hacia los 6 años. Continuando con el ejemplo, se le preguntaría al niño autista qué piensa Anne (creencia de primer orden) sobre lo que piensa Sally (creencia de segundo orden), en cuanto a dónde buscaría ella la canica. Si el niño responde incorrectamente es porque no puede inferir estados mentales.

Aunque personas con alto nivel cognitivo pueden resolver esta tarea, se han presentado fallas cuando la actividad mentalista es más sutil y compleja, por ejemplo, cuando son interrogados sobre historias y las respuestas implican inferir estados mentales de miradas a partir de la presentación de fotografías.

Nuestra postura: Demostración de casos clínicos

En los últimos años, las teorías psicológicas apuntaban a definir un solo aspecto en el desarrollo psicológico del autismo, cuya alteración permitiera dar cuenta de las anomalías y déficits evolutivos que se observan en los niños con autismo. A partir de la detección de una única causa es que se elaboraban las estrategias de tratamiento.

Ilustraremos lo enunciado a partir del relato del Caso Sylvie, llevado a cabo desde una postura psicoanalista:

Sylvie tiene 3 años. No tolera ningún contacto que provenga del otro. No camina ni habla. Se rehúsa a comer sola y para alimentarla es necesario llevar a cabo una serie de conductas para sostenerla y darle el alimento.

Según Cordié, terapeuta de la niña, pareciera que estuviera siempre a la defensiva, como si el acercamiento del otro constituyera una violencia destructora. El autor trabaja a partir de la palabra. Se da cuenta de que la melodía calma a la niña, por lo que le canta a Sylvie aquello que la madre no podía expresar, aquel sentimiento ambivalente, amor y odio, hacia la niña. Utiliza la técnica de juegos en espejo, que le permite que Sylvie tome posesión de su cuerpo. El análisis evoluciona permitiendo la aparición del lenguaje. Trabaja con la madre de la niña, ya que el “el síntoma del niño se encuentra en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar”. (Lacan, 1969).

En la actualidad, y respecto de las observaciones que se han hecho de este caso, nos parecería oportuno incluir la siguiente observación de Riviére: “en el plano del tratamiento, la estrategia única debe ser sustituida claramente por una estrategia múltiple.” (Riviére, 1997) Esto se fundamenta en que todo tratamiento del autismo es sintomático. El tratamiento del autismo, por un lado, admite principios generales abstractos, pero a la vez requiere que el mismo sea individualizado. La unificación entre lo general e

individual aparece en el concepto de Espectro Autista, lo cual implica la consideración del autismo como un continuo de diferentes dimensiones y no como una única categoría, permitiendo reconocer lo que tienen en común y lo que los diferencia. Con independencia de las intervenciones que se realicen, es fundamental que el tratamiento plantee objetivos específicos según cada sintomatología que guíen y modulen al mismo.

Por lo tanto, nos parece adecuado incorporar aquí la caracterización que de estos cuadros realiza el abordaje para el tratamiento lingüístico del espectro autista la Terapia Cognitivo Conductual, por contemplar aspectos más integrados de la personalidad, pudiendo ser definida como: "la aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana". La misma sostiene que, en el manejo del autismo, se han aplicado múltiples técnicas para mejorar las condiciones del niño, con resultados aceptables, y propone una perspectiva denominada Terapia Conductual o Análisis Aplicado de la Conducta (ABA: Applied Behavior Analysis).

En el fundamento de esta terapia se sostiene que existen reglas generales que el terapeuta debe tener presentes antes de iniciar la modificación de la conducta:

1. Es indispensable tener una impresión diagnóstica del paciente.
2. Cada niño es un individuo único: las necesidades, avances y logros son también individuales y nunca deben ser comparados con otros niños.
3. No existen terapias universales: Cada niño, en su individualidad, requiere de terapias específicas a sus necesidades, y sus avances serán conforme a sus capacidades. Ningún programa, por bien diseñado que esté, funcionará igual para todos los niños.

4. Programación acorde a las necesidades individuales: La programación debe basarse en las necesidades individuales del niño, y para cada uno es diferente.

5. Ambiente que rodea al niño: Se debe designar un escenario conductual adecuado, de acuerdo a las características y necesidades del niño, el cual debe de estar libre de ruidos y distracciones.

6. Salud del niño: El estado físico del niño debe ser tomado en cuenta diariamente, por ser una variable que influye fuertemente en el desempeño del paciente.

7. Trabajo en equipo: El terapeuta deberá involucrar a los padres y maestros en el tratamiento del niño. Se debe tener el acercamiento constante y la comunicación entre todos aquellos que interactúen en el desarrollo del niño.

8. Constancia: es una condición indispensable para la adquisición de nuevas habilidades. La programación establecida debe seguirse en forma continua tanto en casa por los padres como en la escuela por los maestros.

Además, según Riviére, es fundamental tener en cuenta determinados principios regulativos en la terapia:

1. Promover el bienestar emocional de la persona autista, disminuyendo sus experiencias emocionales negativas de miedo, terror, ansiedad, frustración e incrementando la probabilidad de emociones positivas de serenidad, alegría, afecto positivo y autovaloración.

2. Aumentar la libertad, espontaneidad y flexibilidad de la acción, así como su funcionalidad y eficacia.

3. Promover la autonomía personal y las competencias de autocuidado, disminuyendo así la dependencia de la persona autista e incrementando sus posibilidades de que ésta se sienta y sea eficaz.

4. Desarrollar las competencias instrumentales de acción mediada y significativa sobre el mundo, y las capacidades simbólicas, que a su vez permiten una acción también mediada y significativa sobre las otras personas y del sujeto sobre si mismo, y aumentan sus posibilidades de comunicación, autoconciencia y regulación significativa de la acción propia.

5. Desarrollar destrezas cognitivas y de atención, que permitan una relación más rica y compleja con la realidad circundante.

6. Aumentar la capacidad de la persona autista de asimilar y comprender las interacciones humanas, y de dar sentido a las acciones y a las relaciones con otras personas.

7. Desarrollar las destrezas de aprendizaje, tales como las basadas en la imitación, la identificación intersubjetiva, el aprendizaje observacional, que permiten incorporar pautas culturales y beneficiarse de ellas.

8. Disminuir aquellas conductas que producen sufrimiento en el propio sujeto y en los que lo rodean.

9. Desarrollar las competencias comunicativas.

10. Aumentar las capacidades que permiten interpretar significativamente el mundo, disminuyendo el “fondo de ruido” cognitivo que aísla a la persona autista.

Sobre la base de estas premisas, y a modo de somera ilustración de los enunciados, nos pareció interesante ejemplificar los postulados redactados más arriba incluyendo dos casos clínicos extraídos del libro de Riviére: “Tratamiento del autismo: Nuevas Perspectivas”, en los que se podrá visualizar el desarrollo de la sintomatología en el Síndrome de Kanner infantil y Síndrome de Asperger adulto, hallándose diferencias significativas.

Se podrá observar que estas personas son muy distintas una de la otra. La etiqueta “autismo” parece remitir a un conjunto heterogéneo de

individualidades, pero la técnica conductual nuclea técnicas de intervención para ambas dimensiones de esta patología.

M, con un diagnóstico de trastorno autista (Síndrome de Kanner), tiene tres años y medio. Suele ignorar por completo a las personas que lo rodean, y evita de forma sistemática cualquier intento de acercamiento. No mira. No realiza ninguna actividad intencionada de relación con las personas para conseguir deseos o compartir experiencias. Parece sordo. No atiende a llamadas ni a otros intentos de interacción lingüística. No habla. Si no se interviene de forma muy directiva sobre su conducta, dedica la mayor parte de su tiempo a sus extrañas estereotipias: le fascinan los objetos circulares que se pueden hacer girar rápidamente sobre el suelo, y las cosas cilíndricas y alargadas (lápices y ramitas, etc.), que hace rotar con gran destreza con un ágil movimiento de los dedos índice y corazón. Cuando se intenta evitar una conducta suya que se considera peligrosa, se golpea repetidamente la cabeza contra el suelo. No realiza juegos de ficción. Presenta importantes alteraciones del sueño, que obligan a los padres a permanecer despiertos durante largos periodos por las noches.

L, es un joven de 17 años, con diagnóstico de Trastorno de Asperger. Ha terminado con éxito sus estudios de enseñanza secundaria, dando comienzo a estudios profesionales de informática. Llama la atención el paradójico desequilibrio que existe entre sus altas capacidades cognitivas en “muchas áreas de inteligencia impersonal” y su incapacidad de asimilar las sutilezas de las situaciones sociales. Cosas tan simples como “saludar”, pueden ser para L, problemas desconcertantes. Tiene un lenguaje complejo, con el que puede conversar y realizar actividades discursivas, pero que resulta pedante y poco natural. En ocasiones emplea palabras rebuscadas y poco frecuentes, con un significado muy exacto. La entonación de su lenguaje es extraña: parece como si no existiera relación entre lo que dice y

“cómo” lo dice. Ofrece una imagen ingenua, como de alguien ajeno a las variantes de intenciones que se manejan subrepticamente por debajo de las interacciones. Tiene una cierta capacidad sorprendente: puede responder de manera inmediata a preguntas sobre los días de la semana a los que corresponden fechas muy lejanas. Cada vez es más consciente de su enajenada soledad, y sufre cuando ve que sus hermanos salen con amigos los fines de semana, mientras él se queda en casa.

Si bien ambos casos presentan una diferencia sintomatología significativa, en cuanto a su nivel simbólico principalmente, esta técnica permite poder trabajar en ambas patologías para la obtención de una mejor calidad de vida.

Desde esta técnica, en el caso M, nos introducimos en un camino hacia la búsqueda de metodologías más pertinentes que logren desarrollar competencias, desde una visión constructivista y con aportes de una psicología cognitiva que revoluciona la concepción conductista del aprendizaje y le da valor a la mente y a los procesos que ocurren en el individuo que aprende, para otorgar significado a la información.

De allí que se haga necesaria “la implementación de un aprendizaje significativo, que incluye a todo aquello a lo que se le encuentra lógica; es un aprendizaje con sentido” (Valetti, 2007). Para que resulte serlo en patologías como la tratada es necesario que sea funcional, específico y fácilmente ejecutable por parte del niño.

A la luz de estos ejemplos, y llegados a este punto del trabajo, se encuentra fundamental hacer hincapié aquí en las áreas específicas de trabajo, “en una primera instancia: el área de alistamiento cognitivo” (Valetti, 2007), que incluye:

Ambiente: Estructurado, organizado no rígido. Se divide en espacios de trabajo que pueden ser el baño, la mesa, cocina y espacio de descanso.

Estímulo: La respuesta debe ser clara y directa. Ejemplo “Mirá-Mírame”.

Refuerzo: Primario (alimento) y secundario (social). En este caso, se utilizan chocolates, gomitas, dadas en pequeñas dosis, y se intenta ir disminuyendo este estímulo. Es utilizado como ayuda para todos los otros programas.

Una vez logrados estos objetivos, que han sido incorporados y desarrollados de manera funcional por el paciente, se puede pensar en programas de intervención primaria, como por ejemplo posturas físicas (lo cual incluye la corrección de la estereotipias), imitación no verbal y órdenes funcionales (dame, poné, traé.)

Mirada: Atención. Se trabaja la orden “mirá-mírame”, en donde se busca alternar la mirada entre el objeto, denominado refuerzo (primario o secundario), con la mirada hacia el terapeuta. Es decir, que el sujeto pueda, ante la instrucción verbal del terapeuta, mirar hacia el objeto reforzador (mirá el caramelo) o mirar a quien le está hablando asignándole la orden (mirame a mí).

Focalización: En este caso, girar la cabeza cuando se le llama por su nombre, hacer las cosas que se le piden verbalmente. Que pueda implementar la acción de búsqueda en la mesa. Se trabaja con ayuda masiva (redireccionarla con las manos) y refuerzo primario.

Mantenimiento: Que pueda focalizar y sostener la mirada en situaciones cara a cara y alternar la misma entre sujeto-objeto, y objeto y objeto (involucra el seguimiento). Trabaja muy bien el mantenimiento cara a cara, pero hay dificultad en la alternancia entre un objeto y el terapeuta.

El tratamiento podrá contlnuarse con programas de intervención intermedia o avanzada, según los logros que puedan ser alcanzados.

Por otra parte, en el caso L, resulta necesario intervenir de forma directiva, “enseñándole” a relacionarse y desarrollar sus habilidades sociales. Hay que enseñar explícitamente a comenzar, mantener y terminar la interacción, siendo flexibles.

Es fundamental recurrir al uso de la imaginación: que “imagine” cómo se sienten las personas, cuáles son sus estados internos, comprender intenciones en historias e historietas, buscar ayuda, desarrollar habilidades de empatía con el objetivo de poder interesarse por los demás.

La expresión de los sentimientos y emociones debería incluir la dimensión corporal, otorgándole pautas específicas en cuanto a rutinas simples como saludar y despedir.

Dependiendo del nivel cognitivo y de la evolución del tratamiento, se pueden desarrollar técnicas más complejas como el role playing y el teatro leído.

Cuarta Parte: Entre la Inclusión y la Integración Social

Integración social y Ley de discapacidad

Desde inicios de los años noventa, el término “discapacidad” ha sido mencionado en numerosas publicaciones teóricas, artículos y libros.

Desde la psicología actual, existen diferentes concepciones acerca del significado del término. Por su parte, el modelo social define que la discapacidad es una “construcción social” impuesta, y plantea una visión de la misma como clase oprimida, mientras que el modelo constructivista define el significado y consecuencias de la misma de acuerdo con las actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí.

¿Cuál es la concepción de inteligencia que subyace a la discapacidad?

Se sabe que en la gran mayoría, y en particular, las discapacidades mentales quedan excluidas de las concepciones actuales de inteligencia. Sin embargo, teniendo presente la definición del ser humano como un organismo biopsicosocial, merece referencia la propuesta de Howard Gardner (2001) denominada “Inteligencias Múltiples”, en la que plantea que la Inteligencia es un potencial que se manifiesta en la capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos a una o más culturas. Lo importante de esta definición es que nos permite ver que no sólo las personas que son buenas a nivel de lenguaje y lógica matemática: no es que no sean personas inteligentes, sino que existen diferentes tipos de Inteligencia:

- § Inteligencia lingüística: la tienen los escritores, los poetas, redactores.
- § Inteligencia lógica-matemática, la que se utiliza para resolver problemas de lógica y matemáticas.

§ Inteligencia espacial, que consiste en formar un modelo mental del mundo en tres dimensiones; es la inteligencia que tienen los marineros, los ingenieros, los cirujanos, los escultores, los arquitectos.

§ Inteligencia musical: es aquella que permite a cantantes, músicos y bailarines desenvolverse adecuadamente.

§ Inteligencia corporal-cenestésica: la capacidad de utilizar el propio cuerpo para realizar actividades o resolver problemas, como los bailarines.

§ Inteligencia intrapersonal, es la que permite entenderse a sí mismo.

§ Inteligencia interpersonal, la que permite entender a los demás: se la suele encontrar en vendedores, políticos, profesores o terapeutas.

§ Inteligencia naturalista, la utilizada cuando se observa y estudia la naturaleza, con el motivo de saber organizar, clasificar y ordenar.

Ver la discapacidad cognitiva a través del concepto de inteligencia planteada por Gardner es poder ampliar las posibilidades del individuo a desarrollarse en la sociedad.

A raíz de las dificultades que traen aparejadas patologías graves, como el Síndrome Autista, y las que fueron desarrolladas en este trabajo de recopilación de datos sobre un tema de investigación, es que los autistas fueron considerados durante años personas ineducables.

Hoy, sabemos que los autistas tienen dificultades especiales en el tratamiento de la información verbal, temporal, abstracta e invisible, pero suelen presentar un desarrollo normal, o incluso superior al normal en algunas áreas (habilidades visoespaciales, manipulativas, memoria fotográfica, dibujo, música, etc.), dando a entender un hábil manejo de la información concreta, visual y espacial.

Algunas de estas personas tienen gran interés por la letra escrita o por conocimientos muy reglados (mapas meteorológicos, horarios de trenes, marcas de automóviles, etc.); es por eso que se deberían conocerse sus facultades totales de aprendizaje, como lo son la percepción, la audición, la

visión y la memoria. Se deberían descubrir sus potencialidades, agregar un tinte progresista a la educación especial, sosteniendo la visión de la inteligencia como una capacidad que se puede desarrollar y estimular. (Fantini, 2008)

Mantener una “mente abierta” a la evolución e información que las investigaciones en la actualidad nos brindan sobre esta temática, puede ser una de las mejores herramientas a la hora de ayudar a las personas autistas y a sus familias.

En la actualidad, y desde un marco jurídico, las personas con discapacidad apelan a sus derechos de integración social, en lo que se refiere a prestaciones básicas de salud, rehabilitación y fundamentalmente educativas.

La ley 24.901, bajo el título de “Sistema de Prestaciones Básicas En Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad” en sus artículos 15, 16 y 17, estipulan la implementación, entre otras cosas, de prestaciones educativas que promuevan la restauración de las conductas desajustadas, la adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, con el objetivo principal de restaurar las aptitudes e interés de la persona con discapacidad para que pueda alcanzar un mejor y adecuado nivel de integración psicofísico y social.

Muchas veces, en lo que concierne al ámbito educativo, es necesaria una programación sistemática, específicamente diseñada, especialmente elaborada para cada discapacidad. La misma, según estipula la ley, puede implementarse dentro de un servicio de educación común, como así también en los establecimientos de educación especial, que favorezcan la integración escolar.

En lo tocante a los procedimientos de enseñanza especial, en lo que se refiere al autismo, que es el eje central de la presente investigación, la mayoría de los autores consideran que se deben cumplir ciertas condiciones

y reunir una serie de características (Powells, 1992; Riviére 1996), entre las cuales se podrían mencionar las siguientes:

- Se basan en considerar el autismo como un trastorno del desarrollo.
- Acentúan los objetivos funcionales y la necesidad de intervenir en contextos naturales de interacción.
- Deben ser estructurados y basados en los conocimientos desarrollados por la modificación de la conducta, en especial en lo que a aspectos de metodología rigurosa se refiere.
- Deben ser evolutivos y adaptados a las características personales de los alumnos, definiendo de forma precisa los prerequisites evolutivos y funcionales de las conductas a tratar.
- Deben ser funcionales y con una definición explícita de sistemas de generalización.
- Deben implicar a la familia y la comunidad.
- Deben ser intensivos y precoces.
- Acentúan la intervención en comunicación, desarrollando objetivos positivos, es decir, no se centran en eliminar conductas indeseables, sino en crear y potenciar habilidades adaptadas y alternativas.
- Deben establecer una disposición cuidadosa de las condiciones ambientales
- Deben tener en cuenta una comprensión del autismo desde “dentro” y no sólo una tecnología fría.

Como puede verse, es de primordial importancia “la estructura”, hay que planificar contextos, situaciones, metodología y objetivos, para que el niño pueda entender e interactuar satisfactoriamente con su entorno. Hay que recordar que nos encontramos con un ser que se mueve en un plano diferente al nuestro, y por ende necesita de una firme flexibilidad, que le

permita diversas variantes, a la hora de ayudarlo a interpretar la realidad, su propio mundo.

De esta manera, se apunta a un sujeto integrado y no simplemente incluido a nivel educacional, en primera instancia, y posteriormente a nivel social.

Integración e inclusión no son opuestos; tal vez puedan llegar a ser instancias dentro de un mismo camino o recorrido, pero a la hora de posicionarnos socialmente pueden verse las diferencias: Un sujeto integrado, como parte integrante de un todo, indefectiblemente está incluido en el mismo. Mientras que un sujeto incluido, colocado dentro de algo, no necesariamente estará integrado al todo.

La integración permite que la persona con discapacidad pueda participar de experiencias de aprendizaje, en el ámbito de la escuela común y, por ende, significa resignificar las potencialidades, ya que sus aprendizajes logran ser construidos por sujetos con diferentes potencialidades. Implica no sólo entender las diferencias, sino aceptarlas.

Si entendemos al Aprendizaje como una construcción social, entenderemos que cada individuo desde su lugar realiza aportes y se enriquece en el intercambio con el otro.

Por eso, concluyendo este apartado, podríamos decir que “cuando dejamos de ver la discapacidad es cuando podemos ver la Capacidad de los que nos rodean, dejándolos encontrar su lugar social, su lugar en el mundo”.

Consideraciones finales

La siguiente investigación fue realizada con la finalidad de poder comprender de manera general el Trastorno Autista y, de manera específica, los aspectos deficitarios del lenguaje de quienes lo padecen, pudiendo establecer criterios diferenciales con respecto aquellas patologías con las cuales se suele hallar comorbilidad.

Partiendo de la definición inicial dada por Leo Kanner, psiquiatra de origen austríaco, se han postulado las dificultades y confusión en cuanto a los límites del trastorno, así como sobre su carácter y causas, brindando la postura teórica referida a la temática desde diversos autores, como Winnicott, Mahler y Riviére.

El autismo nos ofrece la imagen de una perturbación severa y generalizada del desarrollo, que abarca diversos aspectos de la personalidad, el mundo cognitivo y simbólico y las relaciones comunicativas, que encuentra manifestaciones claras en las alteraciones del lenguaje.

Es en la década de los 40', en Estados Unidos L. Kanner, y H. Asperger, en Austria cuando se produce una seria descripción de los cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados Trastornos del Espectro Autista. A lo largo de los años transcurridos desde entonces, la comprensión y la clasificación de los mismos ha ido variando en relación a los modernos hallazgos científicos.

Con respecto a dichos hallazgos, se ha tratado de buscar una causa específica en cuanto al origen del autismo; en esa búsqueda se ha caído en la necesidad de encontrar respuestas mediante la formulación de la gran dualidad (mente – cuerpo), que ha marcado el curso de todas las investigaciones psicológicas.

En cuanto al autismo, el gran interrogante siempre giró en torno al descubrimiento de sus posibles causas, oscilando entre lo ambiental - conductual y lo biológico - genético.

En la actualidad, luego del inicio de un nuevo siglo de investigaciones, se podría decir que el origen del autismo remite tanto a lo biológico como a lo ambiental. El cuadro es de origen biológico pero su evolución está modelada por el ambiente.

El genotipo es el “director” del desarrollo, especifica una norma de reacción, marca desarrollos posibles del trastorno, mientras que el ambiente puede tener una posibilidad de modificación de lo genético (ambiotipos). Los rasgos ambientales “prenden” características específicas de la persona pero neutralizan otras.

Se habla así de una interacción dialéctica entre cuatro variables que orientan y guían el desarrollo: cerebro, ambiente, conducta y genes.

Desde el ámbito patológico, se podría pensar en el autismo como una interrupción de esta interacción dialéctica, donde los desvíos en el desarrollo son originados por el predominio de algunas de las variables; es así como esta relación dialéctica puede transformarse en bidireccional.

En la actualidad, se ha incorporado el término “trastorno del espectro autista (TEA)”, el que, además de los aspectos que ya han sido aceptados en la denominación TGD, resalta la noción dimensional de un “continuo”, en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades tales como las relacionadas con la interacción social, la comunicación y la imaginación.

La comunicación, una de las capacidades que se encuentra alterada en TEA, envuelve al ser humano desde el momento de su concepción y durante todo el periodo de gestación, contribuyendo a su madurez integral. Se pueden rastrear los inicios de la comunicación de un individuo en el momento de su gestación. El proceso comunicativo que empieza con el vientre materno no terminará nunca, sino que a lo largo de la vida el sujeto se va adaptando a distintas formas de comunicación.

A medida que el individuo se desarrolla y crece, pueden evidenciarse, o no, ciertas deficiencias. Existen sucesos que acompañan a la gestación que empañan la fluidez del habla, ocasionando trastornos del aparato fonarticulatorio. Entre dichos sucesos podemos encontrar sordera, afasia y autismo.

El autismo se manifiesta generalmente después de un período de desarrollo aparentemente normal. Sin embargo, los primeros síntomas del autismo suelen ser "insidiosos" y poco claros, y es frecuente que provoquen en los padres un sentimiento de intranquilidad y temor.

El primer temor que tienen, es el de que el niño pueda ser sordo, debido a su falta de interés por las personas y el lenguaje. Es por tal razón que se describe al niño como "encerrado en una campana de cristal", una especie de muralla invisible que lo separa de su contacto con la realidad.

La "comunicación intencional" activa y espontánea que suele desarrollar el niño normal, desde los ocho a nueve meses, a través de sus gestos y vocalizaciones prelingüísticas, se ve limitada en los niños autistas. Se pueden observar la falta de sonrisa social, mirada a las personas, gestos y vocalizaciones comunicativas, y "apego".

Las alteraciones del lenguaje en el autismo incluyen un cuadro complejo de las que indudablemente se destacan, el mutismo de casi la mitad de la población autista, la literalidad e inaccesibilidad del lenguaje, las ecolalias e inversiones pronominales, las dificultades severas en la comprensión, la escasez- en el habla espontánea- de vocabulario, de preguntas con valor informativo y de producción verbal en general, la aparente falta de intención comunicativa de las emisiones verbales, las alteraciones en la comprensión y en la utilización de gestos. También, a nivel semántico-pragmático, las alteraciones en el tono, ritmo e inflexión de la voz, la falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido y la aparente falta de captación del sentido.

Entre los dieciocho meses y los cuatro años puede que se añadan nuevos problemas, o se acentúen los que existían previamente, en particular pueden manifestarse más claramente los problemas conductuales.

Por otra parte, esta etapa suele ser de crucial importancia para el diagnóstico y el comienzo del tratamiento. Si el diagnóstico precoz es continuado desde una intervención temprana, el pronóstico será mejor, particularmente en el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y las habilidades funcionales en general. La importancia del diagnóstico precoz radica tanto en la posibilidad de intervención temprana del equipo terapéutico (que incluye a los padres), como en la posibilidad de trabajar en un contexto social adecuado a las necesidades del paciente, con el objetivo de proporcionar un medio ambiente adaptativo para estos niños que no pueden “sentir” el mundo como otras personas. También para ayudar a los padres a comprender la naturaleza del problema de sus hijos, y ofrecer a los padres herramientas para enfrentar dificultades que puedan surgir en el hogar, de manera cotidiana.

Además, es posible observar extrañas respuestas a los estímulos del medio: niños que parecen sordos pero se extasían con ligeros ruidos o con música, o que hacen girar objetos y se estimulan con cosas sin significado, ignorando a las personas, evitando su contacto, ajenos a sus palabras y expresiones emocionales, en realidad, el niño parece estar "solo", aunque los demás estén con él, y su dificultad para usar y comprender gestos y lenguaje acentúan esta impresión.

Específicamente, en torno a las alteraciones en la adquisición del lenguaje se podrían distinguir tres niveles. En el tercer nivel, se presentan anomalías en el uso funcional del lenguaje (aquí pueden presentarse, además de las denominadas ecolalias, los trastornos pragmáticos, las alteraciones de la prosodia y el uso no adecuado de determinadas palabras).

Con el objetivo de realizar un análisis desde una perspectiva psicolingüística se debe remitir al tercer nivel mencionado, en presencia del

Síndrome de Asperger, en el que se aprecia un mayor nivel de competencia gramatical, aunque el uso del lenguaje es de escasa fluidez y poca iniciativa de interacción.

El Síndrome de Asperger es definido por el CIE 10 como combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo, y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo).

En cuanto a la estructura morfosintáctica, la misma es aceptable, aunque pueden existir inversiones pronominales. Poseen un repertorio limitado de funciones pragmáticas. Las funciones declarativas son de menor espontaneidad y, generalmente en respuesta a las interacciones de los adultos de su entorno. Esta interacción también se realiza en torno a sus intereses: son capaces de realizar muchas preguntas con respecto a los mismos.

Su lenguaje es poco subjetivo. En este sentido, Riviére indica, que la función declarativa exige alguna noción intersubjetiva de los “otros”, como seres con experiencia interna, capaces de compartir la experiencia propia. La única posibilidad de alcanzar la función declarativa es contar con un sistema simbólico, que permita intuir la posibilidad de intercambiar experiencias con las persona.

En cuanto a la comprensión, se observa extrema literalidad, no pudiendo comprender las dobles interpretaciones (chistes, metáforas; etc.). Por último, a nivel conversacional, presentan ineficacia narrativa, realizando repeticiones temáticas. Hay imposibilidad de mantener el canal de comunicación y dificultades de expresión emocional.

A partir de lo desarrollado, se han podido establecer criterios de diagnóstico diferencial entre el trastorno autista y otras patologías como el trastorno específico del lenguaje. El trastorno específico del lenguaje es definido como un trastorno en el lenguaje, caracterizado por la inhabilidad

para usarlo. Si bien no se encuentra determinada su etiología, las investigaciones actuales indican que podría ser producido mayormente por alteraciones cerebrales. Es comúnmente conocido como Disfasia o Trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL).

Los niños con un trastorno severo de comprensión lingüística pueden manifestar conductas similares a las del autista, y a su vez éstos, presentar problemas lingüísticos similares a los trastornos de desarrollo del lenguaje y también conductas disruptivas y de ensimismamiento, ya que no logran comprender con normalidad lo que se les dice.

Las similitudes entre estos cuadros han hecho que se hable de una posible continuidad entre autismo y disfasia receptiva, considerando que el autismo consiste primariamente en una deficiencia del lenguaje receptivo, que posteriormente podría dar lugar a las alteraciones conductuales de los niños autistas.

A partir de las investigaciones de Rutter, se podría concluir que el autismo no es sólo una disfasia, sino que se relaciona, además, con los mecanismos de comunicación prelingüística o no lingüística (por ejemplo gestual), con el mundo simbólico en general y con el hecho de que en el lenguaje de los niños autistas aparecen anomalías que indican la existencia de pautas en el lenguaje no sólo retrasadas, sino claramente alteradas.

Con respecto al síndrome semántico-pragmático (posteriormente denominado Déficit Semántico-Pragmático), el cual también constituye un objetivo de este trabajo, éste recoge un conjunto de síntomas caracterizados por afectar más a la comprensión que a los aspectos expresivos formales. Se encuentran, entre otros síntomas, la dificultad para interpretar las preguntas, la tendencia a interpretar literalmente los enunciados ajenos, la falta de respeto a las reglas conversacionales, la inadecuación de las emisiones al contexto, la poca eficacia informativa y la tendencia a la ecolalia y la perseveración.

En base a estudios longitudinales comparativos, en cuanto a intervenciones con niños con autismo y disfasia semántica pragmática, se ha llegado a la conclusión de que se trata de dos tipos de evolución diferentes, aunque pueden converger en un momento específico del desarrollo.

En este sentido, Riviére afirmará que el diagnóstico diferencial no puede basarse en elementos lingüísticos puntuales (ya que la mayor parte de los síntomas son comunes), sino en la presencia o ausencia de los otros síntomas que definen el autismo como por ejemplo las alteraciones en la conducta y en las relaciones sociales no dependientes del lenguaje.

Se podría concluir, de acuerdo al objetivo específico planteado al inicio de esta investigación, que el trastorno autista no se comprendería dentro de los parámetros del síndrome semántico pragmático, pero que, en algún momento del desarrollo, ambas patologías convergerían, dados los hallazgos de similares manifestaciones.

Igualmente, sería necesario también aclarar que, nuestra intención primera al abordar este trabajo, fue la de realizar un acercamiento bibliográfico respecto de un tema al que consideramos crucial en nuestra carrera, pero para el que no hallamos académicamente respuestas a lo largo de nuestra cursada en las diferentes materias. En lo que respecta a los pormenores de estas diferenciaciones del síndrome semántico pragmático, una diferenciación diagnóstica exhaustiva entre ambas patologías, como así de los trastornos específicos del lenguaje, excedería las limitaciones de este trabajo de investigación de pre- grado, por cuanto una investigación de esa naturaleza debería contemplar otros aspectos como las conductas, un análisis fonológico, y el uso de recursos adaptativos como por ejemplo los sistemas alternativos de comunicación.

Además de lo anteriormente expuesto, se considera que este acercamiento al tema de investigación puede eventualmente servir de base

a quienes estén interesados en la comprensión del trastorno autista con respecto a su conceptualización, evaluación y posible tratamiento, así como se contempló, al redactarlo, la posibilidad de brindar una primera aproximación a la diferenciación respecto de otras patologías con las cuales se suele hallar comorbilidad, en relación a la adquisición y uso del lenguaje.

Quisiéramos, por último, finalizar nuestra tarea en este trabajo con una frase de Ángel Riviére, quien ha funcionado a manera de guía en el logro de este proyecto, una frase que describe claramente lo que se puede observar al encontrarnos con un niño autista:

“Es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como mentalmente ausente a las personas presentes y que, por todo ello, se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. Es autista aquella persona a la que algún accidente de la naturaleza (genético, metabólico, infeccioso, etc.) ha prohibido el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas. Aquel para el cual los otros – y probablemente el “si mismo” – son “puertas cerradas”. (Riviére, 1997).

Es nuestro objetivo, como futuras profesionales de la salud mental, encontrar maneras en las cuales esas puertas puedan “abrirse”, y la mejor manera es hacia el conocimiento de estas y otras patologías que aún no se han logrado estudiar en profundidad.

Consideramos que lo más importante es mejorar la calidad de vida de quienes padecen autismo, que no se olvide que detrás de una discapacidad, también existe una capacidad, una manera distinta de percibir la realidad, y desde donde la psicología, como campo principal, tendrá que desarrollar las habilidades que ayuden a resignificar “su” mundo.

Referencias Bibliográficas

- ADOS (2008). Escala de observación para el diagnóstico del autismo. C. Lord, M. Rutter, P.C. Di Lavore y S. Risi. Manual. Madrid. TEA Ediciones, S. A
- Artigas J. (2005). El lenguaje en los trastornos autistas. REV NEUROL, nº 41 (Supl. 1): S91-S98 S91
- Belinchón, M.; Gortázar, P.; Martínez-Palmer, M.; Flores, V. y García-Alonso, A. (1992) La comprensión verbal en el autismo: ¿alteraciones morfosintácticas, semánticas o conceptuales? España. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Dpto. de Psicología Básica.
- Belinchón, Riviére. (1992). Psicología del lenguaje: Investigación y teoría. Madrid. Ed. Trotta
- Biasotti, A. (2000). ¿Qué es el autismo? Diario Página 12.
- Carasa, N. (2006) Integración Escolar. Texto publicado en el Suplemento Digital de la revista La Educación en Nuestras Manos N° 32. En http://www.educacionenvalores.org/article.php3?id_article=1022
- CIE10 (1992): Clasificación Internacional de Enfermedades.
- Cordié, A. (1993) Un niño psicótico. Ediciones nueva visión, Buenos Aires.
- DSM IV (1994): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Diario Clarín. <http://edant.clarin.com/diario/1998/07/06/e-04201d.htm>
- Fantini, N (2008). Inteligencias múltiples en la discapacidad. Núcleos Problemáticos I, UNMDP.
- Fantini, N (2009). La necesidad humana de comunicar aún frente a la discapacidad. Núcleos Problemáticos II, UNMDP.
- García Coto, M (2009). Jornada de Autismo. Kreia Mar del Plata.
- Gardner, H (2001). La Inteligencia Reformulada. Ed. Paidós. Barcelona.
- Grupo CIDEP, en <http://www.grupocidep.org>

Instituto de Salud Carlos III. (2010) en http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/autismo/autismo_objetivos.jsp

Lacan, J (1969). Dos notas sobre el niño.

Mendoza E., Muñoz J. (1999) Del trastorno específico del lenguaje al autismo. REV NEUROL nº 28 (Supl. 2): S 118-S 123

Morant A., Mulas F., Hernández S. (2001) Bases neurobiológicas del autismo. REV NEUROL CLIN; 2(1): 163- 171

Peeters y Gliberg (1999). Adaptación Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos (FUNDEC). Posgrado en Autismo, Convocatoria 2001. Universidad CAECE.

Riviére, A. (1997). Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Universidad Autónoma de Madrid. En Curso de Desarrollo Normal y Autismo, celebrado los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1997 en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España).

Riviére, A; Martos J. (1997). El tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas. Madrid. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Riviére, A. (2003). Obras Escogidas. Volumen II: Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo. Cap II: Lenguaje y autismo. (Riviére y Belinchón) Scielo.http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592006000100003&script=sci_arttext

Valetti, H. (2007). Curso de Capacitación: Aprendizaje significativo y Autismo.

Vigostky, L. (1991). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona. Ed. Grijalbo.