

Revisión

## Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos clínicos de autismo

MELISA CORREDERA, JULIETA DE BATTISTA

MELISA CORREDERA  
Licenciada en Psicomotricidad.  
Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional del Sur.  
Bahía Blanca,  
Provincia de Buenos Aires,  
R. Argentina.

JULIETA DE BATTISTA  
Doctora en Psicopatología.  
Instituto de Investigaciones  
en Psicología, Universidad  
Nacional de La Plata,  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (UNLP-CONICET).  
Buenos Aires,  
R. Argentina.

El autismo es considerado en la actualidad como un trastorno del neurodesarrollo que se gesta y manifiesta en la infancia, y se caracteriza por dificultades en la interacción social, problemas en la comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades, restringidos y repetitivos. Se despliega aquí una revisión bibliográfica sobre los distintos tratamientos que en la actualidad atienden las dificultades en la comunicación de los niños con este padecimiento, basándonos en dos ejes conceptuales: las modalidades de abordaje y los marcos teóricos subyacentes. Por un lado, se delimitan dos modalidades diferentes de abordaje de acuerdo a la finalidad que persiguen las prácticas: las modalidades «educativas» y las modalidades «terapéuticas». Por otro lado, se presentan las mismas prácticas de acuerdo al marco teórico que las sustentan: las prácticas ligadas a la teoría cognitivo-conductual y aquellas basadas en el psicoanálisis, el cual introduce la importancia del sujeto y los lazos sociales. El interés de este artículo radica en el análisis de los aportes y las limitaciones de cada uno de los abordajes expuestos, dando cuenta de los alcances que los distintos enfoques teóricos han logrado sobre este cuadro diagnóstico.

**Palabras claves:** Trastornos del lenguaje y habla – Comunicación no verbal – Desarrollo psicosocial – Relaciones paciente-terapeuta – TGD.

### **Educational and Therapeutic Approaches to Communication Difficulties in Children with Clinical Signs of Autism**

Autism is considered today a neurological development disorder which appears in early infancy and is characterized by social interaction difficulties, communication problems and reduced and repetitive behavioral patterns, interests and activities. This paper presents a bibliographic review about the different treatments that currently deal with communication difficulties in children with this disorder, on a two-axis conceptual basis: approaching modalities and underlying theoretical perspectives. On the one hand, two different ways of approach are defined according to the objectives pursued in practice: the educative and the therapeutic modalities. On the other hand, the same practices according to the theoretical framework that support them are presented: those related to the cognitive behavioral theory and those based on psychoanalysis which introduces the importance of the subject and social ties. The objective of this article is to analyze the contributions and limitations of each of the different theoretical approaches here presented, detailing the scope they have achieved regarding the aforementioned diagnosis.

CORRESPONDENCIA  
Lic. Melisa Corredera.  
Zelarrayán 1379, B8000CEZ.  
Bahía Blanca. Provincia de  
Buenos Aires, R. Argentina;  
melicorredera@gmail.com

**Keywords:** Speech and language – Nonverbal communication – Psychosocial development – Professional – Patient Relations – PDD.

## Introducción

El autismo es una temática de suma relevancia, especialmente en la actualidad de nuestro país y a partir de los planteos y cuestionamientos que tuvieron lugar con el proyecto —y su posterior sanción de la Ley Nacional a mediados de noviembre de 2014— para el abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Esta ley (N° 27.043) que pretende garantizar el tratamiento y la inclusión social de las personas que presentan dicho cuadro, propone la aplicación de un Protocolo Nacional de Prevención y Detección Temprana de los TEA, con el objetivo de establecer parámetros uniformes que posibiliten la identificación temprana en niños a partir de los 18 meses de edad. Se plantea así la necesidad de que ese protocolo se lleve a cabo en las visitas de la vacunación obligatoria correspondiente al calendario anual del Ministerio de Salud o del Control del Niño Sano a través de un cuestionario sobre el desarrollo comunicativo y social.<sup>1</sup> Además, establece que tanto las organizaciones de seguridad social, las entidades de medicina prepaga y las obras sociales como los servicios médico asistenciales deberán otorgar las prestaciones necesarias para la detección temprana y tratamiento de los niños con este padecimiento.<sup>2</sup>

Frente a la sanción de ésta Ley, numerosas asociaciones de profesionales de la salud mental —como el Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Forum Infancias, la Asociación Psicoanalítica Argentina o la Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia, entre otras— plantearon cuestionamientos en relación a su espíritu haciendo hincapié en los artículos relacionados con las formas de aplicación del protocolo de detección precoz, advirtiendo sobre los riesgos del etiquetamiento y la estigmatización derivados del uso inapropiado

del diagnóstico. En este sentido, en uno de los documentos presentados ante el Senado de la Nación,<sup>3</sup> expresaron que el niño es un sujeto en constitución y que cualquier diagnóstico en esta etapa debería ser presuntivo, por lo cual se deberá evaluar en cada caso la singularidad, la historia subjetiva, y la diversidad de las distintas organizaciones familiares con las características de los sectores socio-culturales a las que pertenezca el niño en cuestión. Además, destacaron que las problemáticas de salud en la infancia ya se encuentran respaldadas en la legislación existente tanto por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (art.24) como por la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (arts. 14 y 15) es obligación del Estado atender de modo integral cualquier problema de salud que pueda en un futuro configurar patologías, por lo cual consideraron un exceso el hecho de que se sancionen leyes por cada patología trastorno o padecimiento en particular.

Entendemos que estos debates y cuestionamientos surgen de las distintas concepciones que subyacen en los intentos por comprender al autismo. De ahí la importancia de realizar una revisión sobre las concepciones pregnantes sobre el tema y las modalidades de tratamiento que proponen.

Frente a este debate, es un riesgo caer en *definiciones autísticas* del autismo, al decir de Rodolfo [22]. Posicionarnos desde una postura que deje de lado los aspectos que otras perspectivas toman en cuenta, es negar el complejo entramado que constituye este cuadro clínico ya que «todo reduccionismo contribuye a generar fatalmente su opuesto» [22]. Este es el punto de partida desde donde intentamos comprender y abordar el autismo, evitando reproducir la dualidad entre el cuerpo y la psiquis, la «rajadura entre lo corporal y lo anímico» [22].

De un modo general el autismo se ha definido como una peculiar estructuración del aparato psíquico, un trastorno psico-neuro-biológico, que se gesta y manifiesta en la infancia y se caracteriza especialmente por las dificultades en la interacción social, en el desarrollo y establecimiento de la comunicación (verbal y no

<sup>1</sup> Cfr. Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires [Internet] 2013. [citado el 14 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.forosaludmental.com.ar/novedades2013/posicion-ante-el-proyecto-de-ley-trastorno-espectro-austita.pdf>

<sup>2</sup> Cfr. Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) [Internet] [citado el 14 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.conadis.gob.ar/autismo/>.

<sup>3</sup> *Ibid.* nota 1.

verbal), en la estructuración del pensamiento simbólico y del juego. En este cuadro clínico se hacen evidentes las manifestaciones corporales con características extrañas, como estereotipias y patrones de comportamiento repetitivos e intereses restringidos, donde los aspectos intersubjetivos en las primeras etapas de la vida se encuentran íntimamente vinculados en su formación. Basándonos en el respeto por la individualidad, nos interesa la denominación de *signos clínicos de autismo*, ya que si bien existen características similares entre los niños con severos bloqueos en el desarrollo, consideramos que la subjetividad siempre se encuentra en proceso —en movimiento— y hablar de niño autista implicaría cerrarlo en categorizaciones que obturan la oportunidad de preguntarse, cuestionarse y crear nuevas intervenciones, limitando a su vez las posibilidades en el despliegue de la subjetividad. Se intenta así, sostener la mirada y la escucha en la individualidad de cada sujeto para no caer en simplificaciones ni recitados de características sintomatológicas. Consecuente con esta perspectiva, este artículo se propone realizar una revisión de los tratamientos que actualmente se aplican, privilegiando el aspecto de las dificultades en la comunicación.

La revisión bibliográfica sobre los distintos métodos y modelos de tratamiento que en la actualidad abordan las dificultades en el desarrollo de la comunicación en niños con este padecimiento, da cuenta de aquellos espacios áridos entre las distintas disciplinas que aún no han podido dar respuesta a la complejidad de este trastorno.

### **Autismo y comunicación**

La definición del autismo ha ido transformándose a lo largo del tiempo, en función de la perspectiva teórica desde la cual se lo ha estudiado, pero también se encuentra altamente influenciada por los aspectos socio-históricos y culturales propios del contexto de esos estudios y por la diversidad de concepciones en relación a la constitución del hombre y el cuerpo, las nociones sobre el ser y el hacer, las ideas sobre el aprendizaje y la educación, la comprensión de la sintomatología y la enfermedad.

La primera investigación sistemática de este padecimiento fue realizada por el psiquiatra infantil Leo Kanner [16], quien brindó una des-

cripción sobre el cuadro clínico del autismo a partir del seguimiento y la observación de 8 varones y 3 niñas. En los años siguientes a esta publicación, Kanner continuó profundizando en la delimitación de este trastorno, al cual le asignó la denominación de «autismo infantil precoz» y lo caracterizó a partir de la presencia de los siguientes criterios: aislamiento profundo para el contacto con las personas; deseo obsesivo de preservar la estabilidad de los espacios y la disposición de los objetos; relación intensa con los objetos de tipo invariante; conservación de una fisonomía inteligente y pensativa; y alteración en la comunicación verbal manifestada por mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. Kanner relacionaba la sintomatología autística de los niños estudiados con las características y estilos de sus progenitores, dando cuenta de la importancia de los factores socio-afectivos en este cuadro.

Luego de sus postulaciones autores como Hans Asperger (quien introdujo el concepto de psicopatía autista, denominada más tarde como Síndrome de Asperger), Bruno Bettelheim y sus conceptualizaciones sobre la implicancia de los primeros vínculos entre los padres y el bebé en el desarrollo de cuadros autísticos o Frances Tustin y sus teorizaciones sobre el estado, las barreras y el encapsulamiento autista, entre otros, plantearon desde distintas perspectivas la temática del autismo atribuyendo su etiología a diferentes factores.

En la actualidad se encuentra altamente difundida la clasificación del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición (DSM V) [3]; en él se define con el término «espectro» a la amplia gama de signos, síntomas, habilidades y niveles de deterioro o discapacidad que pueden presentar los niños con este trastorno y que va desde un deterioro leve causado por sus síntomas, hasta condiciones de un nivel funcional gravemente discapacitante. La clasificación de trastorno del espectro autista (TEA) del DSM V, se utiliza frecuentemente para incluir a los niños que presentan algunos o varios de los criterios allí enunciados. Esta amplia categoría de límites poco precisos es una novedad, ya que el Manual en su edición anterior (DSM IV) incluía a los niños con éstas características dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

Algunos autores han destacado que la utilización de este Manual para arribar a los diagnósticos contiene varios riesgos: la modalidad clasificatoria que incorpora la noción de «espectro autista» ha hecho mucho más laxa la inclusión de chicos bajo ese diagnóstico dando lugar a la posibilidad que se generen excesos clasificatorios y se diagnostiquen con TEA niños con dificultades graves pero no necesariamente autistas.<sup>4</sup> Además, focalizar la mirada para el presuntivo diagnóstico sólo en el registro aislado de las manifestaciones del niño, puede provocar que los profesionales pierdan de vista cómo opera el entramado familiar, social e histórico ya que «si hay un psiquismo en constitución no se pueden plantear “cuadros” fijos, lo que no implicaría coagular el movimiento, sino pensar qué conflictivas están en juego, tanto intrasubjetivas como intersubjetivas, y qué se repite, en una historia que excede al niño mismo» [15].

Para Orlievsky<sup>5</sup> sea la etiología de origen genético, orgánico o emocional, el diagnóstico del niño con autismo se hace sobre la base de la observación de las manifestaciones de su conducta, la ausencia o el uso particular del lenguaje, el aislamiento social que pueda dar la impresión de estar frente a un sujeto con una particular estructuración psíquica. Cecchi [12] ha establecido una particular diferencia entre los signos autistas y el síndrome autista. Define a los primeros —aislamiento, desapego, bizarrías, estereotipias, auto agresiones, *rocking* o balanceo, negativismo, trastornos del lenguaje tales como mutismo o ecolalia— como manifestaciones que se pueden observar de manera aislada en cualquier psicosis, incluso, en ciertas neurosis; mientras que el síndrome autista se identifica cuando se observan varios o todos estos signos. Cada uno de los signos, a su vez, puede presentar distintos niveles de severidad en cada niño y su combinación determina diversos grados de autismo [12]. Juan Vasen [25] afirma que el autismo no puede ser tratado solo como un trastorno neurobiológico, e invita a comprenderlo

como un trastorno grave en los procesos de subjetivación, en los cuales influyen fuertemente las formas en que el niño llega al mundo, cómo se apropia de los cuidados que el medio le ofrece y cómo es, a su vez, alojado por su familia.

Apoyándonos en las postulaciones de Cecchi, Vasen, Ajuriaguerra y Calzetta, comprendemos al niño que presenta signos clínicos de autismo como un sujeto con severos bloqueos en el proceso de constitución de su aparato psíquico, en el desarrollo de su subjetivación y por lo tanto en la construcción de su unidad corporal, que se evidencian en las manifestaciones corporales, entre ellas las de comunicación.

En el desarrollo de la comunicación en niños que presentan signos clínicos de autismo son característicos, dentro del aspecto verbal, el mutismo o la ecolalia; en aquellos que han adquirido el habla, las producciones sonoras suelen ser estereotipadas, aparece la inversión pronominal (el niño habla de sí mismo en segunda o tercera persona o mediante su nombre propio), generalmente comprenden el lenguaje en forma literal y pueden brindar respuestas aprendidas de memoria. Es característica la disprosodia —entonación extraña en la voz, a veces como lenguaje en neutro, un tono alto y monótono— y además una gran dificultad para expresar sentimientos y compartir intereses así como la falta de coherencia en el discurso por lo que el lenguaje desarrollado pareciera no tener un valor comunicacional. En relación a los aspectos no verbales se observan inicialmente escaso o nulo contacto de la mirada, dificultades en la codificación de los gestos y mímicas de los otros (y por lo tanto en la imitación y construcción de los gestos y mímicas que reflejen estados de ánimo y emociones) así como en la utilización de gestos deícticos y señas de uso convencional. En muchas ocasiones el niño se limita a llevar la mano del adulto hacia lo que desea, como si no tratara con otro ser humano sino con un cuerpo-objeto que le permite alcanzar su objetivo. En consecuencia, las relaciones de reciprocidad, los intercambios entre el niño y el ambiente se ven gravemente afectados.

Desde la perspectiva cognitiva-conductual se atribuyen estas dificultades en el desarrollo de la comunicación a posibles trastornos en el procesamiento cerebral central, así como también a la afectación de las vías sensoriales o motrices

<sup>4</sup> Ver Vasen J. Desafíos en la infancia [exposición en el Senado de la Nación Argentina como parte de las consultas previas a la proclamación de una ley sobre «autismo»] Buenos Aires. 2013. (Cfr. <http://juanvasen.com.ar/desafios-en-la-infancia/>)

<sup>5</sup> Cfr. Perspectivas clínicas en el abordaje del autismo y otros trastornos profundos del desarrollo, clase n° 20 en el Seminario de Psicoanálisis con niños, dictado en PsicoMundo (cfr. <http://www.edupsi.com/psa-ninos.htm>).

periféricas y se propone, como principal programa de tratamiento, modos alternativos de adquisición del lenguaje, como los sistemas de comunicación aumentativos y alternativos (CAA). [2]

Desde otra perspectiva, el psicoanálisis entiende que el tratamiento del autismo no puede reducirse a modelos de adiestramiento de la conducta, ni a simplificar la complejidad del habla y del lenguaje humano a ejercicios de comunicación [13], ya que ésta se encuentra íntimamente relacionada con las interacciones que tienen lugar en los primeros tiempos de vida del niño con las figuras significativas de su entorno y con la constitución subjetiva. En consonancia con esta línea se sitúa la perspectiva de la psicomotricidad y su comprensión sobre la comunicación.

La psicomotricidad se basa en una concepción integral del sujeto y tiene como objeto de estudio el cuerpo en sus manifestaciones [7]. Sus orígenes están relacionados con los trabajos de Ernest Dupré y su denominación de la «debilidad motriz», las teorizaciones de Henri Wallon sobre la importancia del desarrollo emocional vinculado con el desarrollo tónico-postural, los postulados de Julián de Ajuriaguerra sobre los trastornos psicomotores, y los aportes del psicoanálisis sobre la temprana infancia. Todo ello converge en una transdisciplina que, para comprender el fenómeno comunicacional, se sitúa en el circuito de maduración y en la evolución epigenética de un proceso sumamente complejo en el que el otro y el medio se encuentran íntimamente relacionados. Se parte de la premisa que el acceso al lenguaje verbal requiere necesariamente el pase previo por los medios de comunicación más primitivos y su asimilación y superación en forma progresiva [5]. Si bien la comunicación se define como un fenómeno complejo que incluye todos los procesos en los cuales la conducta consciente o inconsciente de un ser humano actúa como estímulo —en forma intencional o no— de la conducta de otro u otros seres humanos [21], para la psicomotricidad es una necesidad absoluta que tiene origen en los primeros tiempos de vida del niño y surge a partir de la calidad de las interacciones entre este y su medio. Los inicios de la comunicación se gestan a partir del contacto entre el cuerpo del niño y el cuerpo del adulto que

cuida de él, generando una variedad de gestos y señales de intercambio para ser decodificados por el adulto y así dar respuestas que serán inicialmente de carácter tónico-posturales. De la calidad de esos intercambios y del placer/displacer que de ellos se desprenda, el niño comenzará a inscribirse en la comunicación. Esa carga afectiva (base primaria de todo el dinamismo de la persona) representa el vínculo que se arma entre el niño y el adulto y el surgimiento del deseo de comunicar. Este aspecto suele ser relegado en los abordajes de la comunicación que tienden a reducirla a sus aspectos verbales.

A continuación proponemos una revisión de las diferentes alternativas que abordan particularmente las dificultades de la comunicación que se presentan en los niños con signos clínicos de autismo. Entendemos que la perspectiva a partir de la cual se comprende, describe y define al autismo, ubica a cada abordaje poniendo el acento en el trabajo de algunos aspectos en particular y dejando de lado otros.

### **Abordajes educativos y terapéuticos**

Es clave considerar la humanización de un niño como un proceso de apropiación y no solamente de expresión de su potencialidad genética. El lenguaje humano no está en los genes. Los bebés humanos nacen programados para ser reprogramados. Esa es su potencialidad maravillosa y su fragilidad consecuente [15].

Proponemos establecer una primera distinción entre los distintos abordajes del autismo, entendiendo que algunos se encuadran en una perspectiva exclusivamente educativa y otros en un trabajo terapéutico. Esta primera distinción marca una clara diferenciación de abordaje que se sustenta en concepciones divergentes sobre la causa de este malestar.

Los abordajes educativos se llevan a cabo generalmente en: a) escuelas especiales o instituciones educativas dedicadas a niños que presentan dificultades en su desarrollo; b) en el hogar, involucrando a los padres y familiares más cercanos en la aplicación de la metodología de enseñanza de patrones de comunicación a través de diversas vías. El niño aquí es abordado como un alumno y el adulto es quien le enseñará los modos de comunicación eficaces para desempeñarse e intercambiar con el medio y los otros.



Por otro lado los abordajes de tipo terapéutico habitualmente tienen lugar en consultorios o espacios dedicados a la terapia como hospitales de día o centros terapéuticos. El terapeuta apoya su trabajo en el establecimiento de una relación con el paciente (niño) que le permita conocer el origen de sus síntomas. Al respecto, Valeria Tobar, ha comentado la distinción que Maud Mannoni hacía entre los significantes «escuela» y «hospital de día»: el significante «escuela», ubica a la institución en relación con lo pedagógico —con objetivos reeducativos que obtienen respuestas adaptativas y estereotipadas— mientras que «hospital de día» alude a un abordaje clínico que se sitúa por principio más allá de lo pedagógico y no persigue finalidades adaptativas, sino que fomenta la comprensión de la sintomatología en términos de una dinámica subjetiva.<sup>6</sup> [19].

#### *Abordajes educativos*

Uno de los métodos de tratamiento para niños con signos clínicos de autismo es el *Applied Behavior Analysis* (ABA), desarrollado por el psicólogo Ivar Lovaas [19]. Esta metodología, actualmente vigente, persigue mejorar la comunicación, el juego, las habilidades sociales, académicas y de autoayuda a partir del moldeamiento de la conducta del niño, apoyándose principalmente en los reforzamientos positivos de conductas preferidas. En su técnica original también incluía el uso de estímulos aversivos como por ejemplo decir enérgicamente: «¡no!» o la aplicación al niño, de descargas eléctricas leves a través de dispositivos ubicados en sus muñecas, con el fin de modificar su conducta. Estos estímulos —actualmente abolidos de la metodología ABA— eran considerados como castigos o reforzamiento negativos devenidos de las experiencias de condicionamiento llevadas adelante en el pasado por Pavlov, Watson y Skinner.

En ABA se utiliza un proceso sistemático llamado *Discrete Trial Training* (DTT), que es una técnica de moldeamiento para llegar a la conducta operativa. Cada conducta enseñada se divide en pasos manejables y cada paso se refuerza usando técnicas de modificación conductual. Así cada educador da instrucciones

claras acerca de una tarea deseada o comportamiento (por ejemplo, apuntando a un «perro») y si el niño responde correctamente, el comportamiento se ve reforzado con una recompensa (una golosina, aprobaciones verbales). Si el niño no responde a la instrucción, el terapeuta le toma de los dedos y apunta en la dirección del perro (moldeamiento de la conducta). En repetidas ocasiones se refuerza la acción correcta para que el niño la aprenda y luego esta se generalice a otras situaciones. Los tratamientos basados en ABA son intensivos, se trabajan entre 20 a 40 horas a la semana, en forma individual con el profesional capacitado y generalmente en el hogar del niño (de manera que los adultos que cuidan de él también puedan aprender y aplicar esta metodología).

Dentro de las metodologías educativas de similar abordaje se encuentra la denominada *Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children* (en adelante TEACCH) creada a partir de las investigaciones de Eric Schopler [20], el cual propone una enseñanza estructurada haciendo uso de las capacidades visoespaciales del niño para propiciar su autonomía en la realización de tareas y en el cambio de una tarea a otra. Este método utiliza diferentes técnicas combinándolas de manera flexible teniendo en cuenta tanto las individualidades y las habilidades emergentes del niño como sus intereses para motivarlo en el aprendizaje y apoyar la iniciativa en la comunicación significativa. Así, elabora programas individualizados y a partir del material visual se indica al niño qué debe hacer con él, en qué orden y cuándo finaliza la tarea.<sup>7</sup> El TEACCH, promueve fuertemente la colaboración de los familiares del niño y utiliza las formas del refuerzo positivo.

Una de las limitaciones más marcadas de estas metodologías de trabajo radica en la vinculación del autismo a un hándicap orgánico y el abordaje del niño como alumno o estudiante y no como paciente, entendiendo que necesita de ayuda para acercarse al logro de las habilidades para funcionar en sociedad.

<sup>6</sup> Cfr. Hartmann A. Deseo del autista. Diario Página 12. 28 de Octubre de 2007. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-93460-2007-10-25.html>

<sup>7</sup> Cfr. Autismodiario.org [en línea] El método TEACCH. 2011.[citado 15 de julio de 2016]. Disponible en <http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2011/03/resumenTEACCH.pdf>.

El objetivo a largo plazo del TEACCH para el estudiante con autismo es encajar tan bien como sea posible en nuestra sociedad como adulto. Nosotros perseguimos este objetivo respetando las diferencias que el autismo crea en cada estudiante y trabajamos con él o su cultura para enseñarle las habilidades que necesita para funcionar en nuestra sociedad [14].

Al comprender el autismo desde esta perspectiva se deja de lado la posibilidad de trabajo sobre un encuadre relacional, por lo tanto se «abandona toda ambición terapéutica, desdeña el sufrimiento del niño y refuerza sus falencias en emerger como un sujeto individual» [14].

Otro de los modelos de abordaje terapéutico es el DIR/Floortime, *Developmental, Individual Difference, Relationship-based Model*, un programa de intervención para ayudar a niños con necesidades especiales y con conductas relacionadas a la sintomatología autista. Busca que el niño desarrolle las capacidades para centrar su atención y permanecer calmado, relacionarse con otros e iniciar y responder a todos los tipos de comunicación. Asimismo, iniciándolo con gestos sociales y emocionales, promueve su vinculación en la resolución de problemas compartidos que involucren muchas interacciones consecutivas. Tiene en cuenta las diferencias individuales, es decir, las formas únicas y biológicas con las cuales cada niño recibe, comprende y responde a las sensaciones tales como el sonido, el tacto; considera la forma en que planifica y secuencia ideas y acciones y contempla las relaciones de aprendizaje que el niño sostiene con cuidadores, educadores, pares, etc. El método DIR se vale del Floortime™, una técnica específica que sigue los intereses emocionales y naturales del niño, al mismo tiempo que lo desafía a tener logros cada vez mayores, tales como conversaciones e interacciones en otros lugares. Se estructura en sesiones enfocadas en alentar la iniciativa del niño, profundizar sus relaciones personales, alargar la atención mutua y realizar capacidades simbólicas con juegos y conversaciones simuladas.<sup>8</sup>

Dentro de las metodologías educativas se encuentran también los sistemas de comunicación alternativa (SAC). Estos son conjuntos de estrategias estructuradas de comunicación que

persiguen el intercambio comunicativo a partir de componentes simbólicos diferentes a la palabra hablada; se enfocan inicialmente en el aspecto no verbal, tomando una modalidad de soporte gráfico o manual. Los SAC pretenden desarrollar las mismas funciones que el código oral y su aprendizaje debe aplicarse a partir de un proceso de enseñanza estructurada y explícita, tanto para el niño como para su familia. Existen dos sistemas de signos gráficos: a) los sistemas pictográficos, en los cuales la comunicación se realiza a través de un conjunto de gráficos o dibujos lineales e icónicos que presenta un vocabulario limitado; y b) el sistema logo gráfico —más cercano a la escritura— en el que se utilizan dibujos lineales esquemáticos, pictográficos, ideográficos o arbitrarios; su aprendizaje resulta más complejo por lo que sólo pueden ser utilizados con niños que dispongan de cierto nivel de comprensión y desarrollo cognitivo [6].

Uno de estos SAC basado en la utilización de pictogramas es el PECS (*Picture Exchange Communication System*). Orientado hacia la iniciación en la comunicación, contiene figuras, signos y señales que persiguen reflejar las necesidades o los intereses individuales de los que el niño se puede servir para comunicar a los otros [1]. El método empieza por enseñar al niño a entregar una imagen de un elemento deseado a un «receptor comunicativo», el cual inmediatamente honora el intercambio como una petición. El sistema continúa enseñando la discriminación de las imágenes y a juntarlas para construir una oración. En las fases más avanzadas, se enseña a responder a preguntas y a comentar acerca de los elementos sobre los que se está tratando. Como se expresó anteriormente, en esta instancia el sistema requiere que el niño cuente con un buen nivel de abstracción para la comprensión de los símbolos y su aplicación; además, teniendo en cuenta que en los niños con signos clínicos de autismo, la intención comunicativa en general no surge de ellos, para la implementación de este sistema es necesario el entrenamiento en esas funciones mediante el uso de estímulos que resulten satisfactorios para llamar su atención (golosinas, alimentos de su agrado u objetos que despierten su interés) induciéndolo a que utilice los pictogramas bajo condicionamiento.

También se deben mencionar dispositivos

<sup>8</sup> Cfr. The interdisciplinary council on development and learning: <http://www.icdl.com>

tecnológicos como software y programas computarizados; en ellos se vuelcan sistemas de comunicación con los pictogramas antes mencionados para que el niño construya aquello que quiere expresar mediante la elección y selección de la imagen que representa su deseo o interés —Comunicador Personal Adaptable (CPA), PLAPHOONS, entre otros—.

Existen entre los SAC, algunos que apuntan al desarrollo de la lectura y escritura. Calzetta, Orlievsky, Cerdá *et al.* [9] han abordado el problema del lenguaje y su relación con la comunicación y la estructura psíquica. Para ello realizaron un trabajo exploratorio a través de la instrumentación crítica de la técnica de comunicación facilitada (CF) en un grupo de niños y adolescentes que carecían de lenguaje oral o manuscrito en forma espontánea o cuyo lenguaje oral era sumamente restringido, ecológico o bizarro y no utilizable a los fines de la comunicación. La CF persigue el incremento de las capacidades comunicativas del sujeto a partir de la implementación de la escritura en condiciones determinadas y con el auxilio de una computadora u otro recurso técnico similar. Su aplicación demanda para cada caso un vínculo frecuente y sostenido con la persona que lo orienta bajo esta metodología a lo largo del tiempo y con una periodicidad mínima de una vez por semana. Se comienza por proponer al sujeto (comunicador) un soporte físico y emocional por parte del investigador (facilitador). El soporte físico parte, si es necesario, de un grado máximo (sostén de la mano) con el objetivo de que el sujeto pueda superar trastornos de orden prático (perseveraciones, impulsividad, iniciar acciones, etc.) y apunta a ir quitando esta ayuda, pasando por fases sucesivas en las que progresivamente se disminuye el contacto.

Creemos que si bien las metodologías de trabajo anteriormente descritas, encuadradas desde la perspectiva cognitivo-conductual, han proliferado notablemente en los últimos años y dan cuenta de cambios significativos en la conducta de la mayoría de los pacientes entrenados estos sistemas comunicativos consideramos que deben ser aplicadas de manera cautelosa y en conjunto con otras intervenciones, construyendo modelos mixtos (gráficos y verbales), para evitar el descuido del desarrollo de la capacidad verbal. No puede dejarse de lado el

vínculo que se genera entre el niño y quienes interactúan con él ya que: «si las intervenciones sólo fueran la aplicación de la teoría seríamos un conjunto de aplicadores de técnicas, ingenieros de una subjetividad sin chispa. Así las teorías se empobrecen y no se realimentan de la experiencia a que dan lugar» [25].

Como fue señalado con anterioridad por Calzetta, el establecimiento de algún tipo de relación con el otro a través del lenguaje opera, probablemente, como barrera a la impulsividad y mediatiza la acción directa. El adulto desempeña un papel fundamental en la posibilidad de provocar en el niño el deseo de comunicarse, es un facilitador que a través de la construcción de un vínculo empático podrá modificar paulatinamente alguna de las manifestaciones típicas de la retracción autística. [8]

Por otro lado, teniendo en cuenta que uno de los rasgos principales que caracteriza a los niños que presentan signos autistas es el aislamiento, el evitamiento del contacto con la mirada o con el cuerpo de los otros y el refugio en lo que Tustin denominó «casarón autístico» [24], la implementación de los recursos elaborados para las metodologías de los SAC deberá ser inducida por los especialistas en la técnica, ya que la intención comunicativa frecuentemente no surge de los niños con este padecimiento.

En este sentido se pierde de vista la comprensión de la comunicación como un proceso intersubjetivo de transformación recíproca, alejándose de la búsqueda y la identificación de las señales de deseo del niño, para imponer un proceso de modificación de la conducta. Entonces, el sentido de la comunicación ya no es bidireccional, sino que el profesional entrenado es quien iniciará al niño en lo que él considere como prioritario para ser comunicado. En otros términos, la retroalimentación de este sistema de comunicación no se da a partir de las transformaciones recíprocas entre el niño y el adulto sino que se ve motivada por estímulos y refuerzos que implican al niño no como autor sino como un receptor que reacciona pasivamente. En esta misma línea, la implementación de alguno de los SAC el que requiere del uso de una computadora u otro soporte tecnológico, el adulto, queda afuera de la situación comunicacional ya que la mirada del niño está puesta en la pantalla impidiendo el intercambio de



miradas, la construcción y codificación de gestos entre ellos, además de acentuar en algunos casos la obsesión por los dispositivos tecnológicos. Si la implementación de estas metodologías por condicionamiento en la conducta no se administran de forma crítica y reflexiva, teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente, se va imposibilitando al niño paulatinamente de experimentar los efectos que sus acciones tienen sobre las personas y el entorno, provocando así un repertorio de conductas aprendidas que refuerzan los automatismos típicos de este cuadro. Otro punto a evaluar sobre estas metodologías es su nivel de complejidad. Para que los SAC funcionen como estrategias reales de interacción, el sistema debe ser conocido por los interlocutores. Esto genera dificultades para las personas que no pertenecen al ámbito familiar y educativo del niño, ya que dependen de alguien que medie esas interacciones.

Por último, es necesario analizar la complejidad que existe en el desarrollo de criterios objetivos que demuestren, sin lugar a dudas, la autonomía del niño como sujeto comunicador con respecto a la inducción probablemente ejercida por su facilitador, sobre todo en los casos en que es necesario utilizar el sostén de la mano.

#### *Abordajes terapéuticos*

Desde la perspectiva de las terapias del lenguaje, las fonoaudiólogas Tapella y Cerda reformulan el modelo natural para la enseñanza-aprendizaje del lenguaje como terapéutica para el trabajo en el aspecto comunicacional de niños con características relacionadas a cuadros de autismo. Ambas afirman que el autismo es un desafío para los especialistas en patología de la comunicación y mencionan la escasez de recursos terapéuticos propios de la disciplina debido a que: «la evolución en estos niños no responde al mito paradigmático de toda intervención correctora: el pasaje mediante dicha intervención al estadio siguiente, según las formas de evolución previsible y la organización “normal” que le asegurarían su adaptación social» [23]. En este sentido afirman que el terapeuta del lenguaje en el tratamiento de un niño con signos clínicos de autismo, debe tener en cuenta que está comprometido no una función o un sistema, sino una modalidad de vinculación sujeto-mundo; por ello las intervenciones fonoaudiológicas deberían «intentar recuperar la red de significaciones que le permita al

niño acceder a una conducta comunicativa». Proponen un trabajo que promueve la implicación directa (mas no directiva), la modelación de la conducta lingüística en el marco de contextos significativos, la inclusión de los padres en la sesión cuando el niño es muy pequeño, la utilización —como primeros recursos— del tacto y el contacto, el establecimiento de tiempos de acción y tiempos de espera para las respuestas del niño. Lo anterior permite construir ritmos y secuencias de intercambios, y brindar a los padres un marco referencial que sirva de modelo para conectarse e intercambiar con su hijo. Las autoras entienden que las expresiones espontáneas —como el llanto, el grito, las vocalizaciones y silabaciones— son producciones muy ricas para tomarlas y «jugar con ellas» a partir de la imitación, la secuenciación o la oposición; esto permitirá —poco a poco— que el niño comience a percibir las como propias y diferenciadas del otro y así instalar turnos en el diálogo: producción propia—espera—producción del interlocutor—nueva espera. También explican la importancia de asignarle significado a las acciones del niño (aunque estas inicialmente no surjan de manera intencional) utilizando un lenguaje simplificado y concreto, con permanentes referencias a datos perceptivos, frases cortas, claras y concisas, para ir instalando vivencias en relación a las personas y a los acontecimientos.

Este tipo de planteo discute la reducción de la comunicación a lo conductual reintroduciendo la importancia del vínculo. En esta misma línea crítica podrían inscribirse las opciones con fines terapéuticos como el psicoanálisis; que, sin descartar la incidencia que los factores biológicos pueden tener sobre la gestación de este padecimiento, jerarquizan los condicionantes contextuales —en especial lo vincular— entendiendo que no son una influencia menor en el desarrollo de una conducta, síntoma o cuadro clínico, ya que supone que la subjetividad se construye a partir de otras subjetividades. Si bien el psicoanálisis no tiene su origen en el tratamiento del autismo, ha realizado un gran recorrido sobre éste terreno y de ello da cuenta el amplio cúmulo de trabajos e investigaciones desde esta perspectiva. Identifica al autismo como un trastorno asociado a perturbaciones emocionales, dependientes de las primeras relaciones vinculares entre el niño y su entorno y propone como método de abordaje la clínica

psicoanalítica; en ella distingue, como principales herramientas de trabajo e intervención, el juego, el dibujo o el trabajo con los padres o quienes cumplen esa función. Contrariamente a lo que podría suponerse, el hecho de que el niño carezca de lenguaje no implica la imposibilidad de ser abordado en un encuadre psicoanalítico: se trata de encontrar un código común entre el niño y el terapeuta que permita la circulación de sentido, la posibilidad de anudar y enhebrar significantes, de «transformar en terreno de juegos el peor de los desiertos» según Michel Leyris [26]. Como fue señalado por Calzetta [11], cuando en esos casos se procura llevar adelante un psicoanálisis, las intervenciones del analista proceden, por lo general, de un intento de comunicación empática con el niño, por el cual se procura atribuir sentido a sus extrañas manifestaciones conductuales. Esto da cuenta de la búsqueda que el analista realiza en su propio interior, una suerte de identificación instrumental como vía para el encuentro de la palabra que designe el afecto y permita reconocer situaciones vitales. De esa manera se procura que el caos de perseveraciones y actos sin motivo aparente, se resuelva en el encuentro de un significado que contribuya al armado de una historia de sí en la que el sujeto pueda encontrarse.

Son claras las dificultades y limitaciones que presenta este abordaje, en la medida en que el sujeto carece de la palabra —o algún equivalente— como referencia obligada de las interpretaciones. Las ocurrencias del analista pueden fácilmente llegar a perder rigor y verificabilidad en la medida en que se nutren, sin restricción ni contrapeso, de la propia subjetividad de quien las produce [10].

En esta misma línea teórica, la psicomotricidad se ocupa del abordaje de los niños que presentan rupturas y perturbaciones graves de la expresión y la comunicación a partir de la realización de un recorrido histórico. Este permite aproximarse al punto inicial de la construcción del cuerpo y la estructuración del lenguaje ya que, en la organización tónica-postural, en el funcionamiento psicomotor y en el discurso de las manifestaciones corporales, se dejan entrever las marcas que caracterizan el diálogo tónico establecido en los primeros tiempos de vida entre el niño y los responsables de su cuidado:

(...) la fusión afectiva primaria deja inevitablemente su impronta en la contextura tónica de los músculos, expresándose a través de la función postural. Tono y motricidad llevan en sí los primeros trazados de las reacciones emocionales y afectivas jugadas en el vínculo con el otro [18].

El psicomotricista asume la tarea de escuchar y observar el discurso multiforme del niño para volverse un mediador de su expresividad y sus manifestaciones, disponerse emocionalmente para recibirlo y así ayudarlo a favorecer la dinámica de la comunicación [4]. En este sentido, uno de los principios fundamentales de la terapia psicomotriz es que «el cuerpo del terapeuta debe ser revelador de lo que el niño no puede decir, ni escribir, ni dibujar, de los fantasmas que él expresa inconscientemente en su obra» [17]. El terapeuta está a disposición del niño, no como objeto pasivo, sino como objeto activo, pudiendo entrar en resonancia con sus deseos. Se convierte en lo que el niño quiere hacer, respondiendo tónicamente en todo momento a lo que éste expresa de sus deseos profundos. A partir de este ajuste permanente a las proposiciones del niño, se va dando un sentido al texto gestual y tónico; aquí radica la dimensión psicoanalítica de esta terapia [17].

La adaptación y respuestas del cuerpo del terapeuta a las manifestaciones del niño permitirá de forma paulatina, generar movilización de los puntos de bloqueo en la comunicación, así como la apertura de los característicos comportamientos repetitivos hacia nuevas formas de exploración y conocimiento de su entorno, construyendo nuevas matrices de relación.

### Conclusiones

A partir de la revisión de la literatura sobre los tratamientos y terapias de abordaje para las dificultades en el desarrollo de la comunicación de niños con signos clínicos de autismo, se reconoce que en la actualidad se encuentran jerarquizados aquellos enmarcados dentro del enfoque cognitivo-conductual. Motivados en fines educativos, proponen un trabajo orientado a la adquisición, por parte del niño, de destrezas específicas en un contexto planeado y estructurado y un abordaje en el contexto familiar, ofreciendo a las personas del entorno recursos para favorecer el desempeño autónomo del niño. En estos programas educativos se incluyen métodos que incentivan conductas positivas y desalientan las negativas para el

desarrollo de habilidades, buscando generar nuevas conductas positivas o reforzar las ya adquiridas, así como también disminuir las conductas que interfieren con el aprendizaje.

Desde otro enfoque, los tratamientos terapéuticos que fundan sus prácticas en la perspectiva del psicoanálisis, como la psicomotricidad por ejemplo, comprenden al niño como un ser en constitución, con iniciativa, singular y resalta la importancia del armado del vínculo terapéutico como punto de partida para planificar las intervenciones. A diferencia de los enfoques inicialmente descriptos, el terapeuta toma y da lugar a las manifestaciones del niño para jugar con ellas, decodificarlas y convertirse en el mediador de su expresividad y sus manifestaciones. Así, construye un puente de comunicación, inicialmente a partir de los intercambios no verbales, sino tónico-posturales, desde la distancia,

para luego en forma progresiva, comenzar a configurar los elementos del lenguaje verbal como producto de los acuerdos derivados del diálogo tónico.

Si bien no existe un tratamiento específico que cure el autismo, es importante aclarar que cada uno de los métodos apunta al desarrollo y trabajo desde diferentes percepciones y concepciones del niño, apoyándose en distintas corrientes psicológicas y educativas. La familia junto con los profesionales deberán evaluar —en función de los objetivos que se pretendan alcanzar— cuál es el tratamiento más ajustado para cada niño, en el que la edad, la gravedad de la sintomatología, la presencia o no del lenguaje y la disponibilidad de sus figuras significativas, jugarán un papel importante a la hora de optar por una metodología de abordaje.

## Referencias

1. Alves Bosa C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(1):47-53.
2. Amir N. Intervenciones de rehabilitación para niños de preescolar con trastornos del desarrollo. El rol de una comunicación aumentativa. En Fejerman N. *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo.* Buenos Aires: Paidós; 2000. p. 185-190.
3. Association, American Psychiatric. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Médica Panamericana; 2014.
4. Aucouturier B, Darrault I, Empinet J. *La práctica psicomotriz.* Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1985.
5. Aucouturier B, Lapierre A. *La educación psicomotriz como terapia.* Barcelona: Editorial Médica y Técnica; 1978.
6. Belloch Ortí C. *Tecnologías de ayuda: sistemas alternativos de comunicación.* Valencia: Unidad de Tecnología Educativa, Universidad de Valencia; 2010.
7. Calmels D. *Infancias del cuerpo.* Buenos Aires: Puerto creativo; 2009.
8. Calzetta J, Orlievsky D. Trastornos severos del desarrollo: de la escritura a la representación. 2005, *Anu Investig.* 2005; 12:317-25.
9. Calzetta J, Orlievsky G, Cerdá M, Massun de Orlievsky S, Juri S, Tocco S, Sujarchuk S, Naiman F, Cirrincione S, Domínguez M y Calzetta M. *Escritura, comunicación y estructuración psíquica en los trastornos severos del desarrollo.* XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur [internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2005 [citado 14 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-051/140.pdf>
10. Calzetta J. Representación y trauma en el autismo. *Anuario de Investigaciones.* 2006; 14:15-21.
11. Calzetta J. Consideraciones sobre el autismo. *Cuestiones de Infancia.* 2003; 7:67-81.
12. Cecchi V. *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles.* Buenos Aires: Lumen; 2005.
13. Egge M. *El tratamiento del niño autista.* Madrid: Gredos, 2008.
14. Feinstein A. *A history of autism.* Londres: Wiley-Blackwell; 2010.
15. Janin B. *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva.* Buenos Aires: Noveduc; 2011.
16. Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact.* *Journal Nervous Child.* 1943; 2:217-50.
17. Lapierre A, Aucouturier B. *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia.* Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1980.
18. Levin L. *El diálogo postural: La trama del cuerpo y el lenguaje.* *Revista de Psicomotricidad [Internet]* 2014 [citado 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.revis->

tadepsicomotricidad.com/2014/04/el-dialogo-tonico-postural-la-trama-del.html.

19. Lovaas I. El niño autista. El desarrollo del lenguaje mediante la modificación de conducta. Madrid: Debate; 1981.
20. Mesibov G, Shea V, Schopler E. The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. New York: Springer; 2004.
21. Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia del Neuquén. Guía para la atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años [Internet]. Neuquén: Gobierno de la Provincia de Neuquén, Subsecretaría de Salud Pública; 2010 [citado 16 de julio de 2016]. Disponible en [http://archivo.saludneuquen.gob.ar/imagenes/archivo/Programas\\_prov/Guia\\_de\\_Atencion\\_y\\_Cuidado\\_del\\_menos\\_de\\_6\\_anos/GUIA\\_](http://archivo.saludneuquen.gob.ar/imagenes/archivo/Programas_prov/Guia_de_Atencion_y_Cuidado_del_menos_de_6_anos/GUIA_)

[para\\_la\\_supervision\\_de\\_la\\_salud\\_infantil-ver\\_marzo\\_2011.pdf](#)

22. Rodulfo R. Prólogo. En Tallis J. coord. Autismo Infantil: lejos de los dogmas. Buenos Aires: Miño y Dávila, 2007, p. 7-12.
23. Tapella MC, Cerda M. Perspectivas en el abordaje terapéutico fonoaudiológico de los trastornos del lenguaje en el autismo infantil. En Tallis J. coord. Autismo Infantil: lejos de los dogmas. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2007. p. 135 -158.
24. Tustin F. El cascarón protector en niños y adultos. Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
25. Vasen J. Autismos: ¿espectro o diversidad? Buenos Aires: Noveduc; 2015.
26. Winnicott D. Realidad y Juego. Buenos Aires: Galerna, 1997.

**acta**  
PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA  
**on line**  
(ISSN 2362-3829)

Desde junio de 2014,  
se encuentra disponible  
la versión en línea

Acceso y suscripción:  
**www.acta.org.ar**