

**María Elisa Arrebillaga**

## **Neuropsicología Clínica Infantil**



---

**INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN  
TGD, AUTISMO, ASPERGER, SÍNDROME DE RETT**

 Editorial Brujas



# Neuropsicología clínica infantil

Intervenciones terapéuticas en TGD, Autismo,  
Asperger, Síndrome de Rett



María Elisa Arrebilla

NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN TGD,  
AUTISMO, ASPERGER, SÍNDROME DE RETT

[booksmedicos.org](http://booksmedicos.org)

Arrebillaga, María Elisa

Neuropsicología clínica infantil : intervenciones terapéuticas en TGD, autismo, Asperger, síndrome de Rett . - 1a ed. - Córdoba : Brujas, 2012.  
160 p. ; 23x15 cm.

ISBN 978-987-591-339-4

1. Neuropsicología. 2. Trastorno Autístico. 3. Discapacidad Intelectual. I. Título  
CDD 155

© 2012 María Elisa Arrebillaga

© 2012 Editorial Brujas

1° Edición.

Impreso en Argentina

ISBN: 978-987-591-339-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



[www.editorialbruja.com.ar](http://www.editorialbruja.com.ar) [publicaciones@editorialbruja.com.ar](mailto:publicaciones@editorialbruja.com.ar)

Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616- Pasaje España 1485 Córdoba - Argentina.



*A los seres que transitan la vida entre dos mundos, el mundo ordinario, convencional que podemos ver nosotros, los supuestamente normales, y el mundo desconocido, donde solo habita cada uno, donde cada uno encuentra alas para volar quizá a un mundo ideal, donde se rompen las convenciones, donde la risa existe solo por ser risa, donde el llanto aparece, quizá como manifestación del alma. Para ustedes queridos niños que me han dejado a veces compartir parte de sus vidas y me han enseñado a mirar más allá de lo que ven mis ojos, los acompaño en el camino de la vida desde mi respeto absoluto como personas.*

Maria Elisa







# ÍNDICE

---

Prefacio ..... 13

## Capítulo I

NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL..... 17

Definición de conceptos básicos de las teorías de Piaget:..... 20

Psicomotricidad y Neuropsicología..... 24

Breve Reseña Histórica..... 24

Aprendizaje y Neuropsicología..... 26

Neuronas Espejo ..... 28

Psicoanalistas y Neurocientíficos: Una nueva oportunidad de diálogo .....35

## Capítulo II

TGD AUTISMO S. DE ASPERGER RETT..... 39

Autismo..... 40

Acerca de su etiología .....42

Teorías Neurofisiológicas del Autismo ..... 43

La hipótesis del Lóbulo Temporal Medio ..... 43

La hipótesis del Cerebelo ..... 44

La hipótesis Frontoestriada ..... 45

Sintomatología del Autismo .....47

El desarrollo del juego en el niño con Autismo o Conductas Autistas..... 51

La Simulación..... 53

Juego Funcional..... 54

Alteraciones Cognitivas..... 55

Competencias de anticipación .....55

Atención .....57

Memoria .....58

Competencias de ficción e imaginación..... 58

Imitación .....59

Conducta Repetitiva..... 60

La Conducta repetitiva como trastorno  
en la inhibición de conductas .....64

Lenguaje .....66

Síndrome de Asperger.....71

Síntomas clínicos .....72

Síntomas comparativos entre Asperger y Autismo .....75

Síndrome de Rett .....77

Capítulo III

TERAPEUTA – FAMILIA – INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... 85

La Familia .....90

Tipos de familia ..... 91

Capítulo IV

CASOS CLÍNICOS..... 95

Caso I ..... 95

Relato de un día de vida .....99

Modelo del relato de “Un día de vida”..... 99

Material usado para valoración NPS..... 102

Caso II .....104

Relato de un día de vida ..... 110

Capitulo V

Recursos y Estrategias ..... 115

Intervenciones.....124

¿Qué es el castigo? .....125

Tipos de castigo .....125

La importancia del NO.....126

El lenguaje está también determinado por el NO.....126

Modelo de estimulación multisensorial .....127

Estimulación visual:.....128

Estimulación del tacto:.....128

Estimulación del olfato:.....129

Estimulación de sabores: .....129

Capítulo VI

PROGRAMAS Y SUGERENCIAS ..... 131

Sugerencias para lograr el control de esfínteres .....132

Modelo de Programa Terapéutico .....133

Estimulación de entrada de información visual:.....134

Sensopercepción.....134

Lenguaje .....136

Entrada de Información Auditiva .....136

Entrada de información táctil .....137

Programa terapéutico N.....138

Sugerencias para el Hogar.....139

En cuanto a reglas y límites..... 141

Capítulo VII

ALGUNOS MÉTODOS PARA EL TRATAMIENTO DEL TGD.....143

Programa TEACCH de Carolina del Norte.....143

Pictogramas .....143

Agendas Personales .....145

Sistemas de estructuración ambiental .....146

Pictogramas para señalar acontecimientos sociales relevantes148

Conclusiones..... 151

Bibliografía .....153



## Prefacio

---

El trabajo con niños que presentan alteraciones del desarrollo impone a los terapeutas disponer de herramientas teóricas sólidas que le permitan acceder a la terapia desde una posición responsable.

HEs necesario asimismo contar con algunas características personales para enfrentar este rol desde un lugar lo más aséptico posible.

Cuando el terapeuta recibe a padres en la P.E. (primera entrevista), comienza un camino de compromiso, de entrega, de aprendizaje, de éxitos y frustraciones.

La personalidad, la formación y la experiencia hacen del terapeuta un "instrumento" útil y efectivo en el camino de la adquisición y desarrollo de las funciones cerebrales no adquiridas o deficitarias. Es oportuno destacar que cuando se trata de un profesional joven, ser optimista, intuitivo, humilde, son condiciones personales que le permitirán tener intervenciones asertivas.

El terapeuta es llamado "instrumento" en tanto participante que valora, categoriza y elige los estímulos que serán los encargados de producir cambios en ese ser con déficit, pero que "no podrá" llegar al logro de los objetivos sin la participación y aceptación de la familia y los miembros del entorno (institución educativa, hermanos, cuidadores, etc.).

La nomenclatura diagnóstica en salud mental descripta en el Manual DSM IV puede aparecer como abarcativa y poco precisa en algunos cuadros como TGD, Autismo, Asperger, porque se pueden presentar síntomas comunes a patologías del lenguaje o a alteraciones disfuncionales que pertenecen a patologías del desarrollo y conducir a conformar diagnósticos peligrosos, si éstos son realizados por personas inexpertas y/o con un marco teórico poco sólido.

La planificación del tratamiento para un niño, desde la relación terapeuta-paciente y en consultorio solamente, es una postura recortada y más aún si la problemática impone la presencia de más de un terapeuta.

Es importante tener en cuenta que el trabajo de manera aislada, de cada profesional en su área y desde la mirada que posea cada uno, implica una intervención con final comprometido.

En ocasiones los niños, por la problemática que presentan, tienen tendencia a un comportamiento disociado, de modo que lo anteriormente enunciado sería más iatrogénico que una terapia para el crecimiento.

Por el contrario, es pertinente contar con un equipo de profesionales que compartan el marco teórico, que trabajen desde la valoración al tratamiento con una modalidad transdisciplinaria y en situaciones contextuales.

Desde la transdisciplina puede resultar útil el uso de periodos de tiempo con objetivos comunes. De esta manera es posible que el estímulo ingrese desde distintos canales y en repetidas situaciones, dando como resultado la consolidación del aporte de información, lo que produce huellas mnémicas relevantes.

¿Qué hacer en sesión luego de la valoración?

¿Cómo se confecciona un programa terapéutico?

¿De qué manera se trabaja con profesionales de distintas áreas?



¿Quién coordina la actividad de los terapeutas?

¿Cómo detectar síntomas comunes entre patologías?

Es propósito de este trabajo presentar un modelo de abordaje en terapia neuropsicológica infantil que intente responder a estos interrogantes.

*Maria Elisa Arrebillaga*



# Capítulo I

## Neuropsicología Infantil

---

Juan Azcoaga considera a la Neuropsicología como:

*“(...) una disciplina que estudia las funciones cerebrales superiores como resultado de procesos cerebrales particulares y diferenciados. Es decir que, en el campo de la neuropsicología, hay una nueva apertura en cuanto se interesa por el análisis de la estructura interna de los procesos psicológicos y su desorganización” (Azcoaga, J.E., 1985:65).*

Al referirnos a un sujeto adulto y especialmente a su cerebro, estamos hablando de una estructura madura.

En cambio cuando hablamos de un niño y nos referimos a su cerebro, estamos hablando de un órgano en vías de organización, donde la situación contextual juega un rol determinante en el desarrollo de su psiquismo. Asimismo ese desarrollo dependerá de los factores vinculados a fenómenos genéticos, biológicos y madurativos.

En el desarrollo de un niño existen etapas que indican sobre el funcionamiento normal y nos alertan sobre la comprensión de un cerebro afectado, de donde es posible detectar las señales de anormalidad; la cronología del momento de adquisición y desarrollo será un punto de referencia para realizar una intervención oportuna.

Podemos definir a la Neuropsicología Infantil como *la neu-*

*ropsicología del desarrollo y a diferencia del adulto, estamos ante un sistema nervioso en vías de organización donde el aprendizaje y la plasticidad son pilares desde los cuales "el terapeuta" tiene que sustentar la propuesta de intervención.*

*"Los procesos inherentes al crecimiento y maduración del niño tienen una peculiaridad no reproducible por los fenómenos existentes en el adulto. El behaviorismo, la psicología genética y el estructuralismo no dieron plena satisfacción a la comprensión del proceso cognitivo. Ni por el simple mecanismo de repetición ni por el proceso de desarrollo y maduración se pudieron entender fenómenos que se encuentran ubicados en una red mucho más intrincada" Feld,V.2004:89)*

La neuropsicología, a su vez, da cuenta de un cerebro que requiere de su desarrollo para lograr determinadas actividades cognitivas. Por último, el medio se transforma en un elemento de enriquecimiento y construcción de la realidad que rodea al niño. El proceso de construcción lógica, de formación, lo aprendido, no sólo requiere un contexto de complejidad teórica, sino que también requiere un contexto práctico para ser aprendido (V. Feld, Rodríguez, 2004:89.)

Wallon (2002:77) señaló que el niño "no es reproducción de un adulto, por el contrario lo es de su misma infancia, del proceso de desarrollo y modificación de su conducta"

Wallon coincide con Vigotsky al afirmar que "el niño es un ser social desde que nace y que en la interacción con los demás va a residir la clave de su desarrollo. No obstante, su postura se diferencia, en la explicación del proceso de individuación. En el modo en que el niño se construye como individuo desde el escenario social. De este modo, Vigotsky (1997:54) afirma que todas las funciones psicológicas superiores aparecen primero a nivel interpsicológico, en interacción con los demás y posteriormente se construye e interioriza a nivel intrapsicológico".

Arnold Gesell se dedicó a estudiar la interacción entre el desarrollo físico y mental y estableció una secuencia definida. Sus

trabajos están dirigidos a la conducta y su desarrollo. (A. Gesell y C. Amatruda, 2006:79)

*“El crecimiento mental es un amoldamiento progresivo de las pautas de conducta mediante la diferenciación e integración, que incluye la complementación de herencia y ambiente. El ambiente estimula el desarrollo pero para ello necesita de la maduración adecuada”, dice Gesell.*

El desarrollo es planteado como un proceso continuo que comienza con la concepción y continua mediante una ordenada sucesión, etapa por etapa, representando en cada una de ellas un grado o nivel de madurez.

Gesell, junto con Amatruda, desarrollaron un diagrama en el cual se representan las tendencias generales del desarrollo conductual desde la concepción hasta los cinco años. La estructuración de este diagrama está establecida por edades, siendo las edades claves: 4,16, 28 y 40 semanas; 12, 18, 24 y 36 meses. Contempla las siguientes conductas:

**Conducta motriz**

**Conducta adaptativa**

**Conducta del lenguaje**

**Conducta personal-social**

En la década de 1940 Carlotta Buhler ofreció un aporte de carácter genético y dinámico al conocimiento psicológico del niño. A diferencia de Gesell, Buhler aportó al conocimiento del recién nacido y lo expresó en términos de aprendizaje, denominado "selección de movimientos". Estableció diversos escalonamientos o fases en la evolución, desde el nacimiento hasta el final de la maduración. Concibió la evolución en términos dinámicos de unidad. Buhler investigó el lenguaje infantil, el grito, la llamada a sus congéneres, el balbuceo posterior como caracteres lúdicos, y lo porvenir. Es lo que determinó que denominara al lenguaje "función representativa" En este devenir el adulto establece su función mediadora"( Buhler,1958:89).

De esta manera, Bühler identificó tres funciones básicas del lenguaje:

**La función representativa**, relacionada precisamente con el contexto, con las cosas aludidas (símbolos).

**La función expresiva**, vinculada con el emisor, cuya interioridad expresa (síntoma).

**La función apelativa**, vinculada con el receptor, por cuanto es una apelación al oyente, con el fin de dirigir su conducta (señal). Así pues, un enunciado lingüístico es "señal para el oyente, síntoma de algo en el hablante y símbolo del contenido objetivo que transmite".

En 1955 Piaget planteó sus trabajos de psicología genética y de epistemología que buscaban una respuesta a la pregunta fundamental de la construcción del conocimiento. Las investigaciones llevadas a cabo sobre el pensamiento infantil le permitieron poner en evidencia que la lógica del niño no solamente se construye progresivamente, siguiendo sus propias leyes, sino que además se desarrolla a lo largo de la vida pasando por distintas etapas antes de alcanzar el nivel adulto.

La contribución esencial de Piaget al conocimiento fue haber demostrado que el niño tiene maneras de pensar específicas que lo diferencian del adulto.

### **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS TEORÍAS DE PIAGET:**

---

- **Esquema:** Representa lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; el esquema es aquello que poseen en común las acciones, por ejemplo "empujar" un objeto con una barra con cualquier otro instrumento. Un esquema es una actividad operacional que se repite (al principio de manera refleja) y se universaliza de modo tal que otros estímulos previos no significativos se vuelven capaces de suscitarla. Un esquema es una imagen simplificada (por

ejemplo, el mapa de una ciudad). Al principio los esquemas son comportamientos reflejos, pero posteriormente incluyen movimientos voluntarios, hasta que tiempo después llegan a convertirse principalmente en operaciones mentales. Con el desarrollo surgen nuevos esquemas y los ya existentes se reorganizan de diversos modos. Esos cambios ocurren en una secuencia determinada y progresan de acuerdo con una serie de etapas.

- **Estructura:** *Es el conjunto de respuestas que tiene lugar luego de que el sujeto de conocimiento ha adquirido ciertos elementos del exterior. El concepto central de lo que podríamos llamar la teoría de la fabricación de la inteligencia es que ésta se "construye" mediante una actividad de las estructuras que se alimentan de los esquemas de acción, o sea, de regulaciones y coordinaciones de las actividades del niño. La estructura no es más que una integración equilibrada de esquemas. Así, para que el niño pase de un estado a otro de mayor nivel en el desarrollo, tiene que emplear los esquemas que ya posee, pero en el plano de las estructuras.*
- **Organización:** *Es un atributo que posee la inteligencia y está formada por las etapas de conocimientos que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas. Para Piaget un objeto no puede ser jamás percibido ni aprendido en sí mismo sino a través de la organización de las acciones del sujeto. La función de la organización permite al sujeto conservar en sistemas coherentes la interacción con el medio.*
- **Adaptación:** *Está siempre presente a través de dos elementos básicos: la asimilación y la acomodación. El proceso de adaptación busca en algún momento la estabilidad y, en otros, el cambio. La adaptación es un atributo de la inteligencia, que es adquirida por la asimilación mediante la cual se adquiere nueva información y también por la*



acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información. La función de adaptación le permite al sujeto aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio. La adaptación y organización son funciones fundamentales que intervienen y son constantes en el proceso de desarrollo cognitivo, ambos son elementos indisolubles.

- **Asimilación:** La asimilación se refiere al modo en que un organismo se enfrenta a un estímulo del entorno en términos de organización actual.

*“La asimilación mental consiste en la incorporación de los objetos dentro de los esquemas de comportamiento, esquemas que no son otra cosa sino el armazón de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad”*

- **Acomodación:** Implica una modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio. Es el proceso mediante el cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas. La acomodación no solo aparece como necesidad de someterse al medio, sino que también se hace necesaria para poder coordinar los diversos esquemas de asimilación.
- **Equilibrio:** Son las unidades de organización y construcción del sistema intelectual o cognitivo, regulan las interacciones del sujeto con la realidad, ya que a su vez sirven como marcos de asimilación a través de los cuales la nueva información es incorporada. (Piaget, 1985:160,165)

Para Luria, la psicología soviética ha hecho una profunda investigación acerca de los múltiples factores relativos al reajuste de la percepción, la atención, la memoria, la imaginación, el pensamiento y la acción; los trabajos de Vigotsky (1934), Leontiev (1977), Zaporozhets y Galperín, y otras investigaciones más actuales, proveen un



abundante material para el análisis de la formación y estructura de los sistemas funcionales. Un hecho vital caracteriza a todos estos fenómenos: el reajuste de los procesos mentales bajo la influencia del lenguaje y la creación de formas complejas de actividad" (Luria, 1982).

El lenguaje, aspecto esencial en el origen de la especie humana, según Vigotsky "es un sistema convencional de signos creados por los hombres en el proceso de la comunicación y de transmisión de la experiencia histórico-cultural. Se integra a los sistemas de mediación instrumental del niño y se convierte a lo largo del desarrollo en el regulador fundamental del comportamiento" (Vigotsky, 1997:165)

Asimismo considera que el lenguaje posee una naturaleza social en tanto es producto de una sociedad y expresión de una cultura, éste se adquiere en la comunicación y el diálogo con los demás; no obstante, al mismo tiempo que social, tiene una naturaleza intelectual y abstracta.

La adquisición y desarrollo del lenguaje en el hombre es, además de un hecho cultural, un proceso de carácter bio-psico-social, dotado de leyes internas, siendo un proceso que comienza en el nacimiento y se extiende a lo largo de la vida del hombre. Establece la unidad entre el lenguaje y la inteligencia práctica del niño como dos líneas convergentes de ese desarrollo humano. Por fin, expresa que las "ZDP" (zonas de desarrollo próximo) han permitido esclarecer la distancia del nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.

"Dicha zona define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración y uniones que en la mañana próxima alcanzarán su madurez y que ahora se encuentran en desarrollo embrionario", dice Vigotsky.

## PSICOMOTRICIDAD Y NEUROPSICOLOGÍA

---

El concepto de Psicomotricidad surge vinculado a la patología para destacar la estrecha relación entre lo psicológico (psico) y la forma de manifestarse (motricidad). Rompe con el planteamiento filosófico de Descartes de entender al individuo como una dualidad mente-cuerpo y propone que somos una unidad que vive y se expresa globalmente.

Incluir la importancia de Psicomotricidad desde sus orígenes como objeto de estudio es atinente al desarrollo de la neuropsicología Infantil, para llegar a postular que la actividad Gnósico-Práctica es una Función Superior subordinada al desarrollo del Lenguaje como función rectora.

### BREVE RESEÑA HISTÓRICA

---

Los primeros estudios referidos a psicomotricidad aparecen a finales del siglo XIX con los grandes descubrimientos de la fisiología nerviosa, que pone de manifiesto que el modelo anatomo-fisiológico que se tenía del cuerpo era insuficiente. Fue Dupré quien, a partir de sus trabajos con enfermos psiquiátricos, acuñó el término de psicomotricidad como síntesis de la relación entre los trastornos de la mente y su reflejo a nivel corporal.

En el primer cuarto de siglo se observa una gran influencia neurológica en el concepto de psicomotricidad. Esto viene determinado por los avances que se producen en el ámbito de la patología cortical, de la neuropsiquiatría y la neurofisiología. El ser humano no es concebido como un todo, sino que está compuesto por dos entes totalmente independientes que son el cuerpo y el alma, hecho que traduce el dualismo filosófico que desde Platón a Descartes ha predominado en la concepción occidental del hombre.

La segunda característica fundamental del segundo cuarto de siglo sigue siendo la influencia del dualismo que se infiltra en la paidopsiquiatría y hace que no aparezcan todavía signos propiamente psicomotores y que cualquier problema sea englobado en un síndrome general.

La figura más destacada de este período es Heuyer, (G.1962:121) quien establece la estrecha relación que existe entre el desarrollo de la motricidad, la inteligencia y la afectividad, es decir, por primera vez aparece una concepción global del ser. Heuyer estudió cómo los trastornos de las funciones motrices van acompañados de los trastornos de carácter, llegando a establecer programas de tratamiento para resolver estos problemas, anticipando lo que sería la reeducación psicomotriz.

El tercer cuarto de siglo se caracteriza por el proceso autónomo que se inicia en el ámbito de la psicomotricidad y por la búsqueda de su propia identidad, destacando dos figuras fundamentales como son Ajuriaguerra y Diatkine. (2004:98,99)

Estos autores admiten que, "el acto motor no puede ser concebido como el funcionamiento de sistemas neurológicos yuxtapuestos sino, por el contrario, solo puede comprenderse si tenemos en cuenta el punto de partida, el desenvolvimiento y el fin que quiere conseguir".

También ellos consiguen aislar los distintos trastornos psicomotores, relacionarlos con otros síndromes y establecer con una base científica los distintos tratamientos que se podían llevar a cabo con estos niños.

A partir de estos trabajos aparece en Francia, en el año 1960, la primera Carta de Reeducación Psicomotriz, que aportó la fundamentación teórica del examen psicomotor así como una serie de métodos y técnicas de tratamiento de los diversos trastornos motrices. Todas estas aportaciones constituyen la base de la disciplina psicomotriz, ya que se empiezan a tratar las disfunciones, se especifican objetivos y se establecen tratamientos.

## APRENDIZAJE Y NEUROPSICOLOGIA

---

*“Los diversos estudios realizados acerca del aprendizaje ponen de manifiesto las dificultades en la lecto-escritura y el cálculo, consideradas en su momento como alteraciones del lenguaje, de factores gnósico-práxicos o de factores hereditarios. Ross<sup>1</sup> cita a Kussmaul quien fue el primero que definió como “ceguera verbal” del adulto a los trastornos que devienen de las alteraciones del lenguaje. Concepto que se extendió a los problemas en los niños y al que se agregó “congénito” con el objetivo de darle un carácter concepcional. En 1896 Morgan y en 1898 Bastián describen un caso de dislexia del desarrollo abordándolo como una alteración en la región de la circunvolución angular izquierda. En 1937 se realizó el Primer Congreso de Psiquiatría Infantil en París, en el que se alcanzó un acuerdo para designar con el nombre de “dislexia” a las dificultades de lectura.*

Comprender la relación neuro-cortical y los procesos que subyacen en la normalidad o la patología del SNC (Sistema Nervioso Central) constituyó el eje sobre el que gira la vinculación entre teoría y práctica y del que surgen nuevos desafíos para investigar y avanzar.

Particularmente en Argentina la neuropsicología infantil ha sido introducida en el campo de la investigación y la clínica, por Juan Enrique Azcoaga, médico neurólogo, doctor en Ciencias Médicas.

Algunos aportes teóricos de Azcoaga a la Neuropsicología:

Concepto de “función cerebral superior”, descrito por este autor:

*“Ocasionalmente se halla en la literatura neurológica la denominación de “funciones cerebrales superiores”, aunque no es fácil encontrar una restricción del concepto que quiere expresarse. En general, se considera que comprenden las praxias, las gnosias y el lenguaje. Son, pues, diferentes de las “funciones mentales*

---

<sup>1</sup> Ross, C.F. “La dislexia. Enfoque bio- psico-social” en: [www.upload.wikimedia.org](http://www.upload.wikimedia.org) (consultado el 20/05/2012)

superiores”, las “funciones psicológicas superiores” y de las otras denominaciones similares que pueden ser muy extensivas, hasta el punto de abarcar, tal vez, la memoria, la atención y otros procesos similares. Desde hace algunos años utilizamos de modo deliberado esta denominación para caracterizar precisamente estos tres conjuntos de actividades. Por nuestra parte, la definición, delimita estos tres aspectos:

- 1- Son exclusivas del hombre y no pueden ser descriptas en los animales;
- 2- Son el producto del aprendizaje durante la vida individual;
- 3- Constituyen, por su parte, algo indispensable para otros procesos de aprendizaje.

Consideramos que desde el nacimiento mismo tienen lugar en el lactante procesos de aprendizaje que trascurren organizando, en la corteza cerebral del niño, unidades funcionales de carácter cada vez más complejo. Estos procesos de aprendizaje son concomitantes de la maduración, en particular de la maduración neurológica, con la que se influyen mutuamente. Para llamar la atención sobre su existencia, utilizamos la denominación de “aprendizaje fisiológico” para estos procesos. La progresión de este aprendizaje fisiológico va organizando las “funciones cerebrales superiores”, es decir, las praxias, las gnosias y el lenguaje. Hay desde luego una continuidad a lo largo de la existencia individual que culmina, en cierto modo, en la estabilidad de estas funciones cerebrales superiores, estabilidad que desaparece cuando una lesión cerebral las desorganiza.

Es este último punto el que es mejor conocido por la neurología clásica y que como se sabe, originariamente dio lugar a la denominada doctrina de las localizaciones cerebrales y sus periódicas revisiones. En nuestra opinión, hay una base cierta para el desarrollo de las doctrinas localizacionistas, puesto que solo determinados territorios de la superficie de la corteza dan lugar a la desorganización de una función cerebral superior.

Para nosotros es igualmente cierto que, del mismo modo que la normalidad anatómica de la corteza cerebral del niño condiciona



*el desarrollo de esos procesos de aprendizaje fisiológico, estos procesos van condicionando paulatinamente la organización funcional de la corteza cerebral, lo que culmina en su especialización en el adulto. Las praxias, las gnosias y el lenguaje son el sustento del aprendizaje pedagógico, esto es, de la lectoescritura, el cálculo y las nociones matemáticas, de la música, de los oficios y deportes, de las artes plásticas y en general, de toda actividad que es transmitida de una generación a otra como un aspecto definido del patrimonio cultural. Es en este sentido que decimos que las “funciones cerebrales superiores” sirven para otros procesos de aprendizaje”. (Azcoaga J, Fainstein C, Ferreres A, 1983: 85, 86,87)*

Un grupo de especialistas en neuropsicología, entre ellos Víctor Feld con su trabajo acerca del aprendizaje del cálculo y la alteración como problemática del neurodesarrollo; Maria Inés Reynoso y Alfredo Zenoff en los Trastornos Viso y Grafomotores, del grupo de Apinep Córdoba bajo la dirección de Arrebillaga, con la investigación clínica sobre Autismo y más recientemente junto a Schwartz sobre Disfunciones del Lóbulo Frontal, junto a otros investigadores, aportan un valioso material a la clínica Neuropsicológica Infantil .

## NEURONAS ESPEJO

---

La investigación realizada por Risolatti y su grupo acerca de las “neuronas espejo” aportan un nuevo campo de investigación a la ciencia experimental y a la clínica neuropsicológica.

La investigación sobre “neuronas Espejo” es un aporte invaluable y da respuesta a varios interrogantes planteados en NPS infantil, especialmente a los referidos al estudio y explicación de algunos trastornos del desarrollo, respecto a las posibilidades de lograr la imitación y posterior reproducción de acciones que llevarán luego a la adquisición de una función tan compleja como es el logro de lenguaje hablado.

*“Se denomina neuronas espejo a una cierta clase de neuronas que se activan cuando un animal o persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo, especialmente un congénere. Las neuronas del individuo imitan como “reflejando” la acción de otro: así, el observador está él mismo realizando la acción del observado, de allí su nombre de “espejo”. (Iacoboni M, 2009: 45,48)*

Iacoboni dice que en la Universidad de Parma, Italia, el equipo de Rizzolatti se abocó al estudio (en monos) de una zona del cerebro conocida como F5, que abarca una parte grande del cerebro llamada corteza premotora:

*“La parte de la neocorteza que planifica, selecciona y ejecuta movimientos. El área F5 contiene millones de neuronas que se especializan en “codificar” un comportamiento motor específico: los movimientos de la mano, lo que comprende asir, sostener, rasgar y, sobre todo, acercar objetos —alimentos— a la boca. Para todos los macacos y para todos los primates, estos movimientos son por completo básicos y esenciales. Nosotros, Homo sapiens, asimos y manipulamos objetos desde el momento en que buscamos a tientas la tecla del despertador hasta que acomodamos la almohada en la cama al ir a dormir, dieciocho horas más tarde. Después de todo, cada uno de nosotros realiza cientos, si no miles de actos prensiles todos los días. De hecho, ese es precisamente el motivo por el cual el equipo de Rizzolatti eligió el área F5 para realizar la investigación más cercana posible. El descubrimiento de los mecanismos neurofisiológicos del control motor de la mano en el macaco podría ayudar a personas con daño cerebral a recuperar al menos cierto grado de función de esa extremidad.” (Iacoboni, 2009).*

A través de experimentos muy elaborados, el equipo de Rizzolatti adquirió una comprensión asombrosa de lo que hacen estas neuronas motoras durante diversos ejercicios de “agarre” practicados con los monos. Las denominaron neuronas espejo.

*“Existen ciertos grupos de células especiales en el cerebro deno-*

*minadas neuronas espejo que nos permiten lograr entender a los demás: algo muy sutil. Estas células son los diminutos milagros gracias a los cuales atravesamos el día. Son el núcleo del modo en que vivimos la vida. Nos vinculan entre nosotros, desde el punto de vista mental y emocional.”*

¿Por qué nos embarga la emoción al ver escenas armadas con sumo cuidado y profundamente conmovedoras en ciertas películas? Porque las neuronas espejo del cerebro re-crean para nosotros el dolor que vemos en pantalla. Tenemos empatía por los personajes de ficción –sabemos cómo se sienten– porque literalmente experimentamos los mismos sentimientos que ellos. Y cuando vemos que los protagonistas disfrutan, ríen, se besan, algunas de las células que se activan en nuestro cerebro son las mismas que se activan cuando besamos a nuestros seres amados. Se lo reconoce como sentimiento indirecto. Cuando vemos que alguien sufre o siente dolor, las neuronas espejo nos ayudan a leer la expresión facial de esta persona y, en concreto, nos hacen sentir ese sufrimiento o ese dolor. Estamos en condiciones de afirmar que la acción de la neuronas espejo conforman los cimientos de la empatía y los principios morales.

Las neuronas espejo de un fanático del fútbol que no está practicando el deporte, sino que lo está viendo por tv se activarán y harán que viva las estrategias, pases y goles con tal pasión como si las estuviera ejecutando él.

Sin lugar a dudas, las neuronas espejo nos brindan, por primera vez en la historia, una explicación neurofisiológica de las formas complejas de cognición e interacción sociales. Al ayudarnos a reconocer las acciones de otros, también nos ayudan a reconocer y a comprender las motivaciones más profundas que las generan, las intenciones de otros individuos. Antes de este hallazgo parecía casi imposible estudiar la similitud de los estados mentales entre sujetos.

Iacoboni plantea también:

*“El experimento de la taza de té con el que soñé hace unos años. Los participantes del ensayo miran tres videoclips que muestran*



*el mismo movimiento simple: una mano que toma una taza de té. En uno, el movimiento no está inserto en ningún contexto. Sólo se ven la mano y la taza. En otro, los participantes ven una mesa desordenada, llena de migas de galletas y servilletas sucias: claramente, la finalización de una merienda. El tercer video exhibe una mesada muy prolija, al parecer preparada para tomar el té. En los tres videoclips hay una mano que alcanza una taza de té. No sucede nada más, de modo que la acción prensil que observan los participantes del experimento es siempre la misma. La única diferencia es el contexto.*

*Las neuronas espejo del cerebro de estos participantes ¿notan la diferencia entre los contextos? Sí. Cuando el participante observa la escena de tomar la taza desprovista de todo contexto, las neuronas espejo presentan el grado más bajo de actividad. Se activan más cuando el participante observa cualquiera de las escenas y despliegan el mayor nivel de actividad cuando miran la escena prolija. ¿Por qué? Porque beber es una intención mucho más fundamental para nosotros que limpiar. Hoy en día, el experimento de la taza de té es muy conocido en el campo de la neurociencia, pero no conforma un resultado aislado: existen numerosas pruebas empíricas que sugieren que el cerebro es capaz de reflejar de manera especular los aspectos más profundos de las mentes de los demás –la intención es sin dudas uno de tales aspectos– en el grado ínfimo de una sola neurona. Ello es increíblemente asombroso, como lo es el acto de simulación. No necesitamos hacer inferencias complejas o recurrir a complicados algoritmos. En su lugar, hacemos uso de las neuronas espejo”.* (Iacoboni M, 2009:73,74)

Si analizamos el tema desde otra perspectiva, vemos que existen laboratorios en el mundo que están reuniendo pruebas acerca de que los déficits sociales, tales como los asociados con el autismo, pueden deberse a una disfunción primaria de las neuronas espejo.

Antonio Damasio presenta su hipótesis definiendo la emoción como un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales

que forman un patrón distintivo.

*“Estas respuestas son producidas por el cerebro cuando detecta un estímulo emocionalmente competente, es decir, cuando el objeto o acontecimiento, real o recordado mentalmente, desencadena una emoción y las respuestas automáticas correspondientes. Estas respuestas provienen de un cerebro preparado evolutivamente para responder a determinados estímulos competentes, además de los repertorios conductuales aprendidos a lo largo de toda una vida de experiencias. El resultado primario de estas respuestas es un cambio en el estado del propio cuerpo y en el estado de las estructuras cerebrales que cartografían en cerebro y que son el fundamento del pensamiento. El objetivo final de estas respuestas es el de propiciar que el organismo se oriente a su supervivencia y bienestar.*

*El proceso comienza con una fase de evaluación y definición de un estímulo emocionalmente competente, como el miedo, que se produce en las cortezas cerebrales de asociación sensorial y de orden superior y que generalmente suele conducir al recuerdo de otros estímulos asociados que son, asimismo, emocionalmente competentes. Posteriormente, se produce el disparo o la inducción de la emoción en la que interviene, principalmente, la amígdala, sobre todo en las emociones que generan displacer. A continuación, se produce la ejecución de la emoción a través del cerebro anterior basal, el hipotálamo y el tallo cerebral. Como consecuencia de todo ello, se genera el estado emocional que conlleva cambios transitorios en el medio interno, en las vísceras, en el sistema inmunológico y músculo esquelético y que genera unos comportamientos determinados”.*

Hay que considerar que la continuación y la intensidad de este estado emocional se debe al proceso cognitivo consecuente con ésta, es decir, a los sentimientos que genera, pudiendo darse su extinción, mantenimiento o amplificación. El proceso comienza con el desencadenamiento de la emoción seguida de su ejecución y de la preparación para la generación de los posibles sentimientos. Damasio insiste en que los sentimientos son tan mentales como

los objetos o acontecimientos que desencadenaron las emociones.

*“Todo esto nos lleva a deducir que los pensamientos que se relacionan con la emoción llegan después de que ésta haya comenzado, es decir, que los sentimientos como el de tristeza vienen después de que ésta se haya podido observar en el cuerpo que ya presenta el repertorio de acciones corporales correspondientes a la emoción de tristeza. Solo después de sentir la emoción, se producen los pensamientos propios de la emoción como pueden ser, en el caso de la tristeza, desesperación, fatiga, disminución de los apetitos, etc. Esto se puede observar en los actores que son capaces de generar una emoción que posteriormente generará los sentimientos y pensamientos consecuentes necesarios para poder llevar a cabo, con éxito, una buena interpretación”.* (Damasio A., 2006: 122)

Afortunadamente en el año 2000 se crea la Sociedad de Neuropsicoanálisis, que logra plantear el encuentro entre las teorías de Luria y de Freud, despertando una importante expectativa entre los profesionales que nos dedicamos a la problemática del desarrollo del psiquismo infantil.

La Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis, fundada con la participación del Centro Anna Freud en Londres y ahora, con la activa labor de Mark Solms (psicoanalista y neuropsicólogo) y Jaak Panksepp neurocientífico, copresidentes de la sociedad y también de muchas otras (la sociedad cuenta con unos cuatrocientos miembros alrededor de todo el mundo) explora diferentes campos de convergencias entre el psicoanálisis y las neurociencias, con un interés especial en la cuestión de las emociones.

Los miembros de la sociedad plantean que:

*“El encuadre epistemológico del psicoanálisis sigue siendo moderno y estimulante: En primer lugar, el concepto freudiano de “series complementarias” es, sin duda, el ancestro epistemológico de la noción de modelos multifactoriales (Freud S., 1916-17). No debe olvidarse que la praxis psicoanalítica, que implica tanto la práctica del psicoanálisis como sus implicaciones teóricas, se*

*basa en la premisa de “la verdad local”. Esta observación nos lleva de manera natural a la noción del setting psicoanalítico que es, evidentemente, un concepto clave en el psicoanálisis. En cierto modo, podríamos decir que la totalidad del psicoanálisis puede ser considerado como una metapsicología del setting, pero de una forma no predictiva en lo que se refiere a los contenidos de la sesión. El impacto de la observación en la situación estudiada es también una contribución Freudiana, y aparece, en la actualidad, crucial en otras muchas disciplinas.*

*La cualidad intangible del material observado en el psicoanálisis (sentimientos afectos, fantasías, imágenes mentales, etc.) no es justificación suficiente para proclamar que el psicoanálisis no es científico en sus aproximaciones porque este hecho es compartido también, por ejemplo, por las partículas físicas.*

*El tomar los fenómenos patológicos o poco comunes como el punto de partida desde el cual inferir estados normales o habituales no es, en ningún caso, una aproximación específica del psicoanálisis, como podemos ver en el campo de la genética.*

*Y finalmente, la dialéctica del continente-contenido, la cual ha devenido cada vez más importante para el psicoanálisis especialmente gracias a las contribuciones de Bion, es ampliamente usada en otras muchas disciplinas; en lingüística por ejemplo, la comparación entre la estructura sintáctica y el contenido léxico es una noción muy importante”.*

Estos son los puntos de convergencia útiles de subrayar entre la metodología específica del psicoanálisis y la de las ciencias experimentales. Sin embargo, es preciso decir que sería más beneficioso para el psicoanálisis ser comparado con las ciencias narrativas más que con aquellas llamadas ciencias experimentales de línea dura.



## PSICOANALISTAS Y NEUROCIENTÍFICOS: UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE DIÁLOGO

---

El octavo Congreso de la Sociedad de Neuropsicoanálisis quedó establecido en Viena en julio del 2007 y fue consagrado bajo el lema: "Perspectivas Neuropsicoanalíticas de la Depresión". Fue muy interesante ver que el concepto del Neuropsicoanálisis es capaz de reunir un interés mutuo entre psicoanalistas y neurocientíficos, tanto que los campos de investigación de unos son capaces de estimular reflexiones en los otros y viceversa.

*En otras palabras, las ventajas del concepto de Neuropsicoanálisis son las de acercar a clínicos e investigadores de diferentes disciplinas, todos ellos implicados en el estudio de la mente humana, aunque las desventajas del concepto podrían ser las de confundir los dos diferentes niveles epistemológicos de estas disciplinas y conducir a alguna confusión conceptual.*

*De todos modos, en Francia, con Daniel Widlocher, Lisa Ouss, Alain Braconnier y muchos otros, están muy interesados en establecer el grupo franco-parlante de la Sociedad de Neuropsicoanálisis, lo cual parece hoy una herramienta necesaria para permitir una verdadera comunicación entre psicoanalistas y neurocientífico.<sup>2</sup>*

*Esta comunicación es ahora más posible que nunca y puede que esta nueva oportunidad sea en parte debida a la emergencia del concepto de intersubjetividad, siendo éste realmente capaz de preparar el camino para una biología de las relaciones y, al mismo tiempo, de abrir la vía hacia una supresión definitiva de la tan costosa separación entre las teorías del drive y las teorías de las relaciones objetales, en el marco de la metapsicología.*

*Aún así, hasta el día de hoy, hay una enorme diferencia entre los puntos de vista neurocientífico y psicoanalítico.*

---

<sup>2</sup> Artículo en: Europa Pediatrics Review de [www.seppna.com](http://www.seppna.com) (consultado en 12 de julio de 2012).

*Por ejemplo, la aproximación cognitiva al proceso del olvido no tiene lugar en ningún caso al mismo nivel que el mecanismo de represión psicodinámico. Otro ejemplo: la evaluación de las psicoterapias y de los tratamientos psicoanalíticos, incluso por la vía de la neuroimagen no pertenece, según mi opinión, al campo del Neuropsicoanálisis como tal.*

*De hecho, el nivel de observación de la neuroimagen sigue siendo muy macroscópico en relación a los niveles de los procesos psíquicos, y sería una amarga ilusión el esperar que las evoluciones de la terapia debieran ser necesariamente reflejadas en cambios en la neuroimagen.*

La Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, llegó a las siguientes conclusiones:

*El psicoanálisis no tiene nada que temer, como podría parecer, del formidable progreso experimentado en todos los ámbitos de la ciencia, y particularmente en la neurociencia. Un determinado marco multifactorial, junto con una aproximación interdisciplinar implica que el psicoanálisis puede de hecho esperar con ilusión progresos más allá de los logrados; trabajando juntas, estas diferentes disciplinas harán más fáciles de entender las interrelaciones entre el individuo y el ambiente y en particular, será más fácil subrayar de manera más precisa los mecanismos intrínsecos de la epigénesis. La cognición no debería ser concebida como un nuevo dominio epistemológico como tal sino, como sugirió D. Widlöcher (1990) con su idea de los "operadores de conmutación", como un campo traductor que permite la construcción de puentes y conexiones entre la aproximación biológica al fenómeno mental y las interpretaciones psicodinámicas.*

*Finalmente el concepto de Neuropsicoanálisis se vuelve cada vez más y más relevante, debido a que existe un cambio real en la perspectiva biológica. De hecho, los neurocientíficos han considerado mucho tiempo el cerebro como tal dejando a un lado la cuestión de las relaciones.*

*Desde hace poco tiempo, le están dando un impulso a lo que podríamos llamar como una "biología de las relaciones" y esto queda demostrado con los recientes hallazgos biológicos en el campo del apego.*

*De esta manera hacen el mismo movimiento que hicieron los psicoanalistas al pasar de la teoría del drive a la teoría de las relaciones objétales. Ésta es una de las grandes ventajas del concepto de neuropsicoanálisis, que nos permite sobrepasar la tan costosa separación entre la bio-psicología de un individuo y la biopsicología de las relaciones. Pero, hemos de subrayar un punto importante: si el objeto de estudio de la neurociencia es claramente el cerebro como tal, el objeto de estudio del psicoanálisis es el material producido mediante el trabajo psíquico del paciente y del analista. La desventaja del concepto del neuropsicoanálisis pudiera ser la confusión de estos dos puntos de vista epistemológicos tan diferentes pero, en contraste, la ventaja de éste radica en poder unir estos dos términos sin confundirlos entre ellos, con la intención de definir diferentes relaciones para una misma estimulación y un mismo planteamiento.*





## Capítulo II

### TGD Autismo S. de Asperger Rett

---

*Bajo el término TGD el DSMIV incluye a varias entidades clínicas que pueden presentar síntomas comunes. En algunas alteraciones del desarrollo, como los Trastornos del Lenguaje Receptivo – Expresivo en niveles de severidad profundo, los niños pueden pasar por un periodo de conductas aisladas a la que algunos autores llaman autismo transitorio y que Arrebillaga define como “conductas autísticas”. (Arrebillaga, M E, 2009:86,87)*

El término Trastorno Generalizado del Desarrollo (conocido por las siglas TGD en inglés) se utilizó por primera vez en los años '80 para describir a una clase de trastornos que presentan en común las siguientes características:

- Dificultad en la interacción social.
- Dificultad en la actividad imaginativa.
- Dificultad en las habilidades de comunicación verbal y no verbal.
- Dificultad en un número limitado de actividades e intereses, que tienden a ser repetitivos.

Se identifican cinco trastornos bajo la categoría de los Trastornos Generalizados del desarrollo:

(1) Trastorno Autista.

- (2) Síndrome de Rett.
- (3) Trastorno Desintegrativo de la Niñez.
- (4) Trastorno de Asperger.
- (5) Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

## AUTISMO

---

He considerado oportuno incluir aquí el capítulo de Autismo que ya fuera publicado en mi anterior libro *Autismo y trastornos de lenguaje* (2010) porque forma parte de las patologías incluidas por la comunidad científica como perteneciente al TGD en las alteraciones del desarrollo.

El término Autismo fue ideado por Bleuler en 1911, refiriéndolo originariamente a un trastorno básico de la esquizofrenia, que consistía en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo casi de manera extrema. De ahí las palabras Autismo y autista, que provienen del término griego autos que significa "sí mismo".

Luego Kanner en 1943 acuñó este término a partir de la observación de 11 niños que presentaban características comunes, referidas principalmente a tres aspectos:

- Las relaciones sociales: el rasgo fundamental del síndrome autista era la incapacidad para relacionarse con las personas, demostrando soledad extrema desde el principio de la vida.
- El deseo obsesivo de preservar la invarianza: inadaptabilidad ante los cambios de rutina y de los objetos circundantes, junto a la dificultad para percibir o conceptualizar totalidades coherentes y la tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.
- Comunicación y lenguaje: deficiencias y alteraciones en

la comunicación y el lenguaje con presencia de ecolalia, tendencia a comprender las estructuras lingüísticas de manera literal, inversión de pronombres personales, falta de atención del lenguaje, apariencia de sordera en algún momento del desarrollo y la falta de relevancia de las emisiones.

Este autor también daba un peso relevante a las características de los padres de niños con autismo y los describía como personas que "no se sienten cómodos en compañía de otras personas, educadas y correctas, que admiran la seriedad y desprecian cualquier cosa que les dé impresión de frivolidad" y los describió como "perfeccionistas, obsesivos y faltos de humor" (Kanner, L. 1943).

A partir de la década del sesenta, diversos autores como Rim-bland (1964) comenzaron a aportar afirmaciones importantes que sugerían que los padres no tenían por qué ser la causa del trastorno y que, quizás, podría existir alguna otra etiología para los síntomas autistas. Desde entonces varios investigadores empezaron a estudiar a padres de niños autistas y a compararlos con otros grupos control (padres de niños disfásicos, padres de niños normales, etc.). Las siguientes conclusiones con relación a los grupos de padres de niños autistas se obtuvieron de esta serie de estudios:

- No muestran más signos de enfermedad mental o emocional que padres cuyos hijos sufren trastornos orgánicos, con o sin psicosis.
- No poseen rasgos de personalidad extremos tales como frialdad, obsesión, ansiedad social.
- No poseen déficit específicos en cuanto al cuidado infantil. (Mc. Adoo y De Myer, 1978).

Rutter (1979) estudió el proceso de esta patología después del primer trabajo de Kanner y concluyó que aunque había aún muchas cuestiones por resolver, los investigadores deberían adoptar algunos criterios para evitar ambigüedades, proponiendo los siguientes ítems:

- Aparición antes de los 30 meses de edad.
- Desarrollo social deteriorado, particularmente evidente en la pobreza discriminatoria de la mirada en la relación cara a cara, en la falta de juego en relación con otros niños y en la incapacidad de percibir los sentimientos y respuestas de las demás personas.
- Lenguaje retardado y alterado, con dificultades de comprensión y pobreza de gesticulación y mímica.
- Insistencia en la invariancia, como se muestra por medio de patrones de juego estereotipado o resistencia al cambio.

Posteriormente se continuaron realizando diversos estudios sin conseguir un acuerdo definitivo respecto de este trastorno, hasta que en el año 1994 el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" DSM-IV lo incluye como un trastorno del desarrollo definiéndolo de la siguiente manera:

*“Un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses” (F84.0).*

## ACERCA DE SU ETIOLOGÍA

---

Isabel Rapin sostiene que el autismo no es una enfermedad de etiología definida; es un síndrome de disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta. Un diagnóstico de autismo no dice nada acerca de su causa o etiología, pero implica que un sistema cerebral específico aún indefinido es disfuncional y que esa disfunción es responsable de los síntomas clínicos que se toman en cuenta para el diagnóstico.

## TEORÍAS NEUROFISIOLÓGICAS DEL AUTISMO

---

Teniendo en cuenta las funciones conocidas en distintas regiones del cerebro y basándose en datos neuropatológicos y de las investigaciones de neuroimágenes, han surgido varias propuestas que asocian al autismo con disfunciones en tres ejes neurales fundamentales:

1. El lóbulo temporal y el sistema límbico (Bachevalier, 1994; Bauman y Kemper, 1985). Basada en datos de neuropatología post-mortem y de neuropsicología animal.
2. El córtex frontal y el estriado ("sistemas frontoestriados") (Damasio y Maurer, 1978.) Basada en teorías Neuropsicológicas que se apoyan en datos neurológicos y de neuroimagen.
3. El cerebelo y el tronco encefálico (Bauman y Kemper, 1985; Courchesner y Colls, 1988). Basada en técnicas de neuroimagen y datos de neuropatología (Russell, J.1999).

## LA HIPÓTESIS DEL LÓBULO TEMPORAL MEDIO

---

El análisis neuropatológico llevado a cabo por Bauman y Kemper (1985) en la autopsia de ocho sujetos autistas, demostró la existencia de pequeñas células densamente agrupadas en el lóbulo temporal medio y en algunas estructuras límbicas (córtex entorrinal, hipocampo, septum medio y la amígdala), aunque gran parte del neocortex parecía normal. A partir de estos datos se puede inferir que hay un retraso neuroevolutivo que conduce a un deterioro de estos circuitos durante el desarrollo, con los consiguientes síntomas que, sin ser idénticos, se asemejan a los originados por auténticas lesiones cerebrales. Asimismo el autismo se asocia con epilepsia del lóbulo temporal medio o esclerosis tuberosa (Bachevalier, 1994). No obstante en la actualidad hay pocos datos cuantitativos que apunten

hacia estas anomalías del lóbulo temporal (Bailey y cols. 1996).

Si embargo, en un reciente estudio en el que se empleó la técnica de tomografía por emisión de fotones aislados (SPET) con 31 niños y adolescentes con autismo y otros síndromes autisti-formes, se observaron notables reducciones del flujo sanguíneo cerebral en los lóbulos temporales, con independencia de que los sujetos tuvieran o no epilepsia (Gillberg y cols., 1993). Asimismo, había reducciones menores y más generalizadas del flujo sanguíneo cerebral en las regiones parietal y temporal, en correspondencia con datos anteriores (Lelord y cols., 1991).

La fuente de datos que avala la hipótesis del lóbulo temporal es la que demuestra las analogías con síndromes conductuales o cognitivos originados por daños en el lóbulo temporal en humanos o en monos, entre ellos Bachevalier (1994) ha defendido este enfoque de manera convincente, en especial con observaciones de monos que sufrían lesiones neonatales en el lóbulo temporal.

En conjunto, la teoría del lóbulo temporal cuenta con cierto apoyo en su favor y con cierto grado de credibilidad neuropsicológica, aunque no se ha conseguido identificar de manera convincente un único sustrato neural del autismo.

## LA HIPÓTESIS DEL CEREBELO

---

Las anomalías del tronco del encéfalo y del cerebro medio pueden explicar los posibles cambios en los sistemas de neurotransmisores químicos de la formación reticular en el autismo y en otras alteraciones de atención y "arousal" asociadas a las que aludió el propio Kanner. La posible desregulación de estos sistemas también tendría implicaciones para el funcionamiento de diversas regiones del cerebro anterior, sobre todo del córtex prefrontal (Robbins y Everitt, 1987, 1995) y por consiguiente representa un posible factor en interacción con las hipótesis temporal media y frontoestriada. Un



inconveniente de esta hipótesis es la falta de integración vertical con respecto a los síntomas nucleares del autismo dado que, los niños autistas en su mayoría, no presentan los signos tradicionales cerebelosos. Courchesne y cols. (1994) aportan los siguientes datos a favor de esta hipótesis:

1. El cerebelo ayuda normalmente a coordinar procesos atencionales de un modo análogo a como lo hace en materia de control motor.
2. Las anomalías de la estructura cerebelosa en el autismo producen déficit atencionales que contribuyen a las alteraciones en el funcionamiento social y cognitivo.

## LA HIPÓTESIS FRONTOESTRIADA

---

El posible papel del córtex frontal y de los ganglios basales en el autismo fue propuesto por primera vez a partir de pruebas neurológicas, como las distonías, discinesias, trastornos de la marcha, asimetrías faciales y otros signos psicomotores. Damasio y Maurer (1978) pensaban que el córtex "mesolímbico", es decir el córtex mesofrontal y las estructuras del lóbulo temporal medio, núcleo caudado y putamen, eran vulnerables en el autismo. El principal argumento a favor de esta teoría es que permite explicar además de las secuelas neurológicas, los movimientos estereotipados ritualizados y el comportamiento repetitivo de alto nivel, que a menudo se asocian con el mal funcionamiento del estriado, en general, debido a una sobre activación de su proyección dopaminérgica. Es posible que existan diferentes formas de estereotipia resultantes de daños en estructuras del lóbulo temporal, como el hipocampo y en el lóbulo frontal debido probablemente a la precisa topografía de sus proyecciones hacia el estriado.

La descripción de las tres hipótesis anteriores intenta realizar una aproximación a la integración que aúne los rasgos clínicos y



neuropsicológicos del autismo con las anomalías en los sistemas y en la neuroquímica del cerebro. (James Russell, 1999).

En la actualidad se continúa investigando desde todas las áreas, sin encontrar aún un acuerdo definitorio. Una de las publicaciones más recientes realizadas por el neurólogo Ignacio Sfaello y cols. (2004) referidas a una serie de investigaciones realizadas en Francia, han arrojado interesantes resultados. Se ha encontrado una anomalía en el funcionamiento cerebral de las personas autistas que puede ser detectado mediante Resonancia Magnética; así, se demostró que personas autistas no activan el área del cerebro específica ante el estímulo de la voz humana. Este estudio parte de investigaciones anteriores que infieren que el autismo es la consecuencia de un disfuncionamiento cerebral orgánico. En una de esas investigaciones (2000) realizadas con Resonancia Magnética Nuclear Funcional se demostró la existencia de un área específica para la percepción de la voz humana, contigua pero diferente a aquella responsable de la percepción de los sonidos no vocales. En la investigación realizada por el Dr. Sfaello (2004) se comparó a un grupo de cinco autistas, con edad media de 25 años, con otro grupo de voluntarios sanos. Se registró la actividad cerebral de cada individuo mientras se les hacía escuchar secuencias de sonidos alternando voces humanas (palabras, gritos, llantos, risas, cantos), con otro tipo de sonidos no vocales (gritos de animales, ruido de campanas, motores de autos, instrumentos de música). Los resultados mostraron que las personas autistas no activaron el área cerebral ubicada en la región temporal superior, específica para la percepción de la voz, sino que al oír tanto los sonidos de voz humana como los no vocales, activaron la misma área; ésta es el área específica para el reconocimiento de los sonidos no vocales. Esto podría ayudar a completar las explicaciones del déficit comunicativo que presenta el autista.

## SINTOMATOLOGÍA DEL AUTISMO

---

El autismo es considerado un síndrome psicopatológico, que posee un conjunto de manifestaciones comunes, más o menos presentes en los diferentes casos individuales pero con una frecuencia que permitiría distinguir "subtipos" autistas. El tipo de manifestaciones comportamentales concretas del síndrome dependería del grado de pérdida intelectual, de la edad y de factores psicosociales entre otros (García Serrano, I. M., 2002).

Atendiendo a la dinámica de la sintomatología se pueden observar ciertos cambios sintomáticos en el desarrollo de la persona autista desde su nacimiento hasta la adultez.

a) Desde el nacimiento a los doce meses de vida: En cuanto a la interacción social, se observa una falta de respuesta y/o rechazo al contacto con las personas (por ejemplo, no-reconocimiento diferenciado de la madre; no mover la cabeza cuando alguien se acerca; permanecer como un muñeco de trapo cuando se le coge en brazos, etc.). En esta etapa pueden ser frecuentes los problemas de alimentación y de sueño (tanto por exceso como por defecto). Puede haber llanto prácticamente constante o ausencia de llanto propositivo.

b) De los doce a los veinticuatro meses: En un nivel social se presenta aislamiento y ausencia de juego interpersonal, o presencia pero con patrones muy desviados con respecto al desarrollo normal. En cuanto al lenguaje, quizás algunos tienen un comienzo adecuado pero no progresan. En todo caso, el 50% aproximadamente de las personas con autismo no desarrollarán en ningún momento de su vida habla funcional. Los problemas mayores en el área de la comunicación los tienen en cuanto al uso social y a la adecuación al contexto. En el aspecto de la conducta, suelen manifestarse movimientos corporales estereotipados.

c) De los dos a los tres años: En esta etapa se hacen más presentes los problemas y las alteraciones mostradas con anterior-

ridad. La interacción con los iguales no es normal. El juego como actividad compartida e imaginativa no existe. Se hace más patente la desviación en los patrones de comunicación (ausencia de gestos, entonación inadecuada, etc.). Las conductas exploratorias que se dan en el niño normal no aparecen o las sustituye por estereotipias.

d) De los tres a los seis años: Esta etapa, junto con la anterior, es la que los padres siempre han catalogado como más difícil. La alteración social y comunicativa es claramente manifiesta. Se pueden observar posturas corporales anormales (por ejemplo, caminar en puntas de pie). Durante esta etapa pueden ser frecuentes los berrinches inmotivados, al menos aparentemente, junto a cambios bruscos de humor. A los seis años y en la adolescencia se pueden producir en el autismo crisis epilépticas.

e) De los seis años a la adolescencia: Tienden a disminuir algunos de los problemas de conducta, con educación adecuada, logrando normalmente aliviar la sintomatología.

f) De la adolescencia a la vida adulta:

*“Aun en los casos de buen nivel de desarrollo, persiste la incapacidad de contagio emocional, de empatía, y continúa su conducta social de manera alterada. Pueden desarrollarse patrones complejos de conducta ritualista. En algunos casos se pueden dar comportamientos apáticos y desmotivados.”* Javier Tamarit Cuadrado (1992) Cerril, D. Seifert (1990)

Otra autora que prestó especial interés en la sintomatología de este fenómeno es García Serrano (2002) postulando que en la persona autista se ven afectadas fundamentalmente cuatro dimensiones:

1. Dimensión social

- Intercambios comunicativos.
- Contacto visual.
- Relaciones con los pares.

2. Dimensión de la comunicación y el lenguaje

- Un 70% presenta algún tipo de código comunicativo

- Un 50% no tiene lenguaje oral y, los que consiguen tenerlo, tienen ecolalias, comprensiones literarias de las cosas, no pudiendo entender los chistes o expresiones metafóricas.

3. Dimensión conductual

- Estereotipias.
- Conductas sin metas.

4. Dimensión simbólica

- Algunos presentan juegos funcionales con objetos, pero la mayoría tienen conductas estereotipadas con los juegos.

Si bien estos autores han realizado valiosos aportes y han acordado en la mayoría de ellos, para el diagnóstico de autismo se debe tener en cuenta el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* cuyos criterios son:

A. Para diagnosticar autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos de la relación (1), de la comunicación (2) y de la flexibilidad (3) cumpliéndose como mínimos dos elementos del primero, uno del segundo y uno del tercero.

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
2. 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.
3. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales, adecuadas al nivel evolutivo.
4. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
5. Falta de reciprocidad social o emocional.

6. 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 la 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 evolutivo.
7. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
  - e) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
  - f) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
  - g) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo)
  - h) Preocupación persistente por partes de objetos.

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

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

En el DSM-IV se incluyen solo aquellas características que se aceptan como universales y específicas del autismo, pero rara vez

son las únicas, puesto que pueden mostrar una amplia gama de síntomas comportamentales en la que se incluyen:

- Hiperactividad.
- Períodos atencionales muy breves.
- Impulsividad.
- Agresividad.
- Conductas autoagresivas.
- Rabietas.
- Respuestas extrañas a estímulos sensoriales.
- Alteraciones en la alimentación y el sueño.
- Cambios inexplicables de estados de ánimo.
- Falta de respuestas a peligros reales o temor intenso a estímulos que no son peligrosos. Si bien estos son rasgos frecuentes, no son criterios suficientes por sí solos para diagnosticar autismo. (DSM IV).

## EL DESARROLLO DEL JUEGO EN EL NIÑO CON AUTISMO O CONDUCTAS AUTISTAS

---

El niño con autismo y/o conductas autistas tiene una serie de problemas con su capacidad de jugar. Su juego parece inapropiado respecto a la supuesta función de un juguete específico. Es muy normal ver que tiren o golpeen un juguete sin tener en cuenta lo que es; no utilizan los juguetes para jugar de modo simbólico o en situaciones que implican fantasías y solo lo utilizan de manera motora, por ejemplo golpear, o hacer girar; es decir solo un juego manipulativo y no simbólico.

*“Para ellos un tren de juguete no es un tren real fingido: es simplemente un objeto duro, verde, pesado, tiene un gusto metálico*



*y hace ruido de matraca cuando se lo agita, y presenta formas que se ven raras cuando las ruedas giran. Exploran todos los objetos, con el fin de experimentar las sensaciones simples que les dan placer” (Lorna Wing, 1971).*

En el autismo el juego es una de las actividades más deterioradas: las dificultades que poseen de anticipar, de simbolizar, de relacionarse con iguales, la falta de lenguaje e imaginación, influyen en su conducta de juego caracterizándolos de motores y repetitivos.

*“Les encanta observar pautas de movimientos, algunos son notablemente hábiles para hacer girar monedas u otros objetos... Pueden gustarles los juegos constructivos aunque realmente no se interesan en el objeto terminado sino simplemente en la tarea de armar piezas” (Lorna Wing, 1971).*

En cuanto al juego social se observa una frecuencia significativamente menor de actos para iniciar y/o responder apropiadamente a invitaciones a juegos sociales. Cuando reciben ayuda o indicaciones para realizar sus juegos, siguen demostrando un juego poco imaginativo, repetitivo y no inician actos de juego simbólico por sí solos; su única manifestación es motora y repetitiva o estereotipada.

*“Las actividades del juego tienen un carácter marcadamente social. Es gracias a las acciones del juego como los niños aprenden gran parte de sus habilidades para compartir experiencias con los demás y a comprender el entorno en el que viven y se desarrollan; los niños autistas pierden esta importante oportunidad” (Ricardo Canal Badia. Ángel Riviere Gómez, 1988).*

En los niños autistas la ausencia de juego de ficción o simbólico parece estar reemplazado por actividades repetitivas que pueden llegar a convertirse en una obsesión. Así, estos niños pueden hacer líneas interminables de juguetes, o colocar de determinadas formas los objetos, o reunir cosas curiosas demostrando un inmenso apego a ciertos objetos (García Coto, 1995). Esta conducta estereotipada no solo se evidencia en la conducta lúdica ya que presentan una resistencia excesiva ante otros cambios, especialmente aquellos que



involucran a sus rutinas y actividades de la vida diaria, dando lugar a un interés obsesivo por los hechos cotidianos como por ejemplo los horarios y/o itinerarios de los colectivos, fechas de nacimiento, etc. (F. Happé, 1994).

## LA SIMULACIÓN

---

Según J. Russell, lo esencial de la hipótesis metarepresentacional es que los niños autistas son sencillamente incapaces de realizar actos de simulación. Por consiguiente, cualquier evidencia de simulación es contradictoria con esta teoría. Sorprendentemente algunos estudios han registrado juegos de ficción en algunos niños con autismo, pero no ofrecen suficientes datos para determinar los máximos niveles de rendimiento alcanzados. En un estudio de Baron-Cohen (1987), 2 de los 10 niños autistas exhibían conductas de simulación (frente a 17 de 20 sujetos de control equiparados en edad mental). Aunque ninguno de los 10 niños autistas estudiados dio muestras de conducta espontánea de simulación durante la evaluación preliminar, todos ellos evidenciaron cierto grado de simulación durante una sesión de adiestramiento en la que se fomentaba y estimulaba el juego de ficción, e incluso cinco de estos niños lo hicieron de forma espontánea en dicha sesión.

Pero lo importante es que la explicación metarepresentacional predice una ausencia total de juego de ficción en el autismo.

Esto sería justificado en la actualidad por el déficit en la actividad de "neuronas espejo" que se presume presentan los niños con autismo.

El comportamiento de los niños autistas es típicamente estereotipado y repetitivo, y cualquier investigador podría confundir fácilmente una acción de simulación creativa y novedosa con una simple copia de algo que el niño ha visto hacer antes o que ha hecho él mismo muchas veces. Baron-Cohen (1988), ha subrayado

que la alteración fundamental de estos niños consiste en la falta de capacidad metarepresentacional básica que permite atribuir a otras personas estados mentales diferentes de los propios, a partir de los cuales es posible explicar y predecir la conducta de la otra persona; en otras palabras, los niños autistas carecen de lo que se denomina "teoría de la mente". La falta de capacidad metarrepresentacional del niño autista sería un déficit cognitivo central que a su vez originaría déficit en las habilidades sociales, pragmáticas y simbólicas descritas en los estudios clínicos (A. Belloch y Otros, 1995). Aunque casi todos los niños con autismo presentan graves problemas en las tareas de "teoría de la mente", en toda muestra hay siempre un pequeño porcentaje que supera estas pruebas (en torno al 20%, según Frith y cols., 1991).

## Juego Funcional

El juego funcional se define como "el uso apropiado de un objeto o la asociación convencional de dos o más objetos, como por ejemplo utilizar una cuchara para dar de comer a una muñeca o colocar una taza encima de un platito" (Ungerer y Sigman, 1981 : 320).

Leslie (1987) y Baron-Cohen (1987) expresaron esta idea de forma más explícita:

*"El juego de ficción requiere representaciones de segundo orden. En cambio para el juego literal o funcional, la capacidad representacional de primer orden es suficiente. Según este análisis, está claro que los problemas de los niños autistas en las actividades de simulación no deberían manifestarse en el juego funcional. Sin embargo, cada vez hay más datos que indican lo contrario".*  
Sigman y Ungerer (1984).

Por último, una investigación reciente ha revelado que "los niños autistas dedican significativamente menos tiempo de juego espontáneo que los sujetos de control a actividades de juego funcional" (Jarrold y cols., 1996).

Según se ha señalado, la idea de que el déficit de los niños autistas en el juego se extiende más allá de la pura simulación se contradice con la explicación metarrepresentacional. Podríamos asentir que al separar el juego de ficción y el juego funcional no se pretende distinguir una conducta de simulación de otra que no lo es. Las propuestas de Huttenlocher y Higgins (1978) se orientaban más bien a distinguir el juego de ficción de otras conductas que podrían no tener un componente de simulación. Por consiguiente, puede que el juego funcional conlleve cierto grado de simulación y es posible que sea este aspecto del juego funcional el que aparezca en menor medida en los niños con autismo. Aunque este argumento pueda ser plausible, no es consistente con la hipótesis metarrepresentacional, puesto que, como ya se ha señalado anteriormente, esta hipótesis propone una distinción cualitativa entre juego funcional y juego de ficción.

En resumen, hay dos líneas de evidencia empírica que parecen contradecir las predicciones de la hipótesis del déficit metarrepresentacional. Con independencia de las reservas teóricas que se puedan tener en torno al estatus metarrepresentacional de la simulación, estas consideraciones empíricas justifican suficientemente que nos preguntemos si los problemas de los niños autistas con el juego de ficción se explicarían mejor con otras hipótesis.

## ALTERACIONES COGNITIVAS

---

### Competencias de anticipación

Desde una perspectiva cognitiva, la preservación de un mundo sin cambios remite a la idea de que existen anomalías y limitaciones en los procesos de anticipación y en general en la formación de esquemas o usos de ellos. Los esquemas son representaciones mentales que cumplen un papel decisivo en las capacidades humanas de integrar información diversa del mundo y aceptarla asimilando lo nuevo.

*“Un mundo cognitivo sin esquemas es un caos fragmentario, en donde las realidades que no se acomodan miméticamente a lo ya sucedido son terroríficas novedades, cognitivamente incomprensibles y emocionalmente inaceptables” (Rivière, A. 1997).*

Considerando la idea de la Organización Funcional del Sistema Nervioso formulada por Campbell (1995), los sistemas cerebrales situados en la parte anterior del cerebro, por delante de la cisura central, tienen esencialmente relación con el tiempo futuro, mientras que los situados por detrás tienen más relación con el tratamiento del tiempo pasado. Esta distinción coincide con la de los bloques cerebrales, realizada por Luria (1973) y con la formulada por Fuster (1989), que define la función de los lóbulos prefrontales como ligada a la estructuración temporal de la conducta: esa función global implica funciones subordinadas de anticipación, memoria provisional y supresión de las influencias externas e internas que interfieren con la formación de estructuras de conductas.

Muy sintéticamente puede definirse la función más global de los lóbulos frontales y prefrontales diciendo que consiste en “tomar en cuenta” tanto los estados internos de emoción y motivación como las informaciones provenientes del contexto del organismo para definir, a partir de estos datos, propósitos de acción intencional (finalidades de acción) y estrategias flexibles para lograr los propósitos definidos (A. Rivière y Martos, 1997).

Las últimas investigaciones han acumulado abundantes pruebas de que los niños autistas, incluso los de más alto nivel cognitivo, realizan de forma deficiente tareas neuropsicológicas que implican los funcionamientos del lóbulo frontal y las “funciones ejecutivas” (Ozonof, 1995; Pennington y cols., 1997). Una explicación posible está demostrada porque estos niños reflejan frecuentemente bajos niveles de actividad prefrontal y frontal en registros de PET o SPECT (Zilbivicius, 1995; Garreau y Zilbivicius, 1996).

Otro aspecto de la noción de sentido que resulta relevante para comprender las dificultades en el autismo es que está siempre

en el "modo subjetivo" y no en el "modo indicativo". No depende de una lectura fáctica, externa y empírica de la realidad, sino de su inserción en un proyecto flexible. (Rivière y Martos, 1997)

Por otra parte, el sentido remite inevitablemente a una dimensión social de la acción. Los sentidos son asignaciones funcionales socialmente mediadas. Es por ello lógico que los niños autistas no solo encuentren dificultades para atribuir sentido a la acción ajena conocido como "teoría de la mente", sino también para darlo a la propia. La expresión de la "teoría de la mente" hace referencia a la capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás para explicar el comportamiento. (F. Happé, 1994).

## Atención

Los niños autistas procesan la información del entorno de manera anormal, parecen prestar menor atención a las estructuras globales de los patrones estímulares y mayor atención a los elementos específicos que forman parte de tales patrones.

Diversos estudios han señalado que los niños autistas poseen buenos rendimientos en la habilidad de discriminación de la información concreta (por ejemplo: tamaño, color, forma), pero tienen bajos rendimientos en tareas de discriminación formal, es decir, en la habilidad para discriminar relaciones sobre la información concreta (por ejemplo: "un auto y un avión son ambos medios de transporte").

Estos niños demuestran una "independencia de campo". Para entender esta idea se desarrolló la teoría del "modelo de la mente" basado en los conceptos de procesamiento de la información. El modelo diferencia los procesos centrales de pensamiento de los más periféricos de "entrada" y "salida". Los procesos periféricos están especializados en diversos dominios (como por ejemplo, el habla). Los procesos centrales de pensamiento interpretan aún más esa información. El sistema central interpreta, compara y almacena, hace inferencias y reinterpreta. Y posteriormente inicia las acciones.



Pero la ejecución de esas acciones vuelve a requerir dispositivos de salida muy especializados.

Esta autora propone que en el autismo están afectados los procesos centrales y no los procesos más periféricos de entrada, pudiendo suponer, entonces, que la fuerza de cohesión central en los niños autistas es débil (en comparación con las fuerzas de cohesión de otros niveles inferiores). Esa debilidad podría simular la "independencia de campo" mencionada anteriormente. La debilidad de la fuerza de cohesión provocaría una desconexión de pensamiento y su habilidad social, trayendo en consecuencia para este niño, un mundo incoherente y de experiencia fragmentada. (Frith U, 1991:123)

## Memoria

Kanner hablaba de una memoria auténticamente prodigiosa, que le permite al niño recordar y reproducir patrones complejos y sin sentido, conservando exactamente su forma original. Pero esta capacidad es mucho menos útil que la de recordar el sentido de las cosas (U. Frith, 1994). Si bien el niño autista en ocasiones presenta testimonios de una memoria verbal y/o visuoespacial superior que un niño normal, a través de producciones como ecolalia retardada, recitar el alfabeto y decir historias palabra por palabra, esto no implica que el niño posea la habilidad para comprender lo que está diciendo, porque actúa con memoria mecánica y no con memoria significativa. En consecuencia, su desempeño en todas las áreas resulta altamente dificultoso. Sobre todo en el aprendizaje donde presenta junto a una pobre generalización, dificultades de abstracción contextual. (Cohen, 1994).

## COMPETENCIAS DE FICCIÓN E IMAGINACIÓN

---

Como señalan Baron-Cohen (1994:134,135) "la ausencia de juego simbólico o de ficción ha demostrado ser una de las marcas

más específicas y precoces para la detección del síndrome autista".

En numerosas investigaciones, se ha demostrado que los niños autistas presentan un desfase anómalo entre sus capacidades sensoriomotoras generales por una parte, y las de imitación y juego simbólico, por otra. (Sigman Ungerer, 1984). Un desfase que ha sido explicado por su dificultad para procesar información social y extraer claves para el desarrollo de los contextos sociales y comunicativos (Mundy y Sigman, 1989), como resultante de su dificultad global para constituir las funciones superiores de humanización, que se derivan de la intersubjetividad secundaria y se especifican culturalmente en el desarrollo (A. Rivière, 1997).

## Imitación

Las deficiencias específicas de las capacidades imitativas juegan un papel central en los niños autistas: por una parte, poseen dificultades para reflejar un sentido de la "identidad con otros" (que es una expresión de la intersubjetividad) y por otra, bloquean la adquisición de funciones superiores, para cuyo desarrollo es necesaria la imitación.

En este momento la investigación de Rizzolatti y su grupo sobre la existencia de las "neuronas espejo" pueden llegar a explicar por qué algunos niños no pueden realizar comportamientos imitativos y este hecho quizá logre poder diferenciar a las personas con autismo de las que sí pueden lograr la imitación y donde "el autismo" sería una conducta transitoria o consecuencia de otra patología del desarrollo.

Según Piaget (1969), la imitación es decisiva para el desarrollo de las capacidades simbólicas porque define el mecanismo por el cual se constituyen los significantes. Los niños autistas presentarían una incapacidad de imitar al mismo tiempo una acción, debido a sus limitaciones simbólicas e intersubjetivas. (Rivière y Martos, 1997:56).

Algunas investigaciones han atribuido una importancia central a la imitación en el desarrollo social del bebé, en el proceso central



de su percepción de las personas como sujetos dotados de estados mentales y de experiencia (Stern, 1985; Rogers y Pennington, 1991).

Como reflejo de capacidades cognitivas y socioemocionales alteradas en las personas con espectro autista, la imitación expresa esas alteraciones, al tiempo que contribuye a acentuarlas. Esto es especialmente cierto en el caso de las competencias intersubjetivas, en cuya primera constitución debe tener un papel importante la capacidad de "identificar modelos emocionales propios con ajenos", a través de mecanismos posiblemente innatos de comparación entre las experiencias interoceptivas propias consecuentes a situaciones emocionales (o suscitadas por imitaciones u expresiones de otros) y las aferencias visuales, auditivas, olfativas, etc., que rindan las personas que muestran emociones en situaciones interactivas (A. Rivière y Martos, 1997).

## Conducta Repetitiva

Desde que Kanner describiera el síndrome autista en 1943, se ha insistido mucho en la importancia de la conducta repetitiva para este síndrome. Este autor identificó en estos niños la insistencia obsesiva en la inmutabilidad de la conducta, la actividad y la rutina propia del autismo como uno de los dos síntomas cardinales que en su opinión constituían el núcleo de este trastorno. Desde entonces, los estudios epidemiológicos han confirmado el papel fundamental de la conducta repetitiva en el autismo.

La conducta repetitiva comprende una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran los movimientos estereotipados, un acusado malestar en respuesta a cambios en pequeños detalles del entorno, una insistencia en seguir rutinas con extrema precisión y una preocupación por intereses muy limitados y circunscritos.

Tics, movimientos y/o vocalizaciones abruptas, breves, recurrentes. Movimientos espasmódicos involuntarios que pueden ser suprimidos por el propio individuo durante breves períodos de tiempo.

A diferencia de los movimientos estereotipados, los tics varían en intensidad y son de naturaleza no rítmica.

**Movimientos estereotipados:** Movimientos corporales rítmicos, aparentemente voluntarios, que se repiten de manera invariable y que son inapropiados al contexto situacional como aleteo de manos, balanceo corporal, chasquear los dedos.

**Autoagresiones:** Cualquier acto repetitivo topográficamente invariable y aparentemente voluntario que pueda causar dolor o incluso daño físico al propio sujeto como golpearse la cabeza, morderse.

**Manipulación estereotipada de objetos:** Manipulación de objetos topográficamente invariable y repetida de manera inapropiada a la naturaleza y la función habitual del objeto en cuestión, como hacer girar objetos, examinar repetitivamente un juguete, alinear objetos en filas.

**Apego y preocupación anormal hacia ciertos objetos:** Apego persistente o preocupación desmedida hacia un objeto o parte de él, que no se utiliza para proporcionar sosiego o seguridad al individuo de forma normal, como la preocupación persistente por llevar un palo, un guante de goma, etc. También puede tratarse de objetos inusuales.

**Insistencia en la invarianza del entorno:** Insistencia en que uno o más rasgos del entorno permanezcan inalterados sin que haya razón lógica o aparente para ello. Insistir en que las cortinas permanezcan abiertas, o que los adornos ocupen siempre determinadas posiciones. Cualquier intento de cambio origina una marcada resistencia, como por ejemplo insistencia en poner siempre la misma música, en llevar siempre la misma camiseta, etc.

**Adhesión rígida a rutinas y rituales:** Cualquier rutina o ritual que se caracterice por una total invarianza e inflexibilidad y a la que el sujeto se adhiere estereotipando cualquier situación relevante, como insistencia en vestirse de una misma forma, insistir en comprar un periódico cada vez que va a una tienda, sin tener en cuenta si ya

se ha comprado antes (aun cuando el niño no tenga interés alguno en leer el periódico).

**Uso repetitivo del lenguaje:** Cualquier frase o expresión lingüística copiada de otros, o utilizada repetidamente en momentos y situaciones diferentes como ecolalia inmediata o demorada supuestamente generada por el propio sujeto, aunque de manera inadecuada y repetitiva de las mismas frases o preguntas (palilalia); rituales verbales.

**Intereses limitados:** Búsqueda o discusión repetitiva y absorbente de un mismo tema o actividad extremadamente limitada. Por ejemplo interés en mapas y discusión acerca de los diferentes países con sus banderas, todos los días o incluso a todas horas (aunque el niño no muestre interés alguno en ver películas sobre estos países en la televisión).

**Obsesiones y compulsiones:** Las obsesiones se definen como pensamientos o imágenes recurrentes que se perciben como molestos, angustiosos y sin sentido. Preocupación por la suciedad y la contaminación, con la consiguiente conducta repetitiva de lavarse y desinfectarse, a fin de combatir la amenaza percibida de una enfermedad. Las compulsiones se definen como actos estereotipados que se ejecutan en respuesta a una obsesión con el fin de apartar o evitar una amenaza o desastre inminente.

*Wing y Gould* (1979), en un estudio con niños londinenses, confirmaron que los movimientos estereotipados y las pautas repetitivas de conducta coexisten con anomalías sociales de tipo autista, manifestando que todos los niños con alteraciones sociales presentaban un comportamiento repetitivo estereotipado. Este resultado, además del hecho de que la conducta repetitiva es un prerequisite necesario para el diagnóstico de autismo, viene a indicar que esta conducta es un rasgo tan importante del síndrome autista como las alteraciones sociales y comunicativas que desde hace tiempo han concitado el interés de los investigadores.

Sin embargo, sigue siendo un hecho que la conducta repetitiva en el autismo ha sido relativamente poco estudiada. Esta situación parece deberse a dos razones. En primer lugar, la conducta repetitiva no solo afecta a individuos con autismo, sino también a sujetos pertenecientes a otros grupos clínicos y no clínicos. En segundo lugar, desde hace tiempo se ha venido asumiendo que estas conductas son un síntoma secundario del trastorno al que el sujeto recurre como mecanismo para hacer frente a unos niveles de "arousal", que indican las posibilidades de sostén de la atención tónica alterados.

La conducta repetitiva ha demostrado ser una manifestación común que no solo se observa en personas autistas, sino que es un rasgo del comportamiento normal, sobre todo en la infancia y en situaciones de aburrimiento y ansiedad.

Algunas clases de conducta repetitiva se han considerado como rasgo característico de muchos trastornos clínicos, entre ellos el retraso mental, la esquizofrenia, la ceguera y la sordera, el trastorno obsesivo-compulsivo, la demencia, la enfermedad de Parkinson y el síndrome de Tourette (Frith y Done, 1990; Ridley, 1994; y Turner, 1995). Sin embargo, las alteraciones del lenguaje y del funcionamiento social también son típicas de muchos de estos trastornos.

A pesar de que se han realizado pocos estudios para explorar la fenomenología de la conducta repetitiva en el autismo con el fin de distinguirla de la que se da en los trastornos de aprendizaje, algunas investigaciones indican que la conducta repetitiva es bastante más común en autistas que en no autistas, equiparados con aquellos en edad y nivel intelectual. Hermelin y O'Connor (1963) señalaron que, incluso entre individuos con trastornos graves de aprendizaje, aquellos con autismo suelen sufrir accesos más frecuentes y duraderos de movimientos estereotipados que los individuos con trastornos de aprendizaje, con alteraciones intelectuales equivalentes. En un estudio realizado con sujetos autistas de alto funcionamiento cognitivo, Szatmari y cols. (1989) señalaron que los movimientos repetitivos, la conducta de insistencia en la invarianza del entorno, el uso repetitivo

del lenguaje y los intereses circunscritos eran rasgos más frecuentes en los autistas que en los sujetos no autistas de control remitidos a una clínica psiquiátrica en régimen ambulatorio. El hecho de que la conducta repetitiva no sea privativa del autismo no prueba por sí solo que estas conductas sean un rasgo de escaso interés para el síndrome autista; simplemente indica que la presencia de conductas repetitivas no es la prueba más reveladora del autismo.

Las pruebas cada vez más numerosas de déficit ejecutivo en el autismo han llevado a la creencia de que esta disfunción puede ser un factor de importancia primordial en el síndrome autista. La evidencia de este déficit, tanto en individuos con una inteligencia normal como en autistas de alto funcionamiento cognitivo con trastornos de aprendizaje, es bastante llamativa en tareas de planificación, establecimiento y mantenimiento del set atencional e inhibición de respuestas prepotentes. Uno de los mayores atractivos de esta teoría es el potencial que se le atribuye para explicar algunas de las características del autismo que se resisten a una explicación directa desde otras teorías. En particular, se ha propuesto que las alteraciones primarias en el control y la regulación de la conducta podrían explicar la característica presencia de conductas repetitivas en el autismo.

## LA CONDUCTA REPETITIVA COMO TRASTORNO EN LA INHIBICIÓN DE CONDUCTAS

---

La inhibición es fundamental para el control y la regulación de la conducta. En el modelo "Sistema Atencional Superior" (SAS), la capacidad de inhibir actos en ejecución y prepotentes se entiende como un aspecto crucial para lograr una regulación normal, flexible y adaptativa de la conducta. Si el SAS perdiera la capacidad de inhibir planes de acción, el comportamiento voluntario autogenerado quedaría seriamente perjudicado tornándose perseverativo.



Desde esta perspectiva, es fácil entender en qué sentido se afirma que los trastornos de inhibición pueden ser el sustrato psicológico de la conducta repetitiva. La incapacidad para inhibir acciones, pensamientos y conductas haría que cuando un individuo está realizando una actividad, la conducta se mantuviera hasta un extremo anormalmente rígido y persistente. Así, a diferencia de las explicaciones de la conducta repetitiva antes descripta, que conciben la conducta repetitiva como una forma de mecanismo compensatorio autoimpuesto, esta explicación lo contempla como la contrapartida directa y natural de la tendencia a la perseveración.

Aunque existen muchos paralelismos entre la conducta repetitiva y perseverativa, también hay diferencias clave entre ellas que justifican el mantenimiento de esta distinción. Mientras que la expresión "conducta repetitiva" se refiere a la repetición de una acción o comportamiento espontáneo, la "perseveración" alude a conductas elicítadas o de respuesta. De este modo, la perseveración puede definirse como la repetición inapropiada de un acto o verbalización que ha sido elicitado por una orden o un suceso del entorno anteriores.

La hipótesis de la inhibición conductual predice no solo que la perseveración inducida experimentalmente debería estar estrechamente correlacionada con datos de observación natural de conductas repetitivas, sino también que habría una asociación entre diferentes clases de conducta repetitiva y distintas categorías de déficit perseverativo. En concreto, podría predecirse que la perseveración de respuesta simple será un indicador de la presencia de conductas repetitivas de bajo nivel relativo, tales como los movimientos estereotipados y la manipulación estereotipada de objetos. Por el contrario, la perseveración fijada en el set podría estar asociada con conductas repetitivas de alto nivel, como los intereses circunscritos, la adhesión rígida a rutinas y rituales y el lenguaje repetitivo. De este modo, al igual que la repetición, la perseveración podría manifestarse como una repetición de la misma secuencia de conducta de bajo

nivel una y otra vez, o bien en forma de estancamiento o fijación a un determinado tema o área de interés, en el que pueden darse secuencias de acción variables en torno a un tema que nunca cambia.

Esta explicación también genera algunas otras predicciones. Por una parte, predice una escasa modulación de la conducta repetitiva a raíz de cambios experimentados por el sujeto en el nivel de arousal o ansiedad. Pronostica, además, que ciertas manipulaciones específicas del entorno podrían conducir a una alteración en el nivel de producción de actividades repetitivas.

## Lenguaje

Sobre el lenguaje de los niños autistas se ha escrito más que sobre cualquier otra de sus incapacidades psicológicas.

García Serrano (2002), habiendo estudiado particularmente este aspecto, expresa que las personas con autismo manifiestan alteraciones graves en su desarrollo comunicativo-lingüístico. Podría decirse que hacia los dos años ningún autista presenta lenguaje y que en el 50% de los casos, a los cinco años es nulo. De todas maneras dentro de las características del lenguaje autista hay una gran variabilidad intragrupal, entre las que se pueden observar:

- a. Diferencias entre los sujetos autistas.
- b. Cambios de las características del lenguaje de un sujeto a medida que cambia la edad de desarrollo.

Las personas con autismo son agrupables de la siguiente manera:

1. Sujetos con mutismo total o funcional. Mutismo total: ausencia de vocalizaciones. Mutismo funcional: cuando las vocalizaciones se usan con propósitos de auto estimulación sin intención comunicativa.
2. Sujetos con competencia lingüística. Este lenguaje está caracterizado por alteraciones en el desarrollo pragmático y semántico.



Constituyen uno de los rasgos universales del autismo. Pragmática: Capacidad de usar el lenguaje con fines comunicativos. Semántica: Capacidad que hace posible que entendamos y produzcamos significados. Por lo general, el desarrollo fonológico y sintáctico, aunque retrasado, sigue el mismo curso que en el desarrollo normal.

- Alteraciones del lenguaje gestual y mímico.
- Alteraciones del lenguaje hablado.
- Ecolalia: inmediata o diferida. Tres cuartas partes de las personas autistas presentan ecolalia.
- Alteraciones articulatorias y trastornos en los elementos prosódicos.
- Habla lenta, irregular y entrecortada; a veces rápida y a veces monótona.
- Dificultades en el control de la intensidad de su voz.
- Retraso en el desarrollo sintáctico.
- Grandes dificultades en el uso y comprensión de los tiempos verbales.
- Alteraciones del lenguaje comprensivo.

Según Ramón Pedro (2002), las perturbaciones que comúnmente se presentan vinculadas al autismo en el área del lenguaje son: deterioro cualitativo en los patrones de comunicación, tanto verbal como no verbal y en la actividad imaginativa, retraso en todos los aspectos lingüísticos, destacándose la falta de intención comunicativa y deterioros en la capacidad de comunicación y comprensión lingüística. Todo esto asociado a un detrimento cualitativo en los patrones de interacción social recíproca y a la existencia de un conjunto de actividades e intereses repetitivos, restringidos y estereotipados.

Para Tamarit Cuadrado, J.(1992) comunicación y lenguaje son dos conceptos diferentes. Puede haber comunicación sin lenguaje

oral (por ejemplo, de los lenguajes de signos o a través de expresiones, gestos, etc.) y puede haber lenguaje sin comunicación, como los casos de autismo o conductas autistas con ecolalias no funcionales (si consideramos que la comunicación es un proceso de desarrollo que se inicia con patrones tempranos de interacción social y que el lenguaje es producto de este proceso, encontramos que la deficiencia en los patrones de interacción social recíproca del niño autista indefectiblemente traería una alteración en la comunicación verbal y no verbal.

Los componentes semánticos (ligados a las funciones de representación) y pragmáticos (relacionado con las funciones de comunicación) presentan pautas de desviación severa en el desarrollo del lenguaje autista (A. Belloch y otros, 1995). Estas dificultades estarían estrechamente relacionadas con el desarrollo cognitivo y social del niño autista.

Algunos niños presentan un marcado retraso en la adquisición del lenguaje, otros lo consiguen y después lo pierden junto a otras funciones de la comunicación (García Coto, 1995).

Entre los problemas del lenguaje que aparecen como específicos del autismo este autor menciona:

- Retraso o ausencia del habla, sin ningún gesto compensatorio.
- Falta de respuesta al habla de los demás.
- Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje.
- Anormalidades en la prosodia (en el tono, acentuación y entonación).
- Dificultades semánticas y conceptuales.
- Comunicación no verbal anormal (los gestos y la expresión facial).
- Empleo de neologismos.

- Parafasias paradigmáticas o fonémicas (caracterizadas por errores en el encadenamiento de fonemas para formar la palabra. Se pueden explicar por mecanismos de omisión, adición, sustitución y desplazamiento).
- Parafasias sintagmáticas o parafasias verbales morfológicas (afectan la estructura de la palabra con independencia completa del significado de ella). Se producen por errores en la selección de segmentos lingüísticos donde se afecta un morfema o toda la palabra.
- Ecolalia (capacidad de repetir fragmentos breves o largos del habla) el niño autista atiende al habla de manera selectiva, traduce de forma eficaz el habla que oye en habla que emite. Pero en esta forma de procesar no parece intervenir el procesamiento central. La ecolalia demuestra cómo pueden desperdiciarse los productos finales de un proceso complejo de procesamiento de la información, cuando esos productos finales no reciben la interpretación de otros procesos de orden aún superior (U. Frith, 1995).
- Lenguaje metafórico (termino de Kanner) o también denominado "comentario idiosincrásico". Se trata de comentarios raros porque se basan en experiencias únicas y no remiten a experiencias más generales que sean accesibles tanto al hablante como al oyente. El comentario idiosincrásico indica un fallo de los procesos que permiten calibrar la comprensión de los oyentes. En este sentido, la información que se transmite no pasa de ser un fragmento minúsculo, clausurado en sí mismo, que no forma parte de un patrón global coherente (U. Frith, 1995).
- Inversión pronominal. Los niños autistas solo tienden a la coherencia local y no a la coherencia global. Integran muy poca información al mismo tiempo. Tienen problemas para apreciar aspectos muy sutiles de los papeles sociales;

además, tienen dificultades con los tiempos de los verbos.

- Conductas ritualistas. Como conteo de letras del alfabeto o secuencias más esotéricas tales como memorización tipo almanaque, es decir, el niño autista parece envolverse en una actividad repetitiva y ritualista en una forma unidireccional que es diferente a los aspectos más sociales, direccionados o compartidos que se pueden observar en individuos comunes (Raymond G Romanezyk, 1999).

*“El niño con autismo percibe muy poco la necesidad del contacto interpersonal y sus verbalizaciones suelen representar un tipo de expresión de energía mediante el mecanismo vocal, despojadas de cualquier intento comunicativo... los ruidos que el niño puede emplear son guturales y autoestimulatorios y no se parecen a los fonemas lingüísticos que se encuentran en el lenguaje normal”* (M. Paluszny, 1996:98)

Siguiendo a la Dra. Paluszny y otros autores, sabemos que estos niños no emplean gestos faciales, tienen inexpresividad en su rostro; su mirada es inespecífica y su postura no es apropiada. No mantienen contacto visual y sus movimientos son extraños.

Rutter (1979) propone que el lenguaje receptivo pragmático en estos niños no se desarrolla completamente y es más grave, más profundo (porque el desajuste de la comprensión es mayor) y más amplio que en otros trastornos como en los del lenguaje hablado y escrito, ya que en el autismo aparecen también desajustes de la gesticulación, o no utilizan el código comunicativo gestual.

Con respecto a la audición, el niño con autismo, si bien oye, selecciona los sonidos de distinta manera. Según Rutter y otros autores, en sus estudios observan que:

*“En el autismo subyace un desorden global del lenguaje que afecta la atención hacia el lenguaje de otros, la comprensión, el lenguaje interno y el lenguaje expresivo”* (M. Paluszny, 1996).

Aunque en los autistas las perturbaciones más notorias aparecerían en el área del lenguaje y la comunicación, dada su importancia, emergerían también alteraciones en otras áreas que interactúan con las anteriores como:

- Desconexión ambiental.
- Falta de imitación de modelos.
- Alteraciones en las respuestas a estímulos sensoriales (hipo o hipersensibilidad).
- Ausencia de manejo creativo de objetos (fascinación por objetos, pero manipulación sin darles su función adecuada).
- Ausencia o bajo nivel de motivación para mantener interacciones sociales, falta de contacto afectivo sin la discriminación correcta de las señales emocionales.
- Resistencia al cambio en el ambiente y problemas conductuales. (Ramón Pedro, 2002).

En relación con nuestra experiencia, nuestro equipo diferencia Conductas autistas de Autismo, definiendo a las primeras como "conductas pertenecientes a la serie del autismo, pero secundarias a otra patología de base y en las que es observable el uso de algún código comunicativo" (Arrebillaga 1997). En cambio, entendemos por Autismo, al "conjunto de conductas anómalas que se corresponden con un cerebro disfuncional, siendo sobresaliente la incapacidad comunicativa" (Arrebillaga 1997).

## SÍNDROME DE ASPERGER

---

En el año 1944, tras estudiar este fenómeno en varios casos de niños con "Psicopatía autista", Asperger dio a conocer la presencia de ciertos trastornos similares a los mencionados anteriormente, pero haciendo hincapié en una marcada limitación en las relaciones

sociales debido a la pobreza y unilateralidad de los intereses de estos niños, sumado a una dificultad para captar las señales sociales, la cual se acompaña con escasos gestos y, por último, la presencia de cierto grado de torpeza motora.

Asperger publicó la primera definición del síndrome de Asperger en 1944. Identificó un patrón de comportamiento y habilidades percibido predominantemente en niños varones como "psicopatía autística", un trastorno de la personalidad.

El patrón incluía una "ausencia de empatía, reducida habilidad para las relaciones sociales, conversaciones solitarias, un profundo arraigo a un interés especial y movimientos torpes". Asperger llamó a sus pacientes "pequeños profesores", debido a sus extensos conocimientos en su tema de interés particular.

Asperger falleció antes de que su definición de este patrón fuera reconocida, debido parcialmente a que su trabajo se encontraba escrito mayoritariamente en alemán y con escasas traducciones.

La primera persona en utilizar el término "síndrome de Asperger" en un periódico fue la investigadora británica Lorna Wing. Su artículo titulado "El síndrome de Asperger: un relato clínico", fue publicado en 1981 y desafió el modelo de autismo previamente aceptado presentado por Leo Kanner en 1943.

### Síntomas clínicos

- Es un trastorno del desarrollo cerebral muy frecuente (de 3 a 7 por cada 1000 niños de 7 a 16 años), que tiene mayor incidencia en niños que niñas.
- Ha sido recientemente reconocido por la comunidad científica [DSM-4: *Diagnostic and Statistical Manual*], siendo desconocido el síndrome entre la población general e incluso por muchos profesionales.
- La persona que lo presenta tiene un aspecto normal, capa-



cidad normal de inteligencia, frecuentemente habilidades especiales en áreas restringidas, pero tiene problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presenta comportamientos inadecuados.

- La persona Asperger presenta un pensamiento distinto. Su pensamiento es lógico, concreto e hiperrealista. Su discapacidad no es evidente, solo se manifiesta al nivel de comportamientos sociales inadecuados.
- Algunas de las anomalías comienzan a manifestarse en el primer año de vida del niño.
- El desarrollo del lenguaje es adecuado, aunque en algunos individuos puede existir un retraso inicial moderado.
- El estilo de comunicación del niño tiende a ser pedante, literal y estereotipado.
- El niño presenta un trastorno de la comunicación no verbal.
- El niño presenta un trastorno grave de la interacción social. Los patrones de comportamiento son repetitivos y existe resistencia al cambio.
- El juego del niño puede alcanzar el estadio simbólico, pero es repetitivo y poco social. Se observa un desarrollo intenso de intereses restringidos.
- El desarrollo motor grueso y fino puede manifestarse retrasado y existen dificultades en el área de la coordinación motora.
- El diagnóstico de autismo no excluye el diagnóstico de síndrome de Asperger.
- Capacidad disminuida para la expresión de empatía.
- El trastorno comienza a manifestarse alrededor del tercer año de vida del niño o, en ocasiones, a una edad más avanzada.

- El desarrollo lingüístico del niño (gramática y sintaxis) es adecuado y con frecuencia avanzado.
- Existen deficiencias graves con respecto a la comunicación pragmática o uso social del lenguaje.
- A menudo se observa un retraso en el desarrollo motor y una torpeza en la coordinación motriz.
- Trastorno de la interacción social: incapacidad para la reciprocidad social y emocional.
- Trastorno de la comunicación no verbal.
- Desarrollo de comportamientos repetitivos e intereses obsesivos de naturaleza idiosincrásica.
- Desarrollo de estrategias cognitivas sofisticadas y pensamientos originales.
- Pronóstico positivo con posibilidades altas de integración en la sociedad
- Inmadurez emocional.
- Reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a las situaciones.
- Intereses inmaduros y poco acordes con la edad.
- Aumento de las obsesiones y los rituales de pensamiento.
- Dificultades académicas.
- Sentimientos de incompreensión y de soledad.
- Vulnerabilidad a alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés.
- Descuido de la higiene y el cuidado personal (si bien algunos desarrollan rituales obsesivos en relación con la higiene).
- Dificultades de relación social, problemas para tener

amigos o profundizar en las relaciones, poco éxito en sus intentos de entablar amistad.

- Dificultades para el trabajo en equipo, para comprender el mundo mental de los otros y el propio, incapacidad para entender claves sociales que le ayuden a regular su conducta.
- Problemas para detectar emociones y sentimientos ajenos y dificultad para expresar los suyos propios.
- Rituales o estereotipias motoras que se desencadenan en situaciones concretas y escapan a su control.
- Autoestima y auto concepto ambiguos que pueden ir acompañados de sentimientos de superioridad o bien de ideas excesivamente negativas centradas en el desconocimiento de sus capacidades.
- Incapacidad para planificar y organizar su futuro en base a proyectos realistas.
- Ansiedad y depresión.
- Problemas para tomar decisiones.
- Dificultades para manejar relaciones de pareja.
- Dificultades atencionales que se pueden reflejar en el entorno laboral.
- Problemas en las entrevistas de trabajo. (Wing,L,1981:91)

### SÍNTOMAS COMPARATIVOS ENTRE ASPERGER Y AUTISMO

---

En el Síndrome de Asperger se puede registrar los siguientes síntomas clínicos:

- Coeficiente intelectual por encima de lo normal.

- Diagnóstico después de los 3 años.
- Aparición del lenguaje en tiempo normal.
- Todos los niños hablan.
- Gramática y vocabulario por encima del promedio.
- Desean tener amigos y se sienten frustrados por sus dificultades sociales.
- Incidencia de convulsiones igual que en el resto de la población.
- Torpeza general.
- Interés obsesivo de alto nivel.
- Se detectan problemas alrededor de los dos años y medio.
- Las quejas de los padres son los problemas de lenguaje, o en socialización y conducta.

En el Síndrome Autista:

- Coeficiente intelectual por debajo de lo normal.
- Diagnóstico antes de los 3 años.
- Retraso en la aparición del lenguaje.
- El 25% no habla.
- Gramática y vocabulario limitados.
- No desean tener amigos.
- Un tercio presenta convulsiones.
- Desarrollo físico normal.
- Ningún interés obsesivo de alto nivel.
- Se detectan problemas alrededor de los 18 meses.
- Las quejas de los padres son los retardos del lenguaje.

## SÍNDROME DE RETT

---

El síndrome de Rett es un trastorno en el desarrollo neurológico infantil caracterizado por una evolución inicial normal seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres.

El trastorno fue identificado por el Dr. Andreas Rett, médico austríaco que lo describió por primera vez en un artículo publicado en 1966. El trastorno fue reconocido en forma generalizada solo después de la publicación de un segundo artículo en 1983.

Tras una fase inicial de desarrollo normal, se asiste a una detención del desarrollo y luego a un retroceso o pérdida de las capacidades adquiridas.

Se observa una disminución de la velocidad de desarrollo del cráneo (de tamaño normal al nacimiento) con respecto al resto del cuerpo entre los primeros 5 y los 48 meses de vida; un desarrollo psicomotor normal dentro de los primeros 5 meses de vida, con la siguiente pérdida de las capacidades manuales adquiridas anteriormente y aparición de movimientos estereotipados de las manos (agitarlas, morderlas, retorcerlas).

Se observa también una progresiva pérdida de interés por el entorno social, que, no obstante, en algunos casos reaparece con la adolescencia.

Otro síntoma característico es la apraxia que se da con incapacidad de realizar funciones motoras, quizás la característica más debilitante del síndrome de Rett. La apraxia interfiere con todos los movimientos del cuerpo, incluyendo la fijación de la mirada y el habla.

Presentan comportamientos autistas en las primeras etapas. Otros síntomas pueden incluir caminar con la punta de los pies,

problemas del sueño, marcha con amplia base de sustentación (es decir, con las piernas muy separadas), rechinar o crujir los dientes y dificultad para masticar, crecimiento retardado, convulsiones, incapacidades cognitivas (del aprendizaje e intelecto) y dificultades en la respiración durante la vigilia, como por ejemplo la hiperventilación, apnea (respiración contenida) y aspiración de aire.

La evolución del síndrome de Rett, incluyendo la edad de inicio y la gravedad de los síntomas, varía de niña a niña. Sin embargo, antes de que los síntomas comiencen, la niña parece estar creciendo y desarrollándose normalmente.

Luego, aparecen gradualmente síntomas mentales y físicos. La hipotonía (pérdida del tono muscular) generalmente es el primer síntoma. A medida que el síndrome progresa, la niña pierde el uso voluntario de las manos y el habla. Otros síntomas iniciales pueden incluir problemas al gatear y caminar, y disminución del contacto visual. La pérdida del uso funcional de las manos es seguida por movimientos compulsivos tales como frotarse y lavarse las manos. El inicio de este período de regresión a veces es repentino.

El síndrome de Rett es causado por mutaciones (alteraciones o defectos estructurales) en el gen MECP2 (pronunciado "mec-pi-tú" en inglés), que se encuentra en el cromosoma X.

En 1999 los científicos identificaron el gen que se cree controla las funciones de otros genes. Cuando funciona normalmente, el gen MECP2 contiene instrucciones para la síntesis de una proteína llamada proteína metilo citosina de enlace 2 (MeCP2), que actúa como uno de los muchos interruptores bioquímicos que indican a otros genes cuándo dejar de funcionar y parar de producir sus propias proteínas.

Debido a que el gen MECP2 no funciona correctamente en las personas que padecen del síndrome de Rett, se forman cantidades escasas de dicha proteína. La ausencia de la proteína hace que otros genes se activen y se mantengan activos en las etapas inadecuadas, generando cantidades excesivas de proteína. A largo



plazo, esto puede causar los problemas de desarrollo neurológico que son característicos en este trastorno.

La mutación genética de tipo MECP2 se encontró entre el 70% de los niños diagnosticados con el síndrome de Rett. Los científicos creen que 20 a 30 por ciento de los casos restantes pueden deberse a mutaciones en otras partes del gen o a genes que todavía no han sido identificados, por lo que continúan investigando otras mutaciones.

El síndrome de Rett está catalogado en el DSM-IV dentro de una categoría más general de Trastornos Generalizados del Desarrollo y es diagnosticado basándose en la presencia de un cierto número de indicadores conductuales. Los criterios diagnósticos se organizan en el siguiente esquema:

A) Síntomas hasta los cinco meses de vida

- Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los primeros 5 meses después del nacimiento.
- Circunferencia del cráneo normal al momento del nacimiento.

B) Aparición de todos los siguientes síntomas después del período de desarrollo normal:

- Disminución de la velocidad del crecimiento del cráneo entre los 5 y los 48 meses.
- Pérdida de capacidades manuales finas adquiridas anteriormente entre los 5 y los 30 meses, con el siguiente desarrollo de movimientos estereotipados de las manos.
- Pérdida precoz del interés social (aunque la interacción social a menudo suele desarrollarse posteriormente).
- Manifestación del modo de andar o de movimientos del tronco escasamente coordinados.

- Deterioro severo en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, acompañado de un retraso psicomotor severo.
- Hay cuatro etapas del síndrome de Rett. La etapa I, llamada inicio prematuro, comienza generalmente entre los 6 y 18 meses de edad. Con mucha frecuencia se pasa por alto esta etapa porque los síntomas del trastorno pueden ser muy sutiles y los padres y los médicos no notan el retraso leve inicial en el desarrollo. El niño puede comenzar a mostrar menos contacto visual y presentar menos interés en los juguetes. Puede haber retrasos en las capacidades motoras importantes tales como sentarse o gatear. También puede presentarse frotamiento de las manos y disminución en el crecimiento de la cabeza, pero no lo suficientemente marcados como para llamar la atención. Esta etapa generalmente dura algunos meses, pero puede durar más de un año.
- La etapa II, o la etapa de destrucción acelerada, normalmente comienza entre las edades de 1 y 4 años y puede durar semanas o meses. Esta etapa puede tener una evolución rápida o gradual a medida que se van perdiendo las capacidades motoras de la mano y el habla. Los movimientos característicos de la mano comienzan a emerger durante esta etapa y a menudo incluyen estrujamiento, temblores, washing, aplauso involuntario o golpes ligeros, así como el llevarse las manos a la boca con frecuencia. Algunas veces, las manos se cruzan al revés o se llevan a los lados, con movimientos de tacto, sujeción y liberación al azar.
- Los movimientos persisten mientras que el niño permanece despierto pero desaparecen durante el sueño. Pueden ocurrir irregularidades en la respiración tales como episodios de apnea y de hiperventilación, aunque la respiración es generalmente normal durante el sueño. Algunas niñas tam-

bién presentan síntomas autistas tales como la pérdida de la interacción social y de la comunicación. Pueden presentarse irritabilidad general e irregularidades del sueño. Los patrones de la marcha son inestables e iniciar actividades motrices puede ser difícil. El crecimiento retardado de la cabeza se nota generalmente durante esta etapa.

- La etapa III, también llamada etapa de estabilización o etapa pseudo-estacionaria, comienza generalmente entre las edades de 2 y 10 años y puede durar años. La apraxia, los problemas motores y las convulsiones son prominentes durante esta etapa. Sin embargo, pueden presentarse mejoras en el comportamiento, una disminución en la irritabilidad, el llanto y las características de autismo. Un individuo en la etapa III puede mostrar más interés en el medio que le rodea y puede haber mejoras en su nivel de atención y en las capacidades de comunicación. Muchas niñas permanecen en esta etapa la mayor parte de su vida.
- La última etapa o etapa IV -llamada etapa de deterioro motor tardío - puede durar años o décadas y se caracteriza por una movilidad reducida. La debilidad muscular, rigidez (tensión) muscular, espasticidad (músculos rígidos con espasmos ocasionales), distonía (aumento en el tono muscular con postura anormal de las extremidades o del tronco) y escoliosis (curvatura de la espina dorsal) son otras características resaltantes. En las niñas, la capacidad de caminar podría perderse. Generalmente, no hay disminución en las capacidades cognitivas, de la comunicación o de las destrezas de la mano en la etapa IV. Los movimientos repetitivos de la mano pueden disminuir y la capacidad de mirar fijamente generalmente mejora.
- Aunque el síndrome de Rett es un trastorno genético, es decir, que resulta de un gen o genes defectuosos, en menos del 1 por ciento de los casos registrados se hereda o se

transmite de una generación a la siguiente. La mayoría de los casos son esporádicos, lo que significa que la mutación ocurre al azar y no se hereda.

- El síndrome de Rett afecta a una de cada 10 mil a 15 mil niñas recién nacidas. Ocurre en todos los grupos raciales y étnicos a nivel mundial. Existen exámenes prenatales disponibles para las familias que tengan una hija en la que se haya identificado una mutación de tipo MECP2. Puesto que el trastorno ocurre espontáneamente en la mayoría de los individuos afectados, el riesgo de que una familia tenga un segundo niño con el trastorno es de menos del 1 por ciento.
- Las pruebas genéticas también están disponibles para las hermanas de las niñas que padecen del síndrome de Rett para determinar si son portadoras asintomáticas (sin síntomas) del trastorno, lo cual constituye una posibilidad muy baja.
- Las niñas poseen dos cromosomas X, pero solamente uno está activo en cualquier célula. Esto significa que en una niña que padece del síndrome de Rett, aproximadamente la mitad de las células del sistema nervioso utilizará el gen defectuoso. Algunas células cerebrales de la niña utilizan el gen sano y presentan cantidades normales de proteínas.
- El caso es diferente para los varones que poseen una mutación de tipo MECP2. Debido a que los niños poseen solamente un cromosoma X, carecen de una copia de reserva que podría compensar la defectuosa y no tienen ninguna protección contra los efectos dañinos del trastorno. Los varones que poseen este defecto mueren poco antes o después del nacimiento.
- Los médicos diagnostican el síndrome de Rett observando signos y síntomas durante el crecimiento inicial y el de-

sarrollo del niño y realizando evaluaciones periódicas de su estado físico y neurológico. Recientemente, los científicos desarrollaron una prueba genética para confirmar el diagnóstico clínico de este trastorno; la prueba involucra buscar la mutación de tipo MECP2 en el cromosoma X del niño o niña. Dado lo que sabemos sobre los genes involucrados en el síndrome de Rett, tales pruebas pueden identificar hasta un 80 por ciento de los casos.

- Algunos niños que padecen de características similares al síndrome de Rett o que presentan mutaciones genéticas de tipo MECP2 no satisfacen los criterios para el diagnóstico del síndrome.
- Estas personas se describen como poseedoras de un síndrome de Rett "atípico". Los casos atípicos constituyen cerca del 15 por ciento del número total de casos diagnosticados.
- Ejemplos de criterios o síntomas de diagnóstico esenciales incluyen un desarrollo aparentemente normal hasta los 6 y 18 meses de edad y una circunferencia de la cabeza normal al nacer seguida por retrasos en el índice del crecimiento de la cabeza con el pasar del tiempo (entre los 3 meses y los 4 años de edad).

Otros criterios de diagnóstico esenciales incluyen un deterioro significativo del habla, movimientos repetitivos de la mano, sacudidas del torso, caminar sobre las puntas del pie o un paso inestable, rígido y con aumento en la base de sustentación (piernas separadas).

- Los criterios de apoyo incluyen dificultades en la respiración; anomalías en el electroencefalograma (EEG); convulsiones; rigidez muscular, espasticidad y/o contracturas de las articulaciones que empeoran con la edad; escoliosis; rechinar o crujiir los dientes; pies pequeños en relación a la estatura; retrasos en el crecimiento; disminución del tejido graso del cuerpo y la masa muscular

(aunque puede haber una tendencia hacia la obesidad en algunos adultos afectados); patrones anormales del sueño, irritabilidad o agitación; dificultades para masticar o deglutir (tragar); mala circulación en las extremidades inferiores, con pies y piernas fríos y amoratados; movilidad disminuida con la edad y estreñimiento.

- Algunos niños pueden requerir equipos y ayudas especiales, tales como soportes para detener la escoliosis, férulas o tablillas para modificar los movimientos de la mano y programas alimenticios para ayudarles a mantener el peso adecuado. También se pueden requerir en algunos casos servicios especiales académicos y sociales. (Hunter,K.2011.89,90,91).



## Capítulo III

### Terapeuta – Familia – Institución Educativa

---

*Consideramos valioso hacer algunas reflexiones acerca del terapeuta, la familia y la institución educativa, ya que forman parte del “Sistema Terapéutico” y se ven obligados a mantener un vínculo frecuente y cercano en el proceso terapéutico y educativo del paciente.*

La terapia Neuropsicológica depende de varios factores como la formación del terapeuta, la habilidad para poder “leer” detrás del comportamiento del niño conductas sanas y patológicas. Teniendo en cuenta el peso la lectura subjetiva y la importancia del tipo de familia a la que pertenece nuestro paciente, es necesario exponer la tipología de personalidad del terapeuta y el tipo de familia.

Tener un comportamiento aséptico, ser objetivo, contenedor y optimista configuran características de personalidad que es necesario poseer para un logro asertivo en este complejo proceso.

En un terapeuta que manifieste una personalidad ansiosa, pueden darse como consecuencia algunas situaciones anómalas tales como:

- Intervenir con actitudes facilitadoras de la respuesta del niño en etapa de valoración.
- No poder dar el tiempo de espera que puede requerir un

niño con un comportamiento de predominio inhibitorio.

- Usar un lenguaje extenso y en tono alto de voz al entregar una orden verbal.
- Usar órdenes verbales con muchos elementos lingüísticos y hacer de una orden simple una orden compleja.
- Responder por el paciente.
- Usar demasiados estímulos a la vez, visuales, auditivos y táctiles.
- Realizar otra actividad simultánea estando con el paciente, como hablar por teléfono.
- Pretender que los aprendizajes se den en el tiempo que supone el terapeuta y no en el tiempo que puede el paciente.
- Responder a las exigencias de los padres cuando no es pertinente, constituyéndose en funcionales a las demandas, en ocasiones desmedidas, del grupo familiar y pasando a ser disfuncional al niño y su sistema ecológico.
- Responder a las exigencias solicitadas como urgentes por la institución educativa, cuando puede que aún el terapeuta no haya terminado la etapa de diagnóstico.
- En esas circunstancias, los terapeutas nos cargamos sobre nuestra espalda al niño-la problemática-la familia.
- Puede que con la intención de ser resolutivos se conviertan en iatrogénicos y la conducta que se puede ver como ansiosa, se corresponda con la omnipotencia de creer que "se puede más de lo pertinente", sin tener en cuenta que cada miembro de lo que describimos como "Sistema Terapéutico" es responsable de la adquisición y desarrollo de funciones y psiquismo del niño.

En un terapeuta con una personalidad inhibida la intervención, puede derivar en:

- Tomar demasiado tiempo para corroborar o desestimar en tratamiento el diagnóstico clínico.
- No ser oportuno para aplicar los estímulos pertinentes al programa de estimulación.
- No tener en claro los objetivos a corto y largo plazo en el proceso terapéutico.
- No compartir objetivos comunes con los demás integrantes del equipo terapéutico.
- Demorar en entregar el "programa terapéutico" y no seguir el ritmo que acompañe los aprendizajes pedagógicos, por ejemplo.
- Descuidar la consideración de las etapas evolutivas normales para acompañar al paciente hacia una meta que sea lo más cercana posible a la edad y grupo etario al que pertenece.
- Tomar un tiempo demasiado prolongado en entregar sugerencias a la familia o a la institución escolar.

Los padres suelen mostrar posiciones opuestas: ser muy demandantes o casi no demandar, no informar de los avances o dificultades que pueda presentar el niño en la familia. En ambos casos, es oportuno que el terapeuta pueda ser complementario a la postura anómala, es decir, proceder conteniendo las demandas ante padres muy exigentes y ansiosos o ser proactivos ante padres no demandantes. Suele suceder que los padres que en general no demandan, concurren a consulta en un momento determinado con demandas y reclamos poniendo todo el peso de la evolución del niño en el terapeuta, el equipo o uno de ellos.

Aceptar la presencia de un hijo con discapacidad, en padres con personalidades narcisistas y donde el desarrollo futuro tiene un peso excesivo en el potencial intelectual, puede hacer que el vínculo terapeuta – padre se vea afectado. En consecuencia, estos padres

suelen ser demandantes de detalles que nada tienen que ver con la estimulación y desarrollo de las aéreas deficitarias del hijo, produciendo en los terapeutas sensaciones de frustración que terminan por afectar el futuro vincular de los miembros del Sistema Terapéutico.

Esta actitud suele dejar al profesional con una sensación de "culpa" y algunos planteos como: ¿en qué me equivoco?, ¿qué hice mal? ¿qué me pasa si los padres deciden cambiarme por otro terapeuta o equipo?

El vínculo con la escuela constituye un ítem de consideración particular: como toda institución, está conformada por el P.E.I. (Proyecto Educativo Institucional), las personas que conforman el grupo profesional y las posturas planteadas por las políticas educativas vigentes en cada situación. Todo esto hace de cada escuela una situación única que merece ser considerada como una particularidad para el logro de un vínculo homeostático a las necesidades del niño y la familia

Existen escuelas inclusivas, donde dentro del PEI está contemplada como valor la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y el personal lo ejecuta de esa manera, siendo permeables a las sugerencias del equipo terapéutico, con una postura humanista donde el "alumno con déficit" puede ser mirado desde las conductas sanas y no siempre desde lo que "no puede".

En cambio, en estructuras escolares rígidas, donde se tiende a la excelencia en el rendimiento académico, se pueden escuchar discursos tales como: "Ésta no es la escuela para este niño" o "No estamos preparados para ayudar a este tipo de niños" o, donde a pesar de actas firmadas o acuerdos verbales, se califica al niño integrado con igual criterio que a los demás. En algunas situaciones, la parálisis en que caen algunos docentes ante un niño integrado, por la falta de formación teórica o por causas personales o juicios de valores éticos en la consideración de un alumno diferente, complican la ejecución de un futuro Programa Terapéutico, en coordinación

con la institución educativa.

También puede ocurrir que los docentes tomen una actitud distante ante la conducta negadora o arbitraria de algunos padres, que tienden a poner afuera las dificultades del hijo y descarguen el dolor y la frustración en discursos donde imponen "la ley de integración" en lugar de darse cuenta de que de esa manera producirán un distanciamiento alumno-docente-familia.

En ocasiones, puede observarse que algún miembro de la familia (padres) tenga dificultad en poner y sostener límites en sus relaciones interpersonales y actúe polarizado "exigiendo" a los miembros del ST (sistema terapéutico) aquello que NO puede sostener en sus vínculos en otros ámbitos.

En algunos pacientes, es necesario incluir la presencia de un AT (ayudante terapéutico) o docente integrador. Estos profesionales cumplen un rol muy importante en la vida de los niños y son un nexo entre la situación "ideal" que puede darse en consultorio y la situación contextual y cotidiana que transita el niño incluido.

También es oportuno que el AT y docente integrador cumpla con algunos requisitos y contemple lo siguiente:

- Que cuente con formación teórica coincidente con el equipo terapéutico, respecto al reconocimiento de comportamientos anómalos del niño y que pueda apelar a intervenciones asertivas en lo referente a conducta social y posibilidades de aprendizaje pedagógico.
- Respetar el rol del docente como autoridad en el aula y, aunque la presencia del integrador sea imprescindible, no ocupar el lugar del docente y trabajar de manera coincidente con él para que el aprendizaje del niño no se convierta en una "mini escuela paralela".
- Puede darse en ocasiones que el docente, ante la falta de instrumentos y recursos, la cantidad de alumnos o

posturas personales, deposite toda la responsabilidad en el integrador y no se permita la concurrencia del alumno a la escuela si no es acompañado por este profesional.

- Es también importante destacar que el docente integrador NO trabaja solo, que forma parte de un equipo y que NO puede dar respuesta solo a las demandas de los interrogantes que puedan surgir en la situación áulica.
- La cotidianidad y la presencia del AT en la casa del niño (en caso de estar incorporado a la asistencia en el hogar) puede producir un vínculo de familiaridad con los padres donde se pierde el espacio necesario para mantener los roles y responsabilidades claros entre ambos.
- El docente integrador debe tener siempre presente que no está solo frente a la problemática del niño y la familia y que de ningún modo puede tomar decisiones de manera autónoma; al contrario, el trabajo coordinado con el equipo terapéutico es la única manera de abordar de modo integral la asistencia de los niños con capacidades diferentes.

## LA FAMILIA

---

*(Tomado de un artículo de Arrebillaga en la revista "Desterradx".)*

Es el espacio más importante para el desarrollo del lenguaje, de la actividad motora, perceptiva y social del niño.

En ella se desarrollan las habilidades y capacidades del recién nacido y esto facilitará su integración al mundo social.

En este contexto, la mayoría de los niños establecen sus primeros vínculos socio-emocionales y de ellos dependerá el desarrollo de sus potencialidades.

Estos primeros vínculos sientan las bases de seguridad que



un niño necesita para explorar el mundo y para el desarrollo de sus relaciones interpersonales.

En la familia se encuentran los modelos de aprendizaje para el desarrollo de habilidades necesarias para afrontar las diversas situaciones que brinda el entorno. Padres, hermanos y quienes viven con el niño son cruciales para su desarrollo psicológico.

La familia está integrada por miembros y es importante destacar que los miembros NO deben perder el lugar en pos de “la familia” como institución. Al contrario, la familia debe ser flexible y adaptarse a los cambios que impone el desarrollo de cada miembro.

## Tipos de familia

Algunos tipos de familia:

1. Estilo sobreprotector
2. Estilo Permisivo
3. Estilo Autoritario
4. Estilo Democrático

### 1. ESTILO SOBREPOTECTOR.

#### Características de los padres

- Evitan el enfrentamiento del niño con obstáculos y/o dificultades.
- Suelen no ser objetivos respecto de las potencialidades del niño.
- Alguno de los padres suele resignar los proyectos personales por el cuidado del hijo.
- Resuelven por él.

### ¿Cómo serán los hijos?

- Indefensos.
- Inseguros.
- No competentes.
- Sin autonomía.
- Temerosos.
- Limitados.
- Problemas en el nivel de autoestima.

## 2. ESTILO PERMISIVO.

### Características de los padres

- elevado nivel de afecto.
- Elevado nivel de comunicación.
- Sin embargo, no son capaces de establecer límites ni de controlar las conductas de sus hijos.
- Su actitud siempre es positiva frente a la conducta de sus hijos.
- Utilizan muy poco o casi nada el castigo.
- No transmiten noción de autoridad.
- No demuestran coherencia (dicen algo y hacen otra cosa, por ejemplo "estoy enojada", mientras toma al niño en brazos amorosamente).
- No hay modelos adecuados.

### ¿Cómo serán los hijos?

- tienen problemas para controlar sus impulsos. Desean y lo hacen. No existe el "tiempo de espera".

- Prolongan las etapas evolutivas.
- Manifiestan conductas agresivas y caprichosas.
- Pueden ser tercos y arbitrarios.
- Trastornos vinculares en las relaciones interpersonales.
- Inseguros.

### 3. ESTILO AUTORITARIO.

#### Características de los padres

- Rígidos.
- Ponen límites sin explicación.
- Alto nivel de control y exigencia de madurez.
- Bajo nivel de afecto y comunicación.
- No consideran las características propias de su hijo (exigen sin considerar las capacidades del niño).
- Imponen muchas normas.
- Otorgan gran valor a la obediencia y a la autoridad.
- No consideran flexibilizar las reglas.
- No aceptan que sus hijos están creciendo (normas rígidas).
- Su disciplina se basa en el castigo.

#### ¿Cómo serán los hijos?

- falta de autonomía personal.
- No desarrollan creatividad.
- Escasa competencia social.
- Predomina el control externo frente al control interno.

- Suelen ser tímidos, retraídos y pasivos.
- Poco constantes en perseguir metas.
- Poco dispuestos a tomar iniciativas.
- La falta de comunicación hace que sean niños poco alegres.
- Tienden a ser coléricos, infelices, fácilmente irritables y vulnerables a las tensiones.
- Bajo nivel de autoestima.

#### 4. ESTILO DEMOCRÁTICO.

##### Características de los padres

- Presentan niveles altos de comunicación y afecto.
- Exigen pero dan afecto. Exigen control y permiten madurez.
- Promueven la comunicación asertiva.
- Establecen normas claras.
- Más importancia a los estímulos, los castigos son el último recurso.
- Son solidarios.
- Fortalecen la autoestima en el niño entendiendo el "modo de ser" como parte de su "estar en el mundo"

##### ¿Cómo serán los hijos?

- niños competentes socialmente.
- Respetan los parámetros del entorno.
- Responsables.
- Independientes.
- Participativos.
- Cariñosos.

## Capítulo IV

### Casos Clínicos

---

*A través de los casos elegidos se intenta mostrar el proceso mediante el cual se puede arribar no solo a conclusiones diagnósticas, sino al planteo terapéutico para la estimulación neurocognitiva en sesión y para la confección del “Programa terapéutico” a ser ejecutado en familia.*

#### Caso I

---

*Transcripción de una primera entrevista*

Nombre: S

Edad: 7años

Fecha: 2011

Madre: P

Padre: J P

Hermano: L (5 años)

*(Se indica con Ma el discurso de la madre y con T el del terapeuta).*

T \_ ¿Por qué realiza esta consulta? ¿Qué le preocupa de su hija?

Ma \_ Estoy preocupada por mi hija. Vengo haciendo consultas porque visiblemente no tiene nada anormal, pero tiene problemas

de aprendizaje y en la socialización. La dificultad más grande es en matemáticas

T \_ ¿Te has fijado si invierte las letras, escribe al revés?

Ma \_ Sí.

Me \_ ¿Es impulsiva?

Ma \_ Sí.

T \_ ¿El papá se parece a los niños?

Ma \_ Sí.

T \_ ¿También es una persona impulsiva? ¿Es de esos encantadores que después son golpeadores con las palabras y actitudes?

Ma \_ Sí.

T \_ Puede que la conducta de los niños esté relacionada con la personalidad del padre, con un peso genético y también puede incidir el factor ecológico donde existe este papá como modelo. En lo que le pasa a los niños está el factor genético y también lo aprendido. Al varón, ¿le ocurre algo parecido a S.?

Ma \_ Sí. Los dos no acatan órdenes. Cuando están con el papá les deja hacer lo que quieren y, después de eso, se portan muy mal al día siguiente; por ejemplo G., la persona que los cuida, los puede manejar en general, pero por ahí se le va la situación de las manos.

T \_ ¿Tiene tendencia a hablar como los personajes de dibujitos animados de la Tv?

Ma \_ Sí, cuando juega sola y cuando comparten una actividad entre ellos también (entre los hermanos).

T \_ ¿Ella comenzó a hablar tarde?

Ma \_ Sí. Empezó a hablar después de los tres años y después se largó de golpe. Los dos nacieron por cesárea.

T: *Muestra un power sobre cómo funciona el SNC, en el TELF (trastorno*



*evolutivo del lóbulo frontal). Explica también sobre las relaciones entre el estrés y la aparición de síntomas patológicos. Explica sobre el SPECT.*

T \_ ¿Estás divorciada?

Ma \_ Estamos en eso. Estoy separada pero hay algunos problemas económicos que debemos resolver.

T \_ ¿Los embarazos fueron buenos?

Ma \_ El primero fue hermoso, el segundo con estrés por las dificultades que teníamos en el vínculo con mi ex marido.

T \_ Voy a mostrarle un power de una problemática acerca de la disfunción del Lóbulo Frontal y le pido que se fije si reconoce a S. en alguno de ellos.

La mamá confirma las siguientes manifestaciones del trastorno:

- Le cuestan los cambios.
- Conducta fóbica (a las tormentas, a la oscuridad etc.)
- Fallas atencionales.
- Conductas ritualistas.
- Pensamientos intrusivos. Rigidez.
- Fallas en dimensionar la magnitud de los estímulos.
- Conducta de utilización.
- Respecto al lenguaje, si bien habla correctamente, no tiene un dialogo coherente. Habla todo el tiempo de fantasías.
- "Hay días en que está lúcida" (agregado por la madre).
- Labilidad emocional.
- Es histriónica.
- Conducta pseudo psicopática. Alteración de la conducta interpersonal.

- Hace comentarios fuera de contexto e interrumpe la conversación de los adultos expresando sus necesidades o relatando una situación NO vivida por ella sino extraída de un corto de Tv.
- Altamente sensible al afecto. Y en ocasiones no mide a quién y cómo puede abrazar, se muestra exagerada en las manifestaciones afectivas.

T \_ ¿Cómo es la rutina con el sueño?

Ma \_ Duerme bien. S. se levanta una vez a la noche y quiere ir a mi cama.

T: *Se plantea el encuadre explicando la modalidad de la institución, destacando que luego de la valoración, el o los terapeutas posiblemente confeccionen un PT (Programa Terapéutico) para la familia y sugerencias o adaptaciones para la docente, por lo que se le indica que presente antes de terminar la valoración el siguiente material:*

- El "Protocolo de Observación Áulica" para que lo complete la docente o el gabinete psicopedagógico de la escuela.
- Y para la familia, que complete la "Escala TELF" y el relato de "Un día en la vida de S." con la mayor cantidad de datos, donde conste la rutina de cada día de S. y de la familia.

Se sugiere la consulta al neurólogo y, si es posible, la realización de un SPECT.

En principio le comunico la presunción de que ambos niños presenten una problemática asociada al lóbulo frontal.

El papá también tiene que escribir su "Día en la vida", de los días que los niños pasan con él. El terapeuta solo no es suficiente para lograr el desarrollo de las aéreas disfuncionales, porque para que el niño mejore es fundamental que la terapia sea sostenida por todos, terapeutas, familia y escuela.

## Relato de un día de vida

Es un relato de lo que vive el paciente y la familia en un día tipo, y la consigna es: "Relate por escrito un día en la vida de su hija con la mayor cantidad de detalles posibles, desde que se despierta hasta que se duerme, lo que se viva cotidianamente". En caso de ser padres separados, se solicita el relato a cada padre con lo vivenciado en cada situación. También el relato de "Un día domingo" donde la familia y el niño viven otras situaciones.

El objetivo de este relato no es solo conocer la vida del niño y su familia, tiene también como objetivo la posibilidad de que quien lo escribe "se dé cuenta" de sus hábitos y maneras de vivir la cotidianidad y si sus intervenciones son asertivas o perjudiciales para el hijo. Suele ocurrir que en entrevista los padres solos propongan cambios de actitud ante algunas situaciones conflictivas que se planteen en la vida cotidiana del niño y la familia.

La extensión del texto y el contenido nos provee un material valiosísimo para saber con qué tipo de padres trabajaremos y desde dónde trazaremos los objetivos terapéuticos y la prioridad de ellos.

## Modelo del relato de "Un día de vida".

Está marcado con VERSALITAS lo que se sugiere modificar y con **negrita** las conductas que pueden operar como reforzadores positivos.

### *"Un día en la vida de S"*

"CASI TODOS LOS DÍAS SE DESPIERTA DE MAL HUMOR, para levantarse necesita ayuda aunque se rehúsa tomarla porque

HAY QUE MOTIVARLA para que se vista.

*Le explico que hoy tendrá la fiesta del día del alumno y llevará la bebida para compartir con sus compañeros; de esa forma, muestra entusiasmo pero de todas maneras HAY QUE INSISTIR*

PARA QUE NO SE ENCOJA EN LA CAMA ADORMECIDA.

*S. VA AL BAÑO CAMINANDO CON DIFICULTAD Y PESADEZ, continuamente le pido que termine para poder ir a tomar el desayuno; toma la leche Y NO COME NADA, GENERALMENTE ESTÁ INAPETENTE POR LA MAÑANA; no le insisto y le envío merienda doble para el colegio.*

*Al mismo tiempo que toma el desayuno mira los dibujitos animados junto a su hermano L. Y SE DISTRAE CON MUCHA FACILIDAD Y NO ENFOCA LA ATENCIÓN EN EL DESAYUNO SIENTO QUE ME CUESTA PONER EL LÍMITE AL MOMENTO DE APAGAR LA TV Y LOGRAR QUE SE CONCENTREN EN LO QUE HACEN PORQUE GRITAN Y PROTESTAN CUANDO HAGO ESTO creo que debería tener la rutina de sentarme con ellos a desayunar para hacer que sea un momento más en familia, pero el tiempo siempre vuela por la mañana y se me hace imposible.*

*Una vez desayunada, la peino y le pido que se ponga el guardapolvo o campera del colegio, siempre insistiendo en que lo haga con rapidez y que tenga todo preparado para la escuela, chequeo que tenga todos SUS ÚTILES PORQUE SUELE PERDERLOS U OLVIDARLOS.*

*Ya listos, salimos en el auto y nos dirigimos a la escuela, hasta que dejamos a L en casa de su abuelo VAN DISCUTIENDO Y A LOS MANOTAZOS, se ríen también. Luego, solas vamos al colegio y charlamos en el camino de sus actividades y de los regalos que recibió de su abuela el fin de semana y lo lindo que la pasó compartiendo buenos momentos. Su conversación fue muy realista.*

*La recibe G DESPUÉS DEL COLEGIO, DONDE SE COMPORTÓ BIEN, ELLA MISMA ME CUENTA QUE TIRÓ UN LIBRO AL SUELO PORQUE UN COMPAÑERO LE QUITÓ EL LIBRO QUE LE CORRESPONDÍA A ELLA. CUANDO LLEGÓ DEL COLEGIO LLORÓ PORQUE L LE QUITÓ EL ENVOLTORIO DEL CHUPETÍN QUE TRAÍA. COMIÓ ENOJADA PORQUE NO LE GUSTA LA LECHUGA NI LA ZANAHORIA. Se va tranquila a dormir la siesta Y SE LEVANTA LLORANDO CUANDO G LE DICE QUE SE TIENE QUE DUCAR. Luego de hablarle y explicarle que es una nena grande para que llore, se bañó solita y la llamó para que le ponga*

*champú y enjuague.*

**Merendó bien, tranquila y luego hizo la tarea sola; no hay notas de atención de parte de la maestra en el cuaderno de comunicaciones.**

*Menos mal la verdad es que ya no sabía qué hacer con ella y las notas de las maestras. LLORÓ PORQUE SABE QUE VIENE SU PAPÁ A BUSCAR A L PARA LLEVARLO A FUTBOL Y ELLA QUIERE IR. NO QUIERE GUARDAR LOS ÚTILES DE LA ESCUELA, DE TODOS MODOS LO HACE PERO LLORANDO Y TIRANDO CUADERNOS Y CARTUCHERA DENTRO DE SU MOCHILA. Llega el papá y se va con él a las 17hs.*

*Pasa la tarde con su papá y luego llega a casa a las 20hs. Se alegra cuando le digo que iremos a cenar con su abuela en casa de su tía C, le pido que se cambie y lo hace sin problemas AUNQUE INSISTE EN PONERSE ZAPATOS DE TACO (DIS-FRAZ) QUE NO LE PERMITO; PROTESTA y luego acepta calzarse con zapatos normales.*

*En el auto, camino a casa de mi hermana, van jugando y HABLANDO COMO PERSONAJES DE DIBUJOS ANIMADOS Y AUNQUE LES RUEGO QUE HABLEN BIEN, SIGUEN HACIÉNDOLO.*

*Llegamos a casa de mi hermana, saluda a todos con un abrazo, ES MUY EFUSIVA! SUELE ABRAZAR DEMASIADO FUERTE Y SER EXAGERADA CON LO QUE DICE Y HACE.*

*EN UN MOMENTO, MIRANDO LA TV EMPIEZA A MOLESTAR A SU PRIMO T. MOVIÉNDOLE EL BRAZO DEL SOFÁ, LUEGO DE REPRENDERLA SE ENOJA Y, SIN QUE LA VEA, HACE UNA SEÑA CON EL DEDO, SU HERMANO LA ACUSA Y YO LE PREGUNTO SI ESTO FUE ASÍ, A LO QUE ME CONTESTA QUE NO; (mintiendo ya que luego lo acepta y promete no volver a hacerlo); le explico, levantando la voz, que no quiero volver a saber que hace una cosa así nuevamente, que es de muy mala educación y no es de un comportamiento adecuado.*

*Se sienta a la mesa para cenar y a la pizza que se le sirve le come solo el queso y el jamón; le insisto que coma la masa y*

*solo lo hace con una porción pequeña de manera exagerada, histriónica y algo absurda, tratando de hacer reír a los demás, al tiempo que habla sobre cosas sin mucho sentido riéndose.*

*Volvemos a casa después de un saludo bien afectuoso y se sube al auto sigue molestándose con su hermano hasta llegar a casa. Le pido se lave los dientes y lo hace aunque distraída por su hermano que hace monerías; tengo que repetir para que haga las cosas que se le piden varias veces. Se cambia para irse a dormir tomándose su tiempo y se acuesta, reza y me da un beso de buenas noches. Se duerme sin problemas.*

*Tuvo una noche tranquila y tengo que despertarla para levantarse lo cual hace con disgusto; debo motivarla para que lo haga diciéndole que no hay clases e irá a casa de su abuela porque es el día de la primavera; se pone contenta y se levanta.”*

## MATERIAL USADO PARA VALORACIÓN NPS.

---

Se aplicaron algunos ítems de pruebas tales como Metropolitan (II y III).

Consignas de comprensión verbal pura de Therman y Merrill.

Actividades en la PC con juegos de estrategias, armado de puzzles, discriminación de completamiento de figuras, dibujo de figura humana en papel y tablet, relato de hechos cotidianos por discurso inducido.

La consulta al neurólogo confirma la presunción diagnóstica de "TELF" (Trastorno Evolutivo de Lóbulo Frontal, Arrebillaga 2008 , Investigación en desarrollo).

Corroborada por valoración neurológica y resultado de SPECT de cerebro que informa hipoperfusión en región frontal derecha.



- Síntomas más relevantes recogidos en la valoración:
- Comportamiento histriónico.
- Respuestas anárquicas a las demandas u órdenes verbales.
- Presencia de ideas intrusas.
- Risa descontextualizada.
- Falta de reconocimiento de sus comportamientos no pertinentes.
- Extrema familiaridad y excesivo contacto corporal cuando saluda.
- Cambios de estado de ánimo de manera súbita, de llanto a risa, de enojo a alegría.
- Buena decodificación del lenguaje hablado.
- Tendencia a dibujar personajes fantásticos aunque la demanda haya sido clara, por ejemplo ante "Dibuja una persona" dibuja un personaje de alguna película o de la Tv .
- Uso de lenguaje neutro, con imitación de los personajes de la Tv., por ejemplo: "mira", "fíjate", "oye", "calcetines", etc.
- Lenguaje normal a nivel fonológico y morfológico.
- Lenguaje con contenidos concretos o fuera de pertinencia en el discurso. Por ejemplo, ante semejanzas y diferencias, entre mariposa y mosca "las alas de las mariposas son grandes así" (lenguaje gestual) y "la de las moscas son así" (lenguaje gestual) y "una mascota (neologismo por aumentativo) tiene las alas así y la mosca así".
- Distracción semántica.
- Tendencia a fabular situaciones cotidianas.
- Conductas arbitrarias en las relaciones con los pares, queriendo imponer siempre su deseo en los juegos compartidos, terminando, en consecuencia, sola.

## Caso II

---

### *Transcripción de una primera entrevista*

Fecha: 14/7/10

Nombre: L.C.

Edad: 4 años

Ingresa la mamá, el papá queda en la sala de espera con la niña.

Antecedentes :

- HIPOXIA PERINATAL.
- CONVULSIONES.
- INTERNADA POR UNA SEMANA EN LA UTI NEONATAL.
- Desde el año de vida es atendido por el Dr. K., neurólogo.
- PRESENTÓ EPISODIOS DE CRISIS FEBRILES y fue medicada con anti-convulsivante
- Es una niña MUY NERVIOSA E IRRITABLE.
- Única hija

M (mamá) \_ Trabaja mi marido nomás, yo no, porque LA NENA NOS DA MUCHO TRABAJO. El embarazo fue accidental.

M \_ No vivíamos juntos, en mi casa no sabían, hacía 2 o 3 meses que estábamos en pareja, fue difícil. HUBO ESCÁNDALO DE PARTE DE MIS PADRES.

T \_ ¿Tuviste la fantasía de abortar?

M \_ No, miedos sí. Cuando nace L. no estábamos viviendo como pareja. Al año y medio de vida comenzamos a vivir juntos en casa de mis padres. Nació a los 8 meses y por cesárea.

T \_ ¿Por qué hizo una hipoxia?

M \_ No sé. Nació por cesárea, anestesia total, la bebé no llegó a encajarse para nacer, pesó 1,900 kg Estaba con bajo peso

T \_ ¿Había controlado el peso el Dr. durante el período gestacional?

M \_ Sí, decía que éramos todos pequeños, el Dr. dijo que era normal.

La dejaron en Neo de complejidad dos días con oxígeno, NO SE ALIMENTABA AL PRINCIPIO, no me dejaban darle el pecho, nunca lo

agarró, tenía para darle pero no pude mucho. Fue alimentada con leche maternizada, siempre TUVO PROBLEMAS DE PESO, COMÍA RE POQUITO.

DORMÍA TODA LA NOCHE DESDE LOS 5 MESES, DE 22:00 A 7:00 MÁS O MENOS, DURANTE EL DÍA TAMBIÉN DORMÍA.

LE COSTABA COMER SÓLIDOS, EL PURÉ, LA CARNE, lo dulce sí. Ahora come de todo

T \_ ¿Cómo fue el crecimiento psicomotor?

M \_ TIENE UN RETRASO MADURATIVO MOTOR, ERA BLANDITA ANTES DE LA CONVULSIÓN, NUNCA GATEÓ, CAMINÓ A LOS 2 AÑOS CON ESTIMULACIÓN.

M.E: Lee lo que envió Dr K.

M: \_ Cuando hace la primera crisis consulta con el Dr. K. le dijeron que era normal. Al año y 2 meses vuelve a tener otra crisis epiléptica y ahí le hacen todos los estudios RMN, que informa normal.

*T: explica Ontogenia del lenguaje (etapas de adquisición y desarrollo del lenguaje y destaca la etapa de juego vocal)*

M \_ Lo tuvo cercano al año a la "etapa de ajo", empezó con "Ma, o Pa" y lo olvidó. A los 2 años hablaba casi nada, no demandaba, a los 3 años habló con gritos y señalamientos. Tiene mirada presente, se pone como tensa o juega con las manos, se calma con la tele, libro, música y agua. La está viendo una fono y estaba por empezar con una psicóloga. La fono nos dijo que le pidamos sugerencias y ella las implementaba. No controla esfínteres, ahora dice "hasc" (asco). Se queda quieta, se acuesta en la cama, pone las piernas contra la

pared y hace.

DUERME EN EL MISMO CUARTO en otra cama, no tenemos otro dormitorio pero en este momento nos están por entregar una casa. Con el papá se lleva bien aunque él no le tiene mucha paciencia.

T \_ ¿Qué te preocupa de tu nena?

M \_ EL LENGUAJE, LOS NERVIOS VAMOS A UNA REUNIÓN Y NOS TENEMOS QUE IR. SE TAPA LOS OÍDOS, MUCHO MIEDO AL RUIDO DE LAS MOTOS, HACE BERRINCHES, la sacamos entretiéndola con alguien o algo.

Entiende más de lo que habla, yo le tengo paciencia, soy muy nerviosa pero le tengo paciencia.

Va al jardín maternal común. Peso actual normal.

LE CUESTA SUBIR O BAJAR ESCALONES, TIENE EL AUTOMATISMO DE SUBIR. AGARRA MUY POCO LOS DOS CUBIERTOS. TIRA TODAS LAS COSAS, TOMA AGUA Y LA TIRA.

Es una nena más ENOJADA que contenta, es mimosa, cariñosa. La reto, le levanto la voz. **El papá dice fuerte que no y le responde. Mira dibujitos y los entiende**

T \_ Dejáelos. Es oportuno ponerle dibujos con personajes reales o los de Disney.

M \_ Es observadora, quiere copiar algo PERO NO IMITA, MÁS QUE NADA SONIDOS

T \_ ¿ Con qué juega?

M \_ PERMANECE POCO CON LAS COSAS, SE LLEVA LA ROPA A LA BOCA, usó poco chupete, toma en vaso con pico, traga bien la saliva, mastica bien.

**Datos obtenidos en la PS (primera sesión)**

(Pasa el papá con la paciente, en el consultorio con poca luz, está

la computadora con un video infantil).

L. mira el video, TOCA LA FUENTE DE AGUA, MUEVE LAS MANOS, GOLPEA CON LOS PUÑOS.

Cuando M.E. la toma de las manos, no lo soporta y retira sus manos

T \_ Tranquila, dejo las manos quietas.

L. CONTINÚA GOLPEANDO CON LOS PUÑOS, CUANDO TERMINA GOLPEA LAS MANOS

Dice: "tía".

T \_ ¿De nuevo?

L: NO RESPONDE A LA CONSIGNA, CORRE LA COMPUTADORA Y GRITA, HACE BERRINCHE, GRITA.

T vuelve a poner la peli.

L. permanece unos minutos ante la película, LUEGO PATEA LA COMPUTADORA Y EL ESCRITORIO CON LOS PIES Y LAS MANOS. Se baja de la falda de papá mientras procura mirar la computadora. Sigue la canción desde el piso. Mantiene las manos por un rato relajadas y, con menos frecuencia, GOLPEA SUS MANOS Y LAS CIERRA.

P (papá): \_ CUANDO VIENE A CBA. SE PONE PEOR, CUANDO CAMBIA DE LUGAR SE SOBREEXCITA.

T\_. Tiene una dificultad, pero con los gritos y las rabietas, consigue lo que quiere (Cuando hablan ella grita con más frecuencia).

Se presenta un corto de canciones infantiles en la PC, sin ninguna consigna, solo observando la conducta de la niña. Cuando termina la canción:

L: \_ "Ma, m.a"

T. \_ ¿Querés otro?

L \_ Sí (se tira al suelo)

T \_ ¿Te podés parar?

L: grita

T \_ (grita más fuerte) No vamos a poner nada si gritas... (coloca otra canción)

L : vuelve a mirar en silencio ("aita")

Cuando T corre la computadora grita: "e,e"

T \_ ¿Querés más, podés pedirlo por favor?

L: \_ Ma, ma

T \_ Yo no entiendo gritos, si querés más, pedímelo.

Combina golpe y chasquido de dedos con cierre de ojos.

(En el agua se relaja relata la madre)

Tiene un ritmo el golpe, cuando está con sueño o alguna necesidad lo hace.

T \_ Ahora pongo de nuevo la película con música, vení a ver

T \_ ¿Quién le tiene paciencia?

P \_ La mamá

L: grita, luego mira la imagen

T \_ En el jardincito, ¿qué ocurre?

P \_ Las maestras suavizan las cosas, ya la conocemos nosotros. Ahora no le pega a los chicos, a no ser que esté enojada, a nosotros también nos pega.

El viaje bien, en el colectivo duerme, en la moto le gusta.

Los animales: a los perros no los tolera.

Tenemos 4 en casa, una vez la empujaron y se golpeó.

A los pájaros, al lavarropas les tiene fobia.

Me dijeron que el medicamento la pone sensible

L \_ "AAAAA"

T \_ Ahora ponemos otro

L \_ "la"

T \_ Ahora te pongo, vos esperá, esperá un minutito (mientras, corre



la computadora)

L \_ "eeee", "ma, ma"

T \_ Sin berrinches

Cuando comienza el video de Patito Feo grita

T \_ sssss

L: grita más fuerte

T \_ ¿Qué querés?

L \_ "ma"

T \_ Bueno, lo saco

L \_ "e,e,e,e"

T \_ Bueno

L \_ "EEEEEEEEEEEE"

(Cuando apoya las manos en el piso no realiza el movimiento con dedos y puños)

L \_ "O", "A"

T: pone el video de Susanita

L: dice" a"

Empieza la canción y grita

T \_ Ya te vas, te vas, te vas

L: grita fuerte mirando al padre y continúa golpeando las manos

T: le da ositos de peluche y continúa gritando

T \_ ssss me callo, me callo, me callo

L: continúa gritando

T \_ Tranquila, tranquila, tranquila

L: sigue gritando

T \_ Límpiale los ojos (al papá)

P \_ Vamos con la mamá (tira brazos al papá)

T \_ Mirá cómo decodifica

L. continúa gritando

Se calla y se va con una sonrisa. Ingresa la mamá.

T \_ Al papá le pedí que no participe.

M \_ ¿Y no pudo ver nada?

T \_ Pude ver todo, lo primero que hay que trabajar es calmar la conducta excitatoria.

T \_ ¿Al movimiento con las manos, lo hace siempre?

M \_ LO HACE CUANDO ESTÁ ENOJADA, CON SUEÑO, MOLESTA CON ALGO.

T \_ Es muy insistente con lo que quiere, sostiene el berrinche hasta el final; la dejé que grite pero después le impuse que se calle. Podría hablar más de lo que habla. Ustedes se van a pelear más si no consiguen mejorar la calidad de vida.

M \_ Sí, ya estamos peleados

T \_ Un hijo implica una inversión de tiempo y dinero, pero no puede anular tu existencia, yo te sugiero que trabajes y tengas una persona que la cuide.

P \_ La mamá ya empezó con síntomas de estrés..

## Relato de un día de vida

Edad: 4 años y 4 meses.

*“Hoy desperté a L a las 8:30 hs, le di su MAMADERA DE LECHE como hago habitualmente todas las mañanas, no quería despertar, estaba con pereza; le recordé que era hora de ir al jardín, se puso contenta, abrió los ojos un instante pero siguió haciendo pereza, empecé a alistarla comenzando por el CAMBIO DE SU PAÑAL, luego le cambié la ropa y le dije “vamos a lavarnos los dientes” y automáticamente y con una sonrisa se sentó en la cama y me estiró los brazos para llevarla al baño. Le lavé la cara y los dientes que, por CIERTO, LA DIVIERTE MUCHO, le humedecí sus cabellos para peinarla,*

*A las 12:00 hs fui a buscarla al jardín con mi abuelo en moto (generalmente así es) salió muy contenta como siempre tirando besos a la seño y partimos a casa tratando de hacer siempre el mismo camino (YA QUE LE MOLESTA EL CAMBIO DE RECORRIDO). Llegamos a casa y, en el dormitorio, le saque su pintor, le ofrecí yogur y a upa la llevé al patio ya que LE TEME AL LAVARROPAS QUE HABITUALMENTE ESTÁ ENCENDIDO EN ESE HORARIO y se encuentra en el trayecto del interior de la casa al patio; nos sentamos, comió rápidamente su yogur (siempre trae apetito del jardín) se levantó y la llevé cerca de sus juguetes para entretenerla y poder continuar con mis tareas de esa hora, PERO NO SE DEMORÓ EN VOLVER ADENTRO DE LA CASA Y EMPEZÓ CON SU RITUAL DE TIRAR COSAS, GOLPEAR LAS PUERTAS DE LOS MUEBLES, GRITAR Y TODO LO QUE PUEDA HACER PARA LLAMAR LA ATENCIÓN.*

ASÍ QUE TUVE QUE INTERRUPIR NUEVAMENTE LO QUE HACÍA Y BUSCAR OTRAS OPCIONES PARA ENTRETENERLA: LE DI SUS ROMPECABEZAS Y CON UNA DE SUS TÍAS LO DESARMÓ Y ARMÓ UNAS POCAS VECES HASTA QUE SE ABURRIÓ, JUGÓ UN RATO A LA PELOTA (CASI TODOS SUS JUEGOS SON BREVES).

**Llegó la hora de almorzar por lo cual la llamé y acudió alegre y velozmente, le lavé las manos y la senté a la mesa.**

TODO EL TIEMPO LLAMÓ LA ATENCIÓN DEL ABUELO, ABUELA, TÍA Y MÍA, (A PAPÁ NO LO MOLESTA) TODO EL TIEMPO FIJÁNDOSE EN DETALLES DEL ALMUERZO, DE SI BEBEN O HACEN UN BOCADO PARA PEDIR QUE HAGAN LA MORISQUETA CORRESPONDIENTE; luego tomó la sopa con el abuelo lo cual lo hace de PIE AL LADO DE ÉL, COMIÓ TODO Y MUCHO YA QUE EL POLLO CON PAPAS FRITAS LE ENCANTA, CORRIÓ SU SILLA Y SE BAJÓ A SEÑALARME EL PLATO DONDE TOMA EL ABUELO LA SOPA PARA QUE LE SIRVA Y COMO NO HABÍA TERMINADO AÚN EL PLATO PRINCIPAL SE ENOJÓ E HIZO UN PEQUEÑO BERRINCHE; CUANDO TERMINÓ, le tiró un beso Y SE MARCHÓ, A DAR VUELTAS POR CERCA DE LA MESA Y DESPUÉS PEDIRLE UPA A LA ABUELA (GENERALMENTE HACE TODOS LOS DÍAS LO MISMO) COMIÓ EL POSTRE Y SE BAJÓ.

*Luego, como estaban de visita unos primos, SALIERON A JUGAR A LA VEREDA Y ELLA SALIÓ POR DETRÁS Y SE SENTÓ A MIRARLOS JUGAR (JUGABAN CON LA PELOTA Y RAQUETA Y A ELLA LE ENCANTA), luego papá nos invitó a dar un paseo en moto, nos alistamos, preparamos su mochila (pañales, agua, galletas) y fuimos hasta el dique a pescar y, al llegar, sentamos a L. en el suelo y EMPEZÓ A TIRAR PIEDRAS AL AGUA QUE LE GUSTA MUCHO Y NO SE CANSA DE HACERLO, **mientras se ríe y comenta en sus balbuceos; a la hora de PARTIR HIZO UN TERRIBLE BERRINCHE YA QUE NO QUERÍA IRSE A PESAR DE HABER PASADO CASI UNA TARDE COMPLETA JUGANDO CON ARENA Y PIEDRAS, QUERÍA SEGUIR CON SU JUEGO Y QUE NOSOTROS LO HAGAMOS TAMBIÉN**, hasta que por fin desistió y pudimos SUBIRLA A la moto para irnos. Luego teníamos que ir al centro, pasar por un vivero para comprar una planta para regalar a su madrina que cumplía años. Al primero que entramos le gustó mucho Y EMPEZÓ A RECORRERLO SIN HACER PROBLEMAS PERO AL NO ENCONTRAR LO QUE BUSCÁBAMOS TUVIMOS QUE IR A OTRO VIVERO AL QUE YA NO QUISO ENTRAR Y LE HICE UPA, PERO TODO EL TIEMPO SE MANTUVO ENOJADA, DANDO GRITITOS DE VEZ EN CUANDO PIDIENDO POR IRSE (TUVIMOS QUE ELEGIR RÁPIDAMENTE) CONSEGUIMOS LO QUE QUERÍAMOS Y VOLVIMOS a casa ya que estábamos preparando un brindis para agasajar a la cumpleañera; teníamos que preparar la comida, así que la puse en su habitación y le puse sus DVD favoritos de animales y Manuelita.*

AL MOMENTO EN QUE ESTABA LISTO EL BRINDIS NO QUISO SALIR AFUERA DE LA HABITACIÓN, ESTABA YA MUY NERVIOSA Y ENOJADA, TAMBIÉN CON SUEÑO, ASÍ QUE LE DI DE COMER EN LA HABITACIÓN Y COMO YA HABÍA VISTO VARIAS PELIS, DECIDÍ APAGARLE PARA HACERLA DORMIR Y, COMO ERA DE ESPERAR, HIZO UN BERRINCHE MÁS PARA CORONAR EL DÍA PERO EL MÁS GRANDE DE TODOS CON PATADAS, CACHETADAS A MAMÁ, GRITOS Y RABIETAS LUEGO DE UN MOMENTO, SE ACERCÓ A LA HABITACIÓN UNO DE LOS TÍOS DE L. **al que respeta mucho y se calló automáticamente como por arte de magia, se tapaba los ojos como con vergüenza y dejó de llorar (siempre actúa así con él).**

*Él se retiró de la habitación, ella quiso volver a llorar pero ya estaba más calmada la tranquilicé y logré que salga un rato a compartir con nosotros en la reunión; estuvo contenta unos momentos Y LUEGO EMPEZÓ DE NUEVO A CONTRAER SUS MANITOS Y A PONERSE NERVIOSA POR LO CUAL OPTÉ POR QUE SE DESPIDA HASTA MAÑANA Y LA LLEVÉ A DORMIR; COMO ERA DE ESPERARSE, UNA VEZ EN LA CAMA NO QUERÍA DORMIR, ESTABA MUY ENOJADA, ME PEGABA Y SE PONÍA NERVIOSA; al cabo de un instante y después de un par de besos por toda su cara, se durmió. A TODO ESTO ERAN LAS 00:00 HS ASÍ CONCLUYE UN DÍA EN LA VIDA DE L.*

Se arriba a las siguientes conclusiones:

- Conducta a predominio excitatorio en varias áreas de su comportamiento.
- Severas alteraciones en la comunicación; lenguaje solo limitado a sonidos, gritos y muy pocas palabras.
- Ausencia de control de esfínteres.
- Fallas atencionales.
- Comportamientos estereotipados y actividad deambulatoria de tipo hiperactiva.
- Llanto inmotivado.
- En ocasiones, risa inmotivada.
- Conductas de agresión y autoagresión.
- Casi nula conducta imitativa.
- Conductas ritualistas.





## Capítulo V

### Recursos y Estrategias

---

*Nuestros criterios diagnósticos no se basan en la búsqueda de una entidad patológica hacia la explicación de una relación causa-efecto, sino que entendemos que las diversas patologías determinan una dinámica individual particular que se va a manifestar de un modo complejo y multimodal. En esta dirección, la evaluación es un proceso de conocimiento que permite indagar en este nuevo fenómeno que es la persona enferma. Ella, su historia y su medio.*

*“Evaluamos, entonces, las funciones afectadas y las conservadas. Realizamos un relevamiento de las actividades del niño y su contexto familiar y social, la performance individual y su conducta de interacción, consignando las conductas autísticas dentro de un marco analítico-funcional de las mismas, incluyendo alteraciones o deficiencias cognitivas, comunicativas, del lenguaje, las deficiencias relacionales, emocionales y afectivas. Considerando las posibilidades de aprendizaje: la imitación, la simbolización, las percepciones, la discriminación, la atención, la conducta y su contingencia con las influencias del medio en el desarrollo de los síntomas”. (Arrebillaga, 2009:106)*

El primer vínculo con el paciente se realiza por medio de la PE (Primera Entrevista) a la que suelen concurrir ambos padres o uno de ellos. La modalidad de PE es semi pautada y dirigida a registrar

la historia vital del paciente y la conformación familiar; dentro de ella, el terapeuta realiza el encuadre sobre la modalidad de cada profesional o grupo institucional.

En el encuadre se informa sobre el tiempo estimativo de valoración, la importancia de incluir a la familia y a la institución educativa en el proceso terapéutico con la modalidad de "Sistema Terapéutico", la duración y frecuencia de las sesiones en la etapa de valoración y la intervención de otros terapeutas, si es necesario, en la etapa de tratamiento.

Es importante destacar que es necesario mantener una relación lo más aséptica posible con los padres: un vínculo donde los roles no están claros termina por confundir a cada integrante del "equipo" que conforman terapeuta/s, familia, paciente e institución educativa.

Asimismo, la confianza que depositen los padres y la institución educativa en los terapeutas conforman "la primer instancia de la cura".

La primer sesión de valoración comienza en la sala de espera, donde el profesional concurre a invitar al paciente a ingresar al consultorio; allí se puede observar el comportamiento del niño, si permanece sentado, en la falda de la madre, desplazándose, trepando, jugando con otros niños, ausente, con algún juguete o elemento en la mano o con actitud de espera.

También la actitud que tomen los padres, respecto al ingreso del niño, puede aportarnos elementos valiosos que conforman el "mapa" familiar y la situación contextual con la que tendremos que organizar y acordar el "programa terapéutico".

Este primer encuentro suele darnos muestras de signos y síntomas del comportamiento en varias áreas del paciente a valorar.

En niños pequeños, donde entra a sesión con uno de los padres, puede que nuestra intervención se dé de manera indirecta entregando sugerencias al adulto que debe ser incluido en la sesión

de *Floor Time* (Stanley, 2003:46, 47,48).

Esta técnica consiste en una serie de sugerencias para ayudar a padres y profesionales a abrir y cerrar círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. "El tiempo del suelo" es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño. Los profesionales y miembros de la familia pueden interactuar alternativamente para trabajar con el niño en sesiones de 20-30 minutos y con la frecuencia que cada caso requiera. El objetivo es actuar cara a cara, uno a uno.

Esto puede actuar como estímulo activo y movilizar las capacidades interactivas del niño, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial.

Las interacciones deben implicar un dar y recibir. La meta es abrir y cerrar círculos de comunicación.

El autor también plantea que una vez que el niño haya dominado esta interacción de doble vía, puede utilizarla para superarse hacia otros niveles adicionales del desarrollo, incluyendo el juego imaginativo o simulado, el dialogo verbal y el pensamiento lógico.

Personalmente puedo afirmar que es difícil asegurar que la sesión de *Floor Time*, como técnica sola, pueda producir el desarrollo que plantea el autor, porque para alcanzar el nivel de juego simbólico, soliloquio y desarrollo de pensamiento, es necesario que potencialmente el niño esté en condiciones madurativas acordes a la edad correspondiente de su potencial cognitivo.

La incorporación del familiar a sesión, también nos aporta datos sobre la actitud del padre respecto de las posibilidades de operar como estimulador de funciones y modificación de la conducta para usar reforzadores pertinentes al comportamiento del hijo.

*“Los padres pueden presentar actitudes diversas, según sus características personales, el lugar que ocupa ese niño en la familia, y el tipo de familia que conforman”* (Arrebillaga, 2011:15,16).

En ocasiones tratan de hablar por el niño, o usar órdenes verbales para que responda ante una demanda. Por ejemplo, he escuchado frases como "mi hijo hace tal cosa como todo niño". A lo que sería oportuno responder que no existe "todo niño" como no existe "todo adulto" en el sentido de justificar el comportamiento anómalo que pueda presentar el hijo.

El uso de la *moquette*, puede resultar un instrumento valioso durante el proceso diagnóstico y posteriormente en terapia.

El espacio en que se colocan terapeuta y paciente marca una superficie delimitada, donde se acerca el campo perceptivo y permite ofrecer estímulos visuales y auditivos de modo más aséptico.

Configura también un límite para el desplazamiento del niño, donde es posible observar si puede permanecer dentro del espacio, si logra contener la tendencia a deambular, si transgrede la orden, si puede sostener la atención.

Facilita la decodificación del lenguaje del terapeuta al ofrecerle un campo perceptivo con menos estímulos.

También puede ser un recurso valioso para que el terapeuta sea quien salga del espacio y desarme la situación lúdica, si el niño tiende a manifestar conductas ritualistas y estereotipadas como colocar reiteradas veces los elementos en fila o columna, no logrando establecer un juego representativo en caso de tener la edad que corresponde a esta conducta.

En pacientes con "conductas de aislamiento" también puede resultar de utilidad intervenir sacando elementos del material lúdico que el niño esté usando y el objetivo es verificar si a través de una emoción que puede ser de "displacer" y manifestada con "enojo", logramos entrar en su campo perceptivo e intentar estimular la atención y verificar si es posible que el niño reconozca la presencia del terapeuta.

Es importante destacar que el abordaje de la instancia tera-

péutica desde las emociones es un recurso muy valioso; la realización de un registro del tipo de emoción que se puede relevar en sesión nos permitirá inferir acerca de las posibilidades "empáticas" que presenta el paciente.

Éste es un dato muy relevante para el diagnóstico clínico y posterior pronóstico; existen algunas entidades nosológicas donde la falta de "empatía" es el síntoma determinante.

Se sugiere usar esta modalidad desde los primeros meses de vida hasta aproximadamente los cinco años y desde esa edad en adelante es necesario valorar al niño en posición de sentado ante una mesa porque es dable recrear la situación en la que se sitúa en la institución escolar, donde se puede observar la postura, la atención y el rastreo visual usando dos planos (horizontal y vertical), el uso de ambas manos en la representación grafica, etc.

El objetivo en la PS (primer sesión) con el paciente es establecer una relación vincular de confianza y no es aconsejable, en el caso de utilizar pruebas de valoración, colocar al niño en situación de sentirse evaluado porque el resultado puede no ser el que potencialmente presente; un terapeuta que sabe lo que busca y desde dónde mira, puede encontrar comportamiento normal y anómalo aun sin una prueba de valoración.

Asimismo se impone que el niño sienta que el terapeuta es una figura de sostén y límite. Desde la postura Vigotzkiana de "Desarrollo Próximo" el terapeuta se constituye no solo en estimulador, sino también en pilar donde el paciente se puede sostener para asegurar la "resiliencia", (citado por Arrebillaga en *Autismo y trastornos de Lenguaje*).

Al iniciar la hora de juego se sugiere observar, consignar y documentar por medio de una filmación (previo consentimiento informado) las siguientes conductas:

- La relación con los objetos, si utiliza varios de ellos o permanece fijado solo a uno.

- Si logra establecer juego simbólico o se limita a manipular objetos sin finalidad lúdica.
- La relación con el terapeuta o padres, las preguntas o comentarios que realiza.
- La postura corporal y los desplazamientos.

La intervención del terapeuta puede darse como:

- Pasiva: donde el profesional observa la conducta general del paciente, los movimientos, los juegos y los diálogos que el niño establece con el material lúdico elegido y tomando nota sin que el niño lo registre.
- Activa: cuando el niño acepta al terapeuta como participante en la actividad lúdica, se incorpora a uno de los padres o a otro niño en la actividad.

Es necesario tener en cuenta que la valoración no es estimulación. Es bastante frecuente que los profesionales tiendan a estimular al niño ante una demanda, o repetir la consigna por ejemplo, y puede resultar oportuno, siempre que se tenga en cuenta que puede ser un "recurso" a utilizar luego, en el proceso terapéutico y no conformar un elemento que responda fielmente a las consignas de ciertas pruebas estandarizadas.

Cada sujeto estructura su juego de acuerdo a la manera que le es propia, pudiendo evidenciar conductas que manifiesten modos funcionales tales como:

- Equilibrio entre Excitación – Inhibición
- Predominio Excitatorio
- Predominio Inhibitorio
- Plasticidad – Rigidez comportamental



*Algunos interrogantes que permitirán luego categorizar y clasificar los síntomas.*

- ¿Realiza barrido visual?
- ¿Se detiene con la mirada en algún objeto?
- ¿Tiende a usar el mismo objeto?
- ¿Manipula el objeto, lo huele, lo succiona, lo explora con la boca?
- ¿Se presenta el sostén de la atención (Atención Tónica)?
- ¿Está presente el ROI (Atención Fásica)? Este reflejo, como instancia atencional, se da ante la presencia de un estímulo auditivo, de corta duración y que suscita la orientación hacia la fuente sonora. Si está presente la posibilidad de reversibilidad atencional, esto se puede registrar cuando luego de la atención fásica, el niño regresa y dirige su atención a la actividad que estaba realizando.
- ¿La motivación en la elección del material lúdico es acorde a su edad?
- ¿El lenguaje está presente o ausente?
- ¿El lenguaje acompaña al juego?
- ¿Organiza el juego?
- ¿Es usado para comunicar?
- ¿El lenguaje es usado de modo contextual o fuera de contexto?
- ¿La simbolización es acorde al nivel de abstracción esperado para su edad?
- ¿La comunicación se acompaña con lenguaje gestual?
- ¿Las expresiones del rostro manifiestan diferentes emociones?

- ¿Existe coherencia entre el lenguaje hablado y la expresión facial?
- ¿Conducta de observación con manipulación del material?
- ¿Disociación entre la manipulación y la mirada?
- ¿Se muestra dependiente del adulto? De esta forma, ¿puede organizar mejor su actividad?
- ¿Evitativo o distante?
- ¿De irrupción brusca sobre los materiales?
- ¿Clasifica, ordena o aparea con sentido?
- ¿El apareamiento se prolonga durante la sesión, conformando una conducta estereotipada?
- La tolerancia a la frustración y la aceptación de límites se puede detectar en la hora de juego a través de:
- La posibilidad de aceptar la consigna.
- La puesta de límites en el desarrollo y en la finalización del juego.
- El modo de enfrentarse con las dificultades inherentes de la actividad que se le propone realizar.
- Aceptación de la figura del terapeuta.
- La capacidad del niño de adecuarse a la nueva situación.
- Esta primera instancia se manifiesta a través de la posibilidad de aceptar la separación de la madre y de actuar acorde a su edad cronológica.

En niños en edad escolar y donde es posible la aplicación de pruebas de valoración, siempre que las posibilidades cognitivas lo permitan, es oportuno no usar material estructurado durante la primera sesión, en cambio resulta muy valioso el uso de la PC con

alguna actividad que haya sido propuesta por el niño, respetando su motivación. Es posible consignar varios de los ítems descriptos anteriormente en la "hora de juego" y con la misma postura, pasiva y activa desde el terapeuta.

El uso de cortos de películas infantiles, de cuentos y personajes conocidos por el niño o de personajes cotidianos en la televisión, puede ser también un material valioso de donde se pueden obtener los mismos signos y síntomas que con una prueba estandarizada de valoración.

El uso de programas específicos en la PC, es una actividad absolutamente pertinente en este momento, donde todos los niños muestran no solo apetencia sino destreza en el uso de la informática y a través de ella es dable observar:

- Atención
- Motivación.
- Memoria.
- Habitación.
- Sensopercepción.
- Funciones cognitivas, lenguaje hablado y decodificación, actividad gnósica y práxica.
- Función ejecutiva.
- Código lecto gráfico, lectura y escritura.
- Representación gráfica.
- Posibilidades de tolerar el tiempo de espera.
- Posibilidades de compartir la actividad con un par o con un adulto.
- Posibilidades de establecer relaciones empáticas.
- Uso de estrategias.
- Presencia de modalidades funcionales.

La cantidad de sesiones que conforman la etapa de valoración depende de la destreza del terapeuta, que no debe ser solo un evaluador que consigne aciertos y errores, sino que tiene que poseer conocimientos teóricos de la especialidad que le compete y tomar como referente los niveles funcionales cognitivos normales de la edad de cada niño a valorar.

Si la valoración NPS es minuciosa y certera, si el registro del tipo de familia es claro y si se ha contemplado el contexto, el planteo terapéutico deviene con facilidad.

## INTERVENCIONES

---

Para poder ingresar en el campo perceptivo y poder estimular a un niño desde el área que necesite, es imprescindible establecer normas y reglas que le permitan contar con la atención y motivación necesarias. Esto no es posible si, por el contrario, el niño manifiesta comportamientos de resistencia y negación. De modo que se describirá un modelo de disciplina y límites.

Podemos definirla como las reglas y normas de comportamiento adecuado que los padres y madres establecen para sus hijos. La disciplina no implica rigidez o castigos arbitrarios. El castigo crea miedo y resistencia

- La disciplina familiar es necesaria para establecer orden y jerarquías.
- Las normas o reglas cumplen una función de protección, permiten la convivencia armonizada y evitan que las personas puedan causarse daños unas a otras.
- La disciplina ayuda a que el niño incorpore las reglas de modo que formen parte de su autocontrol. De esta manera, los padres preparan al hijo para "estar mejor en el mundo". Para aprender en el colegio, por ejemplo, la escritura lleva

implícita la arbitrariedad, en nuestra lengua se escribe de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha y es una norma que el niño debe aceptar. No se puede hablar en cualquier momento o levantarse de su lugar, porque de esa manera se pierde aprendizaje.

### ¿Qué es el castigo?

Es la sanción que se impone al niño cuando éste decide romper las reglas o normas de comportamiento aceptables que han sido establecidas previamente.

### Tipos de castigo

- Castigo Positivo
- Castigo Negativo

**CASTIGO POSITIVO:** Consiste en DAR algo desagradable para disminuir o eliminar la conducta inadecuada (puede ser físico o verbal)

- Sus consecuencias:
- No produce cambios por convicción sino por temor, por lo tanto, el cambio es momentáneo.
- Crea una barrera entre el niño y quien lo castiga.
- Según las características del niño, pueden volverse depresivos o agresivos.
- Genera que se castigue cada vez más fuerte.

**CASTIGO NEGATIVO:** Consiste en QUITAR algo que le agrada al niño para disminuir o eliminar la conducta inadecuada.

- Sus consecuencias:
- El niño aprende a partir de las consecuencias de su comportamiento.
- El aprendizaje no se da por temor sino por convicción.
- En este tipo de límite, el niño entiende que hay disciplina pero se le sigue queriendo igual.
- Estimula el concepto de causa – consecuencia.
- Estimula el crecimiento desde la responsabilidad.

### La importancia del NO

- Desde el primer año de vida, el límite se incorpora con NO.
- De este modo el niño reconoce el peligro.
- Acepta que "él" no es parte de su madre.
- Aprende el control de esfínteres.
- Desarrolla el tiempo de espera.
- Aprende a usar elementos (cubiertos, ropa, etc.).
- Aprende a usar sus manos. Adquiere destreza con ellas.
- Aprende a subir escaleras.
- Aprende a hablar.

### El lenguaje está también determinado por el NO.

- No existe la posibilidad de elegir la lengua que cada hablante habla, se habla la "lengua madre", la lengua hablada por la comunidad a la cual pertenece cada sujeto.
- La frustración es necesaria en la vida de todo ser humano, solo aceptando "lo que no se puede" y soportando "perder y ganar" como parte de la vida, es que se puede crecer.



- La tarea de los padres es sostener de la mano a un niño mientras se frustra. Los hijos aprenden más por lo que hacemos que por lo que decimos.
- Los padres somos espejos donde se reflejan los hijos.

Un niño que crece sin límites crece "solo", y esto no solo produce conductas inadaptadas, produce también angustia y miedo.

En ocasiones es necesario entrar en las actividades estereotipadas y circulares del niño con conductas aisladas para poder ser reconocido e intentar salir junto a él.

Al comenzar la estimulación con un niño con conductas de aislamiento o estereotipadas, es importante usar un programa de estimulación multisensorial.

Existen diversos modos de organizar una sala de estimulación multisensorial, en esta instancia se sugiere contar con un espacio preparado específicamente para este fin en el grupo de terapeutas y entregar sugerencias para que la familia continúe la actividad en el hogar.

La teoría de Integración Sensorial de Jean Ayres (Terapeuta Ocupacional) y el enfoque Snoezelen Multisensorial son terapias que provocan un despertar sensorial, favoreciendo la comprensión de los otros, del mundo y de sí mismos, a través de estímulos y actividades significativas, y partiendo siempre de las necesidades básicas del niño así como de su desarrollo real.

#### MODELO DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL (Arrebillaga, 2008:23, 24, 25,26)

En una habitación a oscuras, con el niño en posición de sentado, comenzar por la:

### Estimulación visual:

- Desplazar un haz de luz delante del niño, de derecha a izquierda y a la altura de sus ojos.
- Desplazar la luz de arriba hacia abajo.
- Usar luego la misma modalidad con luces de colores.
- Desplazar la luz trazando círculos proyectados sobre un fondo.
- Incorporar objetos a la luz.
- Iluminar distintos objetos de usos diarios y ligados a las necesidades de cada niño.
- Incorporar objetos con sonidos e iluminarlos uno a uno y detenerse en cada uno de ellos.

### Estimulación del tacto:

- Ofrecer material de diversas texturas, suave, áspero, liso, rugoso, con variedad en la intensidad de las texturas.
- Deslizar el material por el dorso de la mano y luego, cuando el niño lo acepte, por la palma. La palma de la mano es de mayor sensibilidad y los niños aislados suelen ser reticentes al contacto, por lo que se sugiere realizar este acto en silencio.
- Usar un estímulo por vez. Los niños suelen manifestar intolerancia ante la presencia de varios estímulos simultáneos y lo muestran tapándose los oídos o los ojos. Puede que esta actitud se corresponda con una dificultad en la entrada simultánea de información y la actividad de las neuronas de asociación sea baja.
- Continuar con la estimulación de los pies y con la misma modalidad que en la mano.

- Luego el rostro, donde también es pertinente hacerlo en silencio y pausadamente para permitir la incorporación de cada estímulo nuevo dentro de un marco de placer.
- Instruir a los padres para que además de usar estas estrategias puedan estimular los demás sectores corporales.

### Estimulación del olfato:

- Usar aromas de olores que se puedan registrar en el hogar para que resulte contextual la estimulación de este sentido.
- Trabajar con opuestos, olores placenteros o displacenteros. Asociados a estímulos visuales de uso diario (olor del desayuno, olor de tostadas, perfume a jabón, perfume corporal, prendas de ropa de la madre, por ejemplo, que estén impregnadas del perfume que use).
- Los niños con conductas de aislamiento tienen tendencia a utilizar el olfato muy frecuentemente, de modo que es necesario estimular el ingreso de esta información de manera ordenada y con el reconocimiento de cada uno de ellos.

### Estimulación de sabores:

- Asociar el olfato, nombre y sabor de distintos alimentos también contrastados como ácido, dulce, amargo, salado.
- Incorporar colores de los alimentos al ítem anterior. Es bastante frecuente que los niños sean selectivos en la aceptación de algunos alimentos a los que elijen por color.
- Siempre que se intente agregar un nuevo alimento, es aconsejable servirle solo una pequeñísima porción, darle la sugerencia de probar y contentarse con la incorporación lenta de nuevos sabores.
- Recordar que la rigidez comportamental es una caracte-

rística común a las diversas patologías que conforman el TGD y otras alteraciones del desarrollo.

## Capítulo VI

### Programas y Sugerencias

---

En niños con comportamientos desajustados, con hiperactividad, rabietas, conductas de predominio excitatorio, hemos comprobado que el uso del agua como medio es un excelente recurso.

Los niños pequeños tienden a jugar con este elemento y los niños con TGD en general muestran también esta tendencia, de modo que sugiero usar frecuentemente el baño, con pocos estímulos; si es posible, inducir a un estado de relajación, usando siempre la misma música suave, calma, agregar un perfume ambiental que sea también siempre el mismo, continuar con la cena y luego acompañar al niño a su cuarto. Cuando se lo acompaña a la cama, usar el mismo perfume y la misma música que se utilizó en el momento del baño para que asocie el momento de relajación del baño y pueda inducirlo a un sueño relajado.

No es conveniente permitir que vea programas de Tv, o juegue en la cama; esto puede inducir al niño a un estado de alerta y excitación, en lugar de ser un disparador para conseguir sueño profundo.

Asimismo, tratándose de un niño pequeño, es conveniente dejar encendida una luz tenue en el cuarto; en tantos años de experiencia clínica he registrado una sola PE (primera entrevista) donde los padres relataban dejar una luz en circunstancias similares; en el resto de la cantidad de PE, el relato ha sido dejar encendida la luz

del pasillo o baño cercano. En estas condiciones, explico que el niño puede estar pasando por la etapa evolutiva de terrores nocturnos o presentar ya una conducta de inseguridad o fobia y el tener su cuarto iluminado puede operar como tranquilizador y evitar que se despierte o se pase a la cama de los padres. Por el contrario, cuando está encendida la luz fuera del cuarto puede inducir al niño a trasladarse al cuarto de los padres.

Cuando esté con conductas muy desajustadas, se aconseja repetir la dinámica del baño, tantas veces como sea necesario, en lo posible acostado, quieto, no jugando, para que aprenda a relajar su cuerpo; si lo permite, sería conveniente hacerle masajes para que se relaje y estimular el contacto con los padres.

Es posible aprovechar ese momento para estimular el vínculo madre- hijo, el contacto, la fijación de la mirada, la conducta imitativa (acción de neuronas espejos) etc.

## SUGERENCIAS PARA LOGRAR EL CONTROL DE ESFÍNTERES

---

Controlar esfínteres implica contar con un sistema nervioso maduro y una instancia de evolución y equilibrio en el psiquismo del niño, siempre que no estemos ante la presencia de una problemática orgánica que lo impida.

Existen algunas conductas que pueden ser indicadores acerca de las posibilidades de comenzar con el control de esfínteres, como el permanecer quieto en una misma posición hasta terminar la defecación por ejemplo, o molestarse queriendo quitarse el pañal.

Se entrega a los padres un cuadro de doble entrada donde consten los días de una semana y las horas desde que el niño se despierta hasta que se duerme, con el fin de observarlo durante todo el día para consignar la hora en que se produce la micción y defecación. Al finalizar la semana es oportuno realizar una curva de frecuencia buscando una constante de las horas en que suele ocurrir.



8hs	Lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
9	○	○	○	○	○	○	
10							
11			○		○		
12	○	○	○	○	○	○	
13							
14							
15							
16							
17		△				△	
18	△		△	△	△		
19							
20							

Referencias:

Defecación      △

Micción        ○

Luego de analizado el cuadro y encontrado una constante en días y horas, se sugiere a los padres que, si el niño se resiste a permanecer en el baño, utilicen la modalidad de proveer al niño del instrumento adecuado para que una vez iniciado el acto (de micción o defecación) se realice en el espacio que en general utiliza el niño, para luego realizar el ritual de arrojar con él el contenido en el baño.

Cuando se ha logrado la aceptación de parte del niño de esta rutina, se sugiere incorporarlo al espacio del baño de modo lento y utilizando la técnica cognitiva de acercamiento al objeto.

MODELO DE PROGRAMA TERAPÉUTICO

Paciente: L

Edad: 3 años

Fecha: Agosto 2010

### Estimulación de entrada de información visual:

- Usar una luz puntual en una habitación oscura, realizar la actividad entre dos adultos, uno sostendrá a L. en la técnica de sombra y el otro deslizará la luz de derecha a izquierda a la altura de los ojos y luego a mayor altura y a menor.
- Se incorporarán luces de colores sosteniendo el color durante un tiempo.
- Trazar círculos de luces.
- Ofrecer luces pequeñas y simultáneas sobre la superficie del techo.
- La misma actividad a derecha de la niña y luego a izquierda.
- Igual actividad sobre el piso.
- Es muy importante realizar cada actividad en silencio, en un ambiente calmo, sin elementos que perturben la estimulación. Recordar que la niña presenta severas fallas atencionales y ante la aparición de un estímulo ajeno, no es capaz de regresar a la acción anterior.

### Sensopercepción

Estos Dispositivos nerviosos son necesarios, para el desarrollo posterior de las Funciones Nerviosas Superiores, Lenguaje, las Gnosias y las Praxias, por lo que es recomendable comenzar por la estimulación de estos procesos.

Es por ello que sugiero:

- Incorporar hábitos y rutinas diarias. Por ejemplo, respetar los horarios de higiene y sueño, intentar (con ayuda) que guarde los juguetes después de usarlos, etc.
- No permitirle tirar los juguetes ni la comida, usar el NO todas las veces que haga falta.

- Inhibir las conductas estereotipadas. Para esto es necesario organizar a L. Se sugiere una postura que no le permita deambular, realizando las actividades, sentada en una silla baja con una mesita de igual tamaño.
- NO dejarla jugar tirada en el piso, necesita orden.
- NO responder a sus gritos. Se puede utilizar el recurso de poner música más fuerte que sus gritos para inhibirlos, usando siempre la misma música (se espera que si grita y se pone la misma música extinga esta conducta).
- Las actividades deben ser cortas y simples. Las consignas que acompañan estas actividades deben ser breves dando una orden por vez; de esta forma, nos aseguramos que pueda sostener la atención en dicha actividad.
- Presentar un estímulo por vez para favorecer el contacto visual y el sostén de la atención.
- Inhibir los estímulos no pertinentes (es decir, todos los estímulos que puedan interferir en la actividad que está realizando, por ejemplo la televisión, radio, objetos que no utilice en ese momento, etc.)
- Buscar siempre la conducta imitativa en todas las actividades que se le ofrezcan (primero ustedes realizan una acción con un objeto y luego esperan que ella imite la misma acción).
- Recordar el uso del lenguaje que acompañe la acción.

Cuando ella no logre imitar, sugerimos utilizar la técnica de la sombra.

**Técnica de la sombra:** Consiste en colocarse detrás del niño en contacto con su cuerpo, con las manos del padre/terapeuta sobre las del niño con el objetivo de ayudarlo a ejecutar determinada acción

acompañada de lenguaje, como si padre e hijo/terapeuta y paciente conformaran una sola persona. (Arrebillaga,2010:122)

Los días que L se encuentre más desorganizada y con mas berrinches, sugerimos ponerla en contacto con el agua, en una bañera con agua tibia.

Con una música muy suave y tranquila, solo melodía y un perfume para aromatizar el ambiente, con el objetivo de que se calme y relaje, hablarle en voz baja.

Cuando va a dormir, usar la misma música y el mismo perfume de ambiente, para que asocie a la relajación obtenida en el baño.

Usar este recurso tantas veces como sea necesario, si es más de una o dos veces al día, HACERLO.

## Lenguaje

El lenguaje está presente todo el tiempo y en cada actividad, de modo que todo lo que sea estímulo para L. será estímulo para el desarrollo del código lingüístico.

Es imprescindible que la niña logre sostener la atención a través de la entrada de información visual.

El Objetivo es:

- Favorecer el sostén de la atención tónica en una actividad.
- En este juego, los objetivos son la fijación y el seguimiento visual, dos HVB (Habilidades Visuales Básicas).
- Seguir lo sugerido en el Programa de estimulación Multisensorial.

## Entrada de Información Auditiva

De la misma manera que con la entrada de información visual, es imprescindible estimular el canal de información auditiva para que

logre fijar su atención y pueda discriminar y reconocer los diferentes sonidos del ambiente y de los objetos que lo rodean cotidianamente.

Para ello es muy importante que los sonidos sean presentados de a uno por vez, sin que otros estímulos visuales y auditivos interfieran.

Estimular el reconocimiento de los sonidos familiares y cotidianos, como la bocina del auto del papá, el ruido de algún electrodoméstico (a veces los niños suelen mostrar miedo a estos ruidos). Usando el lenguaje por ejemplo: "Escucha, llega papá" , o "Escucha, hace ruido el ventilador".

### Entrada de información táctil

Es importante el desarrollo de este canal de información para inhibir la exploración oral, ya que ésta es una conducta muy primitiva y no le permite centrar la atención y tener ambas manos disponibles para una actividad propuesta.

- Trabajar con masas de colores. Para que las pueda tocar, aplastar, manipular etc.
- Trabajar con elementos que ensucian para estimular el tacto y la tolerancia a otras texturas y temperaturas. Por ejemplo, hacer actividades con objetos de diferentes texturas, hacer engrudos, etc.
- Usar objetos de la vida diaria con texturas contrastantes, por ejemplo, suave-áspero.

ES IMPRESCINDIBLE LOGRAR QUE L. CALME SU CONDUCTA EXCITADA, NO SE PUEDE ABORDAR NINGUNA TERAPIA SI NO SE LOGRA ESTO PRIMERO.

Necesita un ambiente muy calmo y con pocos estímulos. NUNCA muchos a la vez (gente que habla, música, Tv, juntos) NO.

Sean perseverantes y prolijos con este planteo para pasar

luego a otra etapa.

*Este Programa fue enviado para la familia y controlado a distancia. La familia vive en otra provincia.*

## PROGRAMA TERAPÉUTICO N

---

Nombre: N

Edad: 6 años

Fecha: Abril de 2010

El objetivo del presente programa es abordar los desajustes conductuales de N., con la finalidad de que el niño logre disminuir las conductas desajustadas y mejorar el vínculo con los miembros de la familia.

En dicho contexto N manifiesta:

- Dificultad para acatar límites.
- Oposición y negativismo frecuente.
- Conductas desajustadas.
- Agresividad verbal y física.
- Rigidez conductual y de intereses
- Movimientos estereotipados sobre todo con sus manos.
- Dichas conductas inciden negativamente en el funcionamiento familiar.

A continuación se detallan algunas sugerencias que pueden ayudar a reorganizar la dinámica familiar.



## Sugerencias para el Hogar

- Dentro de lo posible se le debe proveer a N. de un ambiente con rutinas y orden.
- Usar límites claramente definidos.
- Realizar un listado de comportamientos que consideren aceptables y cuáles no, anticipando consecuencias positivas o negativas claramente. Confirman que G. conoce el desempeño que se le solicita usando la inducción. Ejemplo: a) "N., no te dejo que hagas tal cosa; si lo haces pasa tal otra cosa". b) "N, ¿qué pasa entonces si haces tal cosa?" (esperar a que responda, es probable que no lo haga y en tal caso, aclarar nuevamente). Utilizar el mismo procedimiento para las consecuencias positivas.
- Cuando transgrede, es necesario utilizar nuevamente la inducción de la siguiente manera: a) "N., ¿qué estás haciendo?". Esperar que responda, de lo contrario mostrarle verbalmente lo que está haciendo. b) "N, yo qué dije que no te dejo hacer eso y que si lo hacías iba a pasar x".
- Cumplir con la conducta que asumen los padres respecto del acto que N. no haga correctamente (penitencia, límite). Igual para las consecuencias positivas.
- Recompensen a su hijo frecuentemente y en especial, de forma inmediata al momento en que ha exhibido un buen comportamiento. Prefiera las recompensas: "¡Qué bien que has hecho esto!", a los castigos: "¡Nunca vas a cambiar!" Premien, alienten, aprueben y asistan, más que corregir y castigar.
- Además de un ámbito tranquilo, es necesario establecer en la casa un ambiente emocionalmente relajado. Un ambiente con tensiones y gritos pondrá al niño más hiperactivo, ya que la ansiedad aumenta la hiperactividad y disminuye la concentración.

- Es importante, cuando se le pide o se intenta comunicar algo al niño, chequear que nos esté mirando a los ojos (para estimular el contacto).
- Cuando utiliza un lenguaje no pertinente, marcarle lo incorrecto. Intente establecer un diálogo que, por más que sea corto, siga una línea de argumentación que tenga contacto concreto con lo real.
- Felicítelo cuando esté trabajando o jugando tranquilamente. Exprese de forma clara a través del lenguaje qué es lo que el niño está realizando correctamente (por ejemplo: "¡qué bueno que estés trabajando tan tranquilo!").
- Utilicen una rutina diaria clara para que el niño pueda realizar aprendizaje de las conductas pertinentes. También cuiden que tenga una rutina de sueño establecida, ya que cuando un niño duerme mal es probable que no cuente con buen nivel atencional para la actividad que va a desarrollar al día siguiente. Los niños necesitan dormir de 9 a 10 horas, ya que durante este periodo se producen hormonas y neurotransmisores necesarios para el día siguiente: si no duermen bien se levantan "pasados de vuelta", agresivos, etc.
- Es importante anticiparse a los acontecimientos. Anticipar los "cambios" en la rutina diaria (por ejemplo: "ahora vamos a comer y después nos vamos a ir al médico").
- Enfrenten con serenidad los conflictos, es una buena manera de favorecer en los niños una actitud serena y reflexiva (los padres sirven como modelo).
- Cuando los niños están muy nerviosos, inquietos y/o molestos, se puede utilizar la bañera como un medio de relajación, donde el contacto con el agua lo puede tranquilizar. No debe ser impuesto como un castigo si no como un momento de relax (por ejemplo: "ahora te vas a

dar un baño porque te va a hacer bien y vas a ver que te vas a quedar muy tranquilo"). Es importante respetar un tiempo de baño.

### En cuanto a reglas y límites.

Es muy frecuente que los padres presenten dificultades en "ser justos" en el sentido de ser oportunos en los límites: pueden ser permisivos y luego violentos verbales o físicos.

¿Por qué el niño desafía?, ¿por qué transgrede? Porque no cree en lo que los papás le dicen, no tiene respeto por el lenguaje de los padres. Cuando se enfrente la palabra del niño contra la de un padre tiene que valer siempre la del padre. Si la palabra de los padres adquiere valor, solo la presencia de los padres es un freno, una señal de alerta para el niño.

- Lo más importante es que los padres estén de acuerdo con cualquier manejo de la conducta de N.
- Es necesario saber qué hacer ante la conducta de N., no es bueno estar improvisando, ni el estar confundidos. La mejor forma de no desesperarse o enojarse es que previamente sepan qué hacer ante la conducta desafiante del niño y no decidir en el momento del conflicto. Siempre se aplican las normas que se establecieron, y no "a veces sí" y "a veces no".
- Una vez que los padres, a solas, decidieron cómo manejar cada conducta del niño, se habla con todos los hijos y se les dice las nuevas normas de conducta de la casa. Es con todos para evitar que sienta que las normas solo son para él.
- El castigo debe ser bien definido en tiempo y cantidad.
- Evitar los "nunca" o "siempre" (por ejemplo: "Nunca más vas a ver televisión si te seguís portando así").

- Las reprimendas se deberán aplicar a la primera vez que se desobedezca y no esperar a que N. reflexione.
- Evitar las reprimendas que impliquen que los padres o el resto de la familia se autocastigue, como quedarse sin salir, o disfrutar de una comida.
- No elegir castigos que estén muy retirados del día en que se tuvo problemas, ya que el niño no entiende que es consecuencia de su conducta.
- Se recomienda que en la casa debe haber algún lugar "para pensar" pero que no sea de penitencia. El objetivo es lograr que el niño se calme y piense causas y consecuencias de lo que pudo haber hecho mal. Pero ese lugar debe ser agradable, no es para que sufra, el objetivo debe ser que reconozca que los adultos deciden por él cuando hace algo que no corresponda.
- Los niños no aprenden por el miedo o por el reto como un discurso. La consigna debe ser corta y precisa indicando la norma transgredida (por ejemplo: "hiciste esto cuando yo había dicho que no, ahora te vas ahí a pensar lo que hiciste").

*RECORDAR QUE ES NECESARIO SOSTENER EL LÍMITE EN EL TIEMPO, SI NO PUDO APRENDER A HABLAR SEGURAMENTE PODRÁ MODIFICAR LA CONDUCTA OBSESIVA Y APRENDERÁ A RECONOCER EL PELIGRO.*

## Capítulo VII

# Algunos métodos para el tratamiento del TGD

---

### PROGRAMA TEACCH DE CAROLINA DEL NORTE

---

#### Pictogramas

El método fue creado por el programa estatal de Carolina del Norte y puesto a disposición para personas con T.E.A. y sus familiares (Trastornos del Espectro Autista) en el que trabajó Eric Schopler en el año 1966.

Es un sistema que se basa en la organización del espacio, cambio de actividades mediante agendas, sistemas de estudio y trabajo para facilitar el proceso de aprendizaje y la organización del material para estimular la independencia del alumno.

La intervención en el área social ha de tener como punto de partida un ambiente estructurado, previsible y con un alto grado de coherencia. Es necesario un estilo intrusivo, que implica "forzar" al niño a los contextos y situaciones de interacción que se diseñen para él, sin olvidar favorecer las competencias sociales que ya tenga.

Se hace necesario diseñar el entorno con claves concretas y simples que le ayuden al niño a estructurar el espacio y el tiempo (por ejemplo, dando información por adelantado - *feedforward*- mediante carteles con pictogramas de la actividad que se va a realizar

a continuación, además de expresarla verbalmente).

Pero además de estos sistemas de estructuración ambiental, se hace igual de necesaria la eliminación de barreras arquitectónicas. En el caso del autismo es preciso plantear y proyectar la eliminación de barreras cognitivas, esto es, modificar las claves complejas que existen por doquier, cambiándolas por otras más acordes al nivel y a las características de estos alumnos.

Otro modo general de mejorar la competencia social de los alumnos con autismo es la de atribuir consistentemente intenciones sociales –de interacción social– a sus acciones, procurando que nuestras reacciones estén relacionadas funcionalmente con ellas, y sean claramente perceptibles y motivantes.

- Enseñanza de reglas básicas de conducta como por ejemplo no desnudarse en público, mantener la distancia apropiada en una interacción, etc.
- Enseñanza de rutinas sociales: saludos, despedidas; estrategias para iniciación al contacto, estrategias de terminación del contacto, etc.
- Entrenamiento de claves socio emocionales: a través del video mostrar emociones; empleo de fotos de expresiones emocionales; estrategias de adecuación de la expresión emocional al contexto, etc.
- Estrategias de respuesta ante lo imprevisto: enseñanza de muletillas sociales para “salir del paso”, etc.
- Entrenamiento de estrategias de cooperación social: hacer una construcción teniendo la mitad de las piezas un alumno y la otra mitad, otro o la maestra.
- Enseñanza de juegos: enseñanza de juegos de reglas, de juegos simples de mesa, etc.
- Fomentar la ayuda a compañeros: enseñarles tareas concretas como ayudantes de las maestras, de alumnos de



otro aula o nivel; favorecer esta ayuda aprovechando las actividades externas, como excursiones, visitas, etc

- Diseñar tareas de distinción entre apariencia y realidad: por ejemplo, rellenando a alguien con trapos: "parece gordo pero en realidad es delgado".
- Enseñanza de vías de acceso al conocimiento: diseñar tareas para la enseñanza de rutinas verbales sobre el conocimiento del tipo "lo sé porque lo he visto" "no lo sé porque no lo he visto".
- Adoptar el punto de vista perceptivo de otra persona: por ejemplo, discriminar lo que un compañero está viendo aun cuando él no lo vea, etc.
- En alumnos con menos nivel de desarrollo se fomentará el uso de estrategias instrumentales simples, en las que el instrumento sea físico o social. Asimismo, se fomentará la percepción de contingencia entre sus acciones y las reacciones del entorno (en este sentido la contra imitación-imitación por parte del adulto de lo que el niño hace- puede ser, entre otras, una buena manera de conseguirlo).

## Agendas Personales

*En los últimos años, se ha desarrollado el uso de "agendas" en los contextos de aprendizaje de los niños autistas. Se trata de procedimientos que implican el registro (gráfico o escrito) de secuencias diarias de actividades y frecuentemente el resumen simple de sucesos relevantes en el día.*

Facilitan la anticipación y comprensión de las situaciones, incluso a autistas de nivel cognitivo relativamente bajo y con los que deben usarse viñetas visuales como claves de organización del tiempo. Las agendas tienen efectos positivos en la tranquilidad y

el bienestar de los niños autistas, favorecen su motivación para el aprendizaje y contribuyen a dar orden a su mundo.

## Sistemas de estructuración ambiental

La necesidad de proporcionar a los niños autistas ambientes estructurados, predictibles y contextos directivos de aprendizaje está ampliamente justificada.

Se han empleado procedimientos de enseñanza de habilidades en los nuevos contextos, sistemas que facilitan reconocer las recompensas de ejercer habilidades adquiridas en situaciones distintas a las de adquisición, y procedimientos de autorregulación

Además, estos sistemas de anticipación están íntimamente relacionados con el sentido de la acción. Las personas autistas, incluso las más capaces, tienen dificultad para organizar las secuencias de acción siguiendo un plan concreto.

De ahí la importancia de idear métodos que ayuden a anticipar el futuro, ya que avisar verbalmente de los acontecimientos que van a ocurrir no resulta útil para la mayoría de los niños autistas. Éste es uno de los objetivos del Proyecto PEANA, la representación de la realidad mediante fotografías o pictogramas, utilizando claves visuales que sitúen a los sujetos en el espacio y el tiempo y carteles con dibujos que representan la realidad y le anticipan lo que va a ocurrir, respondiendo a "¿qué voy a hacer yo?".

Los pictogramas utilizados como sistema de anticipación son más efectivos si cumplen una serie de requisitos:

- Que los dibujos sean sencillos, esquemáticos, pero que se ajusten a la realidad; fácilmente descifrables, sin muchos elementos. Describir el mayor número de detalles que sea posible. Escribir debajo-encima del dibujo lo representado. De esta forma se ofrece un tiempo extra deteniéndose en la viñeta, al tiempo que se ofrece la posibilidad de que

comiencen a descifrar el lenguaje escrito, o al menos que se asocie un determinado rótulo con una actividad.

- Emplear determinadas señales específicas para ampliar la información gráfica (ver, subir, bajar, etc.).
- A lo largo del día, se consulta la agenda cuando se cambia de actividad, si no se recuerda de memoria. Si en algún momento no da tiempo a realizar alguna actividad, o es necesario cambiar de planes, se tacha el pictograma y entre dos viñetas se puede dibujar la nueva actividad.
- Finalmente, al terminar la jornada, o finalizar lo planificado en una agenda, se vuelve a leer, intentando vincular el repaso a situaciones comunicativas, como contarle a la familia lo que se ha hecho.

*La planificación no solo es necesaria en el contexto educativo; las tardes, los fines de semana y las vacaciones resultan mucho más desconcertantes e imprevisibles para los niños autistas, ya que suelen estar menos estructurados, se respetan menos rutinas y es posible la interacción con personas no habituales. Por ello, en estos ámbitos se hace más necesario el uso de sistemas de anticipación. Los padres, hermanos, o cualquier persona que vaya a dirigir las acciones del niño, pueden planificar el día utilizando el sistema de agendas.*

*Además, el aspecto motivacional puede ser muy importante, sobre todo en habilidades como las de planificación, que suponen uno de los déficits nucleares y que requieren un gran esfuerzo para los sujetos autistas.*

La organización del material en esta modalidad y de esta manera facilita la decodificación de la información, adaptándola al peculiar sistema cognitivo autista. Se le ofrece la posibilidad de comprender lo que tiene que hacer y cómo, además de trabajar con material atractivo.

Pero, en la mayoría de los casos, e incluso en niños con aceptable competencia lingüística, resulta necesario llevar a cabo varias

veces la actividad, para que sean conscientes de la meta, y aun así se requiere de mucho tiempo de entrenamiento con técnicas específicas conductuales (encadenamiento hacia atrás o auto instrucciones), para que se realice la acción completa de forma independiente. Por definición, los repertorios conductuales de las persona autistas, según el DSM IV, suelen ser restringidos y poco imaginativos. La mayoría de las conductas que realizamos habitualmente no suelen ser significativas para ellas, no tienen sentido y, por tanto, no son motivantes.

Parece, pues, que si de forma externa podemos presentar todos los pasos representativos de la acción (es decir, la tarea) y especialmente señalamos los efectos de la acción (la meta), facilitaremos que una persona pueda realizarla de forma completa y con sentido.

### **Pictogramas para señalar acontecimientos sociales relevantes**

Uno de los rasgos definitorios del autismo es su anormal desarrollo social y de interacción con otros, un problema que afecta durante toda la vida tanto a niños como adultos de relativa alta habilidad. Las características especiales de los estímulos sociales -sutiles, pasajeros, complejos y variados- pueden ser una de las causas que dificulten, en las personas autistas, el establecimiento de relaciones sociales armonizadas.

Por otra parte, la dificultad que experimentan los autistas para organizar la información, utilizando los elementos relevantes, a fin de obtener ideas coherentes y con sentido, se hace más patente en las interacciones sociales.

Según Rivière, uno de los objetivos centrales de la educación debe ser ayudar a las personas autistas a acercarse al mundo de significados y de relaciones humanamente significativas que tienen otros niños. Una lectura o interpretación de este objetivo podría ser ayudarles a distinguir que en la vida hay cosas más "importantes" que

otras, aprender a considerar relevante lo que para los demás así lo es.

Las habilidades sociales también se han beneficiado de la considerable investigación realizada aunque su desarrollo no ha sido tan marcado como ocurre en el área de comunicación y lenguaje. La competencia social exige el dominio de un amplio rango de habilidades que se incrementan de manera compleja con la edad.

Una vía eficaz para la enseñanza de habilidades sociales a niños y adolescentes autistas ha sido el uso de modelos con niños normales. La mayor parte de los trabajos se han desarrollado empleando a niños normales de edades preescolares y escolares y han documentado el hecho de que los pares preescolares pueden aprender a iniciar interacciones con el niño autista y que tales interacciones aumentan las respuestas sociales de los niños con autismo.

Los pares deben ser apoyados en sus interacciones con los niños y adultos autistas sin enseñar directamente cómo deben portarse, puesto que el objetivo de la interacción es obtener interacción espontánea de los niños con autismo. La intervención con pares debe ser realizada en un entorno positivo en el que las interacciones con los compañeros normales de igual edad sean placenteras.

La integración de autistas en escuelas públicas es probablemente más fácil cuando han aprendido habilidades sociales necesarias y cuando los normales han sido educados acerca de las dificultades que presentan los niños con alteraciones y han tenido oportunidades de compartir actividades<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Tomado de [www.educa.madrid.org](http://www.educa.madrid.org) (consultado 15 de mayo 2012).





## Conclusiones

---

Análisis del método: en el método enunciado anteriormente, se observa un detallado registro de la necesidad de estimular en todas las áreas a los niños con T.E.A. sin embargo en este momento resulta un método muy generalizado y de difícil aplicación por la familia, poco ecológico y no respeta el ritmo natural evolutivo de las etapas de adquisición y desarrollo de funciones.

Por otra parte cabe preguntarse: si un niño posee potencial cognitivo para aprender otros modos de comunicación, ¿por qué no estimular el uso de lenguaje hablado?

Y si el niño accede al uso de otros códigos de comunicación, ¿no será que en lugar de T.E.A. presenta una patología de lenguaje de tipo expresivo donde puede decodificar y lo que no logra es la consolidación de los estereotipos motores verbales para acceder a una estructura morfosintáctica que le permita el acceso al lenguaje hablado?

Es necesario tener presente que la característica más relevante en el autismo es la conducta de aislamiento y para aprender cualquier código es necesario la acción de la "neuronas espejo" que permiten el desarrollo de la conducta imitativa y la empatía.

Si bien el modelo presentado en el capítulo III, IV y V no constituye un método, podemos afirmar que el orden en la estimulación, teniendo en cuenta primero los D.B.A. (Dispositivos Básicos para el Aprendizaje de las F.N.S., motivación, atención, memoria, sen-

sopercepción, habituación) es el camino que respeta la cronología del aprendizaje y desarrollo de funciones en un niño normal y con el que hemos obtenido muchos éxitos y remisión de conductas de aislamiento.

Luego de esta etapa se puede acceder de modo más específico a la estimulación de cada área desde el profesional especializado y de manera más minuciosa.

Por otra parte, es un hecho innegable que cada niño, como cada persona, conforma una unidad con un modo particular de estar en el mundo, con una modalidad funcional predominante y con una situación familiar con estructuras y vínculos también particulares. Por esto el hecho de contar con un P.T. (Programa Terapéutico) construido especialmente para cada niño y cada situación de vida, consideramos una modalidad valiosa para la estimulación de estos niños con diagnósticos controvertidos y generalizados.

Del mismo modo, el compromiso del grupo familiar y la institución educativa acompañando el proceso de intervención terapéutica conforman la manera más operativa para el logro de la madurez esperada con la estimulación neuropsicológica.

Sin el logro de niveles aceptables de motivación-atención-memoria-habituación--sensopercepción, no es posible que un niño acceda al desarrollo de las F.P.S.S (Funciones Psíquicas Superiores), lenguaje, gnosis y praxias. Y sin adquirir conducta imitativa y empatía el niño transitará la vida en "su propio mundo".

Quienes nos dedicamos a estimular a los niños y acompañar a los padres en el desafío de conducirnos en dirección a la salud, tenemos que tener presente que ser terapeutas significa "ser comprometidos y responsables", "creativos y optimistas", porque de otra manera seremos solo técnicos y desde esa postura no es posible ser partícipes en el proceso para alcanzar el estado necesario que posibilite al niño "estar" en plenitud, en el sentido de disfrute que todos los seres merecemos vivir.

## Bibliografía

---

- Arrebillaga, M. E. (1997): "Consideraciones Diagnóstico-terapéuticas acerca del autismo" en Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Cerebro y comportamiento. Vol. 15, 81-95. Colombia, Ed, Javegraf.
- Arrebillaga, M. E. y Santacroce, R. M. (1995): "El rol del Terapeuta en la recuperación de la homeostasis". Ponencia del 3º Congreso Latinoamericano de Neuropsicología, organizado por SLAN (Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología) Cartagena de Indias. Colombia.
- Arrebillaga, Maria Elisa (2008) "Estimulación Neurocognitiva" apuntes del Curso de formación en NPS Clínica Infantil, en Fundación APINEP.
- Arrebillaga M.E (2008): "Modelo de estimulación multisensorial", material de estimulación neurocognitiva, apuntes del curso de "Formación en NPS clínica infantil" Fundación APINEP.
- Arrebillaga, M. E. (2010): Autismo y Trastornos de Lenguaje. Córdoba, Edit. Brujas.
- Arrebillaga. M.E (2011):" Tipos de familia y Limites" en revista Desterradx N°3 Córdoba, Rotagraf. S. A.
- Azcoaga, J. E. (1979) Del lenguaje al pensamiento verbal. Buenos Aires, Editorial El Ateneo.
- Azcoaga, J. E. (1979 b.): Trastornos del Lenguaje. Buenos Aires, (1981). Editorial El Ateneo.
- Azcoaga, J. E. (1979 c.): Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico.

Buenos Aires, Editorial El Ateneo.

Azcoaga, J. E; Bello, J.; Citrinovitz, J.; Derman, B.; Frutos, W. (1981): Los retardos del lenguaje en el niño . Barcelona, Editorial Paidós.

Azcoaga, Juan Enrique (1997): Neurolingüística y fisiopatología. (Afasiología) 4º Buenos Aires, Editorial el Ateneo. Serie de Neuropsicología.

Bachevalier, J. (1994): Neuropsychology, 32, 627- 48. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.

Bailey A. y cols. (1996): "Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives." Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 89-126. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como trastorno de la función ejecutiva.

Baron-Cohen (1987): "Autism and symbolic play". British Journal of the Psychology Vol. 5 139-148. Citado en Russell J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva Editorial Médica Panamericana. Colección Ciencias Cognitivas.

Baron-Cohen (1988): "Social and pragmatic deficit in autism: Cognitive or affective?" en Journal of Autism and Developmental Disorders, 18, 379-402. Citado en Russell J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva . Editorial Médica Panamericana. Colección Ciencias Cognitivas.

Baron-Cohen, (1990): "Instructed and elicited play in autism: A reply to Lewis and Boucher". British Journal of Developmental Psychology, 8, 207. Citado en Russell J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.

Bartak, L. y Rutter, M. (1973): Special educational treatment of autistic children: a comparative study. I: Design of study and characteristics of units. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 14, 161- 79. Citado en Russell, J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva".

Bauman M. L. y Kemper, T. (1994): "Neurobiology of Autism" Johns Hopkins

- University Press, Baltimore. Citado en Russell, J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Belloch, A.; Sandin, B.; Ramos, F. (1995): Manual de Psicopatología. Vol. 1. España. Ed. Mac Graw-Hill.
- Campbell J. (1995): "The body image and self- consciousness. En the body and the self" (ed. J. Bermúdez, A. J. Marcel, y N. Eilan) MIT Press, Cambridge, M.A. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Cerril, D. Seifert (1990): "Theories of autism". New York, Editorial University Press of America.
- Courchesne y cols. (1995):" New evidence of cerebellar and brainstem hipoplasia in autistic infants, childre and adolescents: the MR imaging study by Hashimotoand colleagues". En Journal of Autism and Developmental Disorders, 25, 19-22. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Damasio y Maurer, (1978): "A neurological model for chilhood autism". Archives of Neurology, 35, 777-86. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Damasio, A. (2006): En busca de Espinosa. Madrid, Edit.Critica.
- Elkonin, (1966): "Symbolics and its function in the play of children. Soviet Education", 8, 35-41. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Epstein, L. J. Tauban, M.T. (1985): "Changes in self-stimulatoryu behaviors with treatment". Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 281-94. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Feld, V; Rodríguez, Mario (2004): Neuropsicologia del Niño. Buenos Aires, Editorial de la Universidad nacional de Luján.
- Flavell, John H. (1982): La psicología evolutiva de Jean Piaget. Barcelona.
- Frith, U. (1989): Autismo hacia una explicación del enigma. Madrid, Edito-

rial Alianza.

Frith, U. (1991): Autismo. Madrid, Ed. Alianza.

Frith, U. y Done, D. J. (1990): "Stereotyped behavior in madness and in health". En *Neurobiology of stereotyped behaviour* (ed. S. J. Cooper and C. T. Dourish), pp. 232- 59. Citado en Russell, J. (1997) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.

Frith, U.; Happé, F. (1994): "Autism and theory of mind in everyday life. *Social Development*", 3, 108-24. Citado en Russell, J. (1997) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.

Fuster, J. M. (1989): "The prefrontal cortex: anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe". Raven, Nueva York. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.

García Coto, M. A. (1995): "Autismo infantil como trastorno generalizado del desarrollo; Autismo nuclear y co-morbilidad diagnostica". *Maestría en Psicología cognitiva*. Univ. de Palermo. Bs. As.

Gillberg y cols., (1993): "SPECT (Single photon emission computed tomography) in 31 children and adolescents with autism and autistic-like syndromes. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 50-9. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.

González, V; Yeray Duque, F (2007): "European Paediatrics Review". Traducido por Ainara.

Happé, F. G. (1994): "An advanced test of theory of mind: understanding of story characters thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 129-54. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.

Harris, S. L. y Wolchik, S. A. (1979): "Suppression of self-simulation: there alternative strategies". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 185-98. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.



- Hashimoto, T. y cols (1995): "Development of brainstem and cerebellum in autistic patients". *Journal of Autism and developmental Disorders*, 25, 1-18. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.
- Jakobson, R. (1968): "Child language, aphasia and phonological universals" La Haya, Mouton, 1968. Citado en Azcoaga J. E; Bello, J.; Citrinovitz, J.; Derma, B.; Frutos, W. (1981) *Los retardos del lenguaje en el niño*. Barcelona, Editorial Paidós.
- Kanner, L. (1943): "Autistic Disturbances of affective contact". *Nervous child*.
- Lelord y cols.(1991): SPECT RCHF, "Doppler transcranial ultrasonography and evoked potential studies en pervasive developmental disorders". *Biological Psychiatry*, 29, 292s. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.
- Lewis y Boucher (1995): "Generativity in the play of young people with autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 105-21. Citado en Russell, J. (1999) *El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*.
- Lorna Wing, (1971): *Educación del niño autista; Guía para padres y maestros*. Quito, Editorial Paidós
- Luria, A. (1974): *Cerebro y Lenguaje*. Barcelona, Ed. Fontanella.
- Luria, A. (1979): *Cerebro en acción*. Barcelona, Editorial Fontanella.
- Luria, A. (1982): *El cerebro humano y los procesos psíquicos superiores*. Barcelona, Editorial Fontanella.
- Ozonof, S. (1995): "Executive functions in autism. En *Learning and cognition in autism*" (ed. E. Schopler y G. B. Meisbov), pp. 199-219. Nueva Cork, Plenum.
- Paluszny, M. (1996): *Autismo, guía práctica para padres y profesionales*. México,Ed. Trillas.
- Piaget, J. (1985): *Psicología del niño*. Madrid, Ed. Morata.

- Ramón Pedro (2002): "Asociación Española de padres de Niños Autistas" en Página Web: <http://www.autismo>.
- Rivière, A. y Martos, M. (1997): El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas. Madrid, Ed. Paidós.
- Russell, J. (1999): El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva. Madrid, Editorial Médica Panamericana. Colección Ciencias Cognitivas.
- Rutter, M. (1979): "Language, cognition, and autism" Congenital and Acquired cognitive disorder. N.York, Editorial .Katzman. .
- Sfaello, I. (2004): "Descubren que Autistas no reconocen la voz". Diario La Voz del Interior. Jueves 2 de septiembre, 2004. Pág. A16.
- Stanley, G. (2003): "Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children". Relate.
- Sternberg, Robert, J. (1996): Investigar en Psicología. Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales. Bs.Aires, Editorial Paidós.
- Tamarit Cuadrado, J. (1992): "El autismo y las alteraciones de la comunicación de la infancia y la adolescencia. Intervención educativa". Citado en: Temario de opciones al cuerpo de profesores de enseñanza (CEPRI) Madrid España.
- Tantam, D. (1991): "Asperger syndrome in adulthood. En Autism and Asperger syndrome" (ed. U. Frith), pp.147- 83. Cambridge University Press. Citado en Russell, J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Ungerer, J. A. y Sigman, M; (1981): "Symbolic play and language comprehension in autistic children". Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20, 318- 37. Citado Russell, J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.
- Vigotsky, L. S. (1934): Pensamiento y Lenguaje. Extraído de las Obras Escogidas de L. S. Vigotsky. Madrid, Visor S. A..
- William, R. S., Hauser, S. L. (1980): "Autism and mental retardation:

neuropsychological studies performed in four retarded persons with autistic behavior". Archives of neurology, 37, 749-53. Citado en Russell, J. (1999) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.

Wing, L. y Gould, J. (1979): "Severe impairments of social interaction and social interaction and associated abnormalities in children: epidemiologist and classification". Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-29. Citado en Russell, J. (1997) El Autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva.