

EVOLUCIÓN DE UN CASO DE AUTISMO A PARTIR DE UN MODELO DE PSICOTERAPIA BASADO EN EL DESARROLLO *

MARÍA TERESA SINDELAR, EDUARDO OSCAR SEMINARA.
Centro de Investigaciones en Psicología. Alem 1714. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

Este trabajo relata el tratamiento clínico de Daniel, un niño con un trastorno autista, las características de la tarea conjunta realizada por el equipo profesional y la familia y la fundamentación teórica de la misma.

Palabras claves: autismo, modelo de psicoterapia.

ABSTRACT

This paper describes the clinical treatment of Daniel, an autistic boy. In particular, it approaches the different features of the joint work performed by the professional team and the child's family, as well as the theoretical basis for this work.

Key words: autism, psychotherapeutical model.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Daniel llegó a nuestro consultorio en octubre de 1995 cuando contaba con tres años y medio de edad, derivado por un neurólogo infantil. La primer entrevista se realizó con los padres. Durante la misma relataron que Daniel fue producto de un embarazo y parto normales. Fue un feto de término, con un peso de 3.300 kg. El desarrollo fue referido como aparentemente normal: la sonrisa social apareció a los dos meses, a los nueve meses experimentaba reacción de rechazo ante los extraños, caminó al año e inició sus primeras palabras (mamá , papá, jugo) a los 18 meses. Controló esfínteres a los dos años y medio (1). Como elementos destacables los padres contaron que, comparado con su hermano que es 18 meses mayor, lo veían algo excitado y con dificultades para con-

ciliar el sueño: se llevaba a la boca el dedo de uno de los padres para poder dormirse (incluso ya iniciado el tratamiento). Tomó el pecho hasta el año. El destete se realizó de manera brusca, a instancias del pediatra quien además le indicó a la madre que se alejara unos días de su hijo "para que no sufriera" .

Como antecedentes patológicos presentó otitis a repetición y parotiditis. Estuvo tratado desde los cuatro meses por metatarso aducto, con yesos de diez días de duración y tratamiento kinesiológico durante los intervalos. Usó una férula hasta el año. También tuvo algunos episodios alérgicos.

Entre los antecedentes familiares encontramos en el papá episodios alérgicos, úlcera gastroduodenal y una alopecia a los treinta años de edad, cuya etiología fue atribuida a estrés laboral por los médicos intervinientes. No se refirieron antecedentes de trastornos genéticos, autoinmunes o metabólicos en familiares directos.

* Trabajo publicado en la Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol X N°1. Abril 2001.

Correspondencia: María Teresa Sindelar.

E-Mail: mtsindelar@ticino.com

Alem 1714. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

Recepción: Junio 2000

Revisión: Junio de 2003

Publicación: Diciembre de 2003

Enfermedad actual

Daniel sufrió al año y once meses de edad una picadura de un insecto que le ocasionó una reacción alérgica muy severa, motivando su internación inmediata ante el peligro de un edema de glotis. En el hospital, dada la urgencia, se arrancó al nene de los brazos de su madre y se lo intubó de manera intempestiva, con gran angustia de la criatura y de sus padres.

Es a partir de este episodio que los progenitores ubican el inicio de un proceso de deterioro de Daniel: refieren que hablaba cada día menos, hasta perder totalmente el habla en el transcurso de unos meses. Cada vez compartía menos con su hermano. Tampoco interactuaba con otros chicos, solamente compartía con ellos un espacio físico. Si había un grupo de niños jugando, él no los buscaba ni intentaba compartir su juego, simplemente se quedaba allí haciendo girar una ruedita, una tapita, un plato plástico o una pelota. Cuando lo llevaban a la casa de unos primos que vivían al lado, regresaba enseguida. Le molestaba salir de su propia casa, y en general, le costaba adaptarse a los cambios de los lugares físicos porque se ponía nervioso. Por ejemplo: cuando iban a la casa de algún amigo de la familia, Daniel se aislaba y se lo pasaba abriendo y cerrando una puerta o sacando la tierra de una maceta, volviéndola a colocar y vuelta a sacarla indefinidamente. También, tenía una fascinación casi asombrosa por el agua: abría las canillas y se quedaba horas mirando como ella salía, sea en invierno o en verano, sin tener en cuenta el frío o el calor. Notaron también que cuando se golpeaba parecía no sufrir dolor. Su

dieta, en lugar de diversificarse, se restringía cada día más al punto tal de que durante un tiempo prácticamente lo único que ingería era el biberón.

Los padres lógicamente se preocuparon y consultaron reiteradamente al pediatra, pero éste desestimó sistemáticamente la sintomatología. Consideraba que se trataba de una madre ansiosa y que con el inicio del jardín de infantes el niño iba a hablar.

En 1995, cuando Daniel tenía tres años de edad, la familia hizo un viaje de vacaciones invernales de una semana. En ese periodo fue sometido a estímulos diversos (nieve, trineos, etc.) y bastantes viajes en pocos días. Refieren los padres que volvió peor. Por ejemplo, Daniel concurría a una escuela religiosa desde que era más chiquito. Antes participaba en las actividades y en los cánticos con los demás niños, pero últimamente se había vuelto totalmente pasivo quedándose sentadito en un banco sin moverse. Al regresar a dicha escuela, luego del viaje, Daniel notó inmediatamente que habían cambiado las láminas que estaban en la pared del aula, entró en una crisis y las arrancó a todas, destruyendo el material que había preparado la maestra.

Cuando la madre lo llevaba al centro, si le soltaba la mano, Daniel salía corriendo sin rumbo ni control. Cuando entraba a un supermercado, pasaba su manito extendida por las góndolas y tiraba toda la mercadería.

Ante todo esto, la preocupación de los padres fue cada día mayor. La percepción, (especialmente de la madre) era que, evidentemente, el niño tenía problemas y no sabían de que manera manejar la situación.

La mamá conocía de la existencia del autismo por un libro que había leído de joven. Sugirió dicho diagnóstico al pediatra, pero igualmente éste no lo consideró. Por lo tanto, desesperada, salió a buscar ayuda. Fue a ver a fonoaudiólogas, que directamente no supieron que decirle, porque no lograban captar la atención del nene, quien ni la miraba ni jugaba con los muñequitos o animalitos que le mostraban, sino que, rompía las plantitas de las macetas de los consultorios. Las consultas psicológicas que intentó no dieron una respuesta adecuada. En una oportunidad, le dieron a Daniel un papel y un lápiz, el nene hizo un garabato y con eso le hicieron un diagnóstico de sordera y lo derivaron a una escuela para hipoacúsicos y a la madre a psicoterapia. La preocupación de los padres se fue transformando en desesperación, hasta que una maestra especial, junto con una fonoaudióloga, vieron a Daniel y sugirieron consultar a un neurólogo infantil. Este profesional consideró como posibles diagnósticos, un trastorno de la audición o una alteración psicológica grave. A pedido de él le realizaron al niño un electroencefalograma y una tomografía axial computada que fueron normales y potenciales auditivos evocados que arrojaron resultados dudosos, si bien, aparecía un porcentaje de disminución de la audición. El neurólogo no consideró que bastara para explicar la sintomatología de Daniel y sugirió, por lo tanto, una nueva interconsulta a psicología. Posteriormente, varios meses después que Daniel iniciara su tratamiento, una repetición de la prueba auditiva dio resultados normales.

El proceso diagnóstico

Creemos importante destacar que el niño no fue sometido a una evaluación psicológica que implicara la separación de sus cuidadores (2). Por lo tanto, dicho proceso tuvo lugar con su madre. No se evaluaron habilidades aisladas, sino capacidades y niveles de desarrollo, tal como lo propone Zero to Three (3).

En la primer entrevista Daniel entró al consultorio junto con Susana, su mamá. No ofreció ninguna resistencia. No miraba a la terapeuta ni tampoco parecía prestar atención a nada en particular. Cuando se alejaba, la mamá lo llamaba, pero él no le respondía, ella tenía que salir a buscarlo. Susana trató de mostrar algunos juguetes a su hijo, quien los dejó caer al piso casi sin mirarlos, no mostrando interés por ellos. Su conducta se limitaba a abrir y cerrar permanentemente una puerta. Cuando la mamá lo alzaba y lo sentaba encima de ella, Daniel se quedaba quieto. En otro momento, tomó un auto, lo dio vuelta y comenzó a hacer girar constantemente las ruedas del mismo. No hablaba ni hacía esfuerzos por comunicarse, tampoco buscaba la mirada del otro. En un determinado momento salió del espacio físico del consultorio, entró en un baño y abrió la canilla de la piletta, dejando correr el agua y observándola detenidamente, conducta que la mamá comentó que era habitual.

Fundamentación Diagnóstica

La sintomatología de Daniel permitía realizar el diagnóstico de trastorno autista de manera coincidente con los criterios del DSM IV. Este manual incluye al

trastorno Autista dentro de los "Trastornos generalizados del desarrollo", junto con el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (4).

Para el DSM IV las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Los ítems necesarios para el diagnóstico, y que coincidían plenamente con el relato de los padres y las conductas observadas en el niño, fueron:

1. Alteración cualitativa de la Interacción Social, manifestada por:

- Importante alteración el uso de múltiples comportamientos no verbales (contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social).
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- Ausencia de la tendencia para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.
- Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación.

- Retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso su ausencia total.
- Falta de juego realista espontáneo y variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades,

restringidos, repetitivos y estereotipados.

- Pueden demostrar una preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, en su intensidad o en sus objetivos.
- Una adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
- Preocupación persistente por partes de objetos.

Agregaremos que el DSM IV describe claramente como los sujetos con trastorno autista pueden insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse o alterarse ante cambios triviales (tal como le ocurrió a Daniel con las láminas de la escuela). Cómo también pueden resultar fascinados por un movimiento (girar de las ruedas de un coche, el abrir y cerrar una puerta, un ventilador eléctrico u otro objeto que gire rápidamente). Señala que es condición para el diagnóstico que la alteración debe manifestarse antes de los tres años de edad.

En una minoría de casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente, manifestada por el cese del habla después de que el niño ha adquirido cinco a diez palabras.

Dentro de los síntomas y trastornos mentales asociados, el DSM IV describe respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales (elevado umbral para el dolor o fascinación por ciertos estímulos). Las irregularidades en la ingestión alimentaria (dieta limitada a muy pocos alimentos), y en los niños pequeños, la incapacidad para abrazar, la indiferencia o aversión hacia las

manifestaciones de afecto o contacto físico, la ausencia de contacto ocular, de respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente. También, están presentes la incapacidad para responder a la voz de sus padres (5-7).

Aproximación terapéutica

Siempre que nosotros evaluamos a un niño, producimos un impacto en él y su familia, es decir, estamos ya interviniendo. Por eso, diagnóstico e intervención no son compartimentos estancos, sino, por el contrario entidades solidarias. Sabemos que la palabra del evaluador es muy valorada y esperada por los padres. Consideramos, por lo tanto, siguiendo los lineamientos de Zero to Three, que el diagnóstico no debe rotular a un niño, ni desatender sus aptitudes y potencial de manejo exitoso y que las categorías diagnósticas deben servir para identificar los problemas que hay que superar, comprender las capacidades adaptativas y los desafíos de la adaptación y orientar estrategias de intervención eficaces. Los datos de las evaluaciones deben marcar el inicio y no el final del proceso.

En nuestro caso, la explicitación del diagnóstico sirvió a los fines de disminuir los niveles de angustia de los padres, facilitando la vuelta al vínculo con Daniel, asumiendo el rol natural activo y protagónico que el proceso psicopatológico les había hecho perder. Susana no sólo pudo empezar a ver a su hijo de manera más clara, sino que justamente, comenzó a intervenir de manera eficaz, a través de formas más activas de comunicación. La emergencia del autismo había roto la continuidad de

la experiencia vincular entre el nene y su mamá, produciendo una retracción de ésta. Susana sentía que no podía abordar a su niño, quien la trataba como a una desconocida. La confusión experimentada respecto de Daniel le impedía cumplir adecuadamente con su función materna (8).

No solamente Susana, sino también Pablo, el padre de Daniel, experimentaba confusión. Pablo no veía inicialmente a su hijo como un niño enfermo, sino que había vivenciado las conductas del mismo como desafiantes o caprichosas, y por lo tanto, hasta antes de la consulta, lo trataba con dureza y se alejaba de él. Esta presunción se reforzaba también por el hecho de que el niño no había evolucionado normalmente hasta el momento y no había nada en su aspecto físico que hiciera sospechar deficiencias de ningún tipo.

Tanto el alejamiento y los retos de Pablo, como la depresión de Susana, provocaban mayor desconexión en Daniel, quien ya no se podía reconocer en la mirada de su madre.

Nuestras preguntas eran, en ese entonces, desde dónde partir con este nene que prácticamente “no hacía nada”, ni parecía interesarle en absoluto la interacción con nosotros y cómo tratar de establecer una reconexión entre el niño que fue y el que es ahora.

1) El juego del agua.

Esponáneamente, en la secuencia de entrevistas iniciales, Daniel escapaba al baño, abría las canillas y observaba fluir el agua. Esta conducta, aunque rígida y estereotipada, era producto de su propia iniciativa. Desde allí es de donde decidimos

partir. Considerando que un sujeto es un ser activo desde las primeras etapas de la vida e interactúa con el medio. Este juego del agua, rígido y estereotipado, era una conducta espontánea y activa, e indudablemente, con alguna significación para Daniel. Cualquier conducta tiene una significación y esa significación es histórica. Más adelante, revisando videos de las primeras etapas de vida del niño, observamos que todos ellos incluían escenas en vacaciones, donde se veía a Daniel en el mar o en piscinas o incluso en la bañera, disfrutando del agua, en una actividad compartida por toda la familia.

Por lo tanto, fue el juego del agua la conducta más organizada y espontánea del niño en el momento que lo conocimos. Tomando como esquema de acción el modelo del agua nos asociamos a él, ofrecimos resistencia e introdujimos cambios paulatinos a medida que el nene podía tolerarlos (9). Promovimos pequeños obstáculos ofreciendo resistencia al accionar de Daniel, y el juego del agua, se desarrolló adquiriendo las características de la asimilación como mecanismo organizador de la vida psíquica (se repitió, se generalizó y se transformó en reconocitivo).

Pensábamos que no podíamos considerar al juego del agua como un esquema de acción en sentido estricto, porque si bien, como esquema de acción y herramienta de conocimiento era un intercambio funcional del niño con el medio y reducía cierto monto de tensión, no era generalizable. Es decir, Daniel no podía aplicarlo a otros contextos ni incluir situaciones nuevas a este esquema. Esto lo veíamos

porque no se modificaba en contacto con la realidad, y por lo tanto, no generaba nuevos esquemas ni estructuras de conocimiento (tener en cuenta que un esquema es lo que puede ser generalizable de una acción) (10).

Fue a través de nuestra intervención que este juego comenzó a modificarse. Siguiendo los conceptos de Reuven Feuerstein acerca de la importancia del mediador en el desarrollo de la inteligencia, postulamos que las estructuras intelectuales no madurarían por sí mismas, sino que, la presencia activa de un adulto significativo tendría un papel protagónico en la construcción de las mismas. Por lo tanto, intervinimos activamente en este juego. Por ejemplo: la terapeuta al principio cerraba una canilla que Daniel había abierto, éste entonces apartaba el brazo de la misma con enojo; ante esto la terapeuta cedía, pero volvía luego a implementar paulatinos grados de frustración, hasta que Daniel pudo mirarla y empezar a interactuar en esta modalidad vincular. Progresivamente, las intervenciones no sólo fueron aceptadas por el niño, sino requeridas (por ejemplo: buscaba que con la mano la terapeuta cerrara la canilla).

El juego del agua comenzó paulatinamente a tener más movilidad y a transformarse: dejó de ser tan estereotipado y rígido y se generalizó, generando nuevas estructuras de conocimiento. Daniel diferenció agua fría de agua caliente, agua coloreada de agua transparente y empezó a ejercer acciones sobre la misma. Se bañaba, trasvasaba, etc. Descubrió una manguera y comenzó a mojar los juguetes y las plantas. Luego, empezó a interesarse por cómo el agua se escu-

rría por una rejilla, retomando la noción práctica de causa-efecto que todo niño construye en el estadio sensoriomotor. Una y otra vez abría el grifo y salía corriendo a la rejilla para ver como pasaba por allí el agua. Empezó a ser realmente un sujeto activo en la exploración del mundo.

2) La música.

Simultáneamente, a través de las entrevistas con la mamá nos enteramos que la música era un elemento fundamental en la vida de la familia y del niño. Su mamá cantaba en un coro de la Iglesia, y hasta antes de enfermar Daniel, ésta era una de las actividades que compartía con el nene. Tratamos de realizar, por lo tanto, un puente entre esta historia que quedaba trunca, (pero de la cual Daniel tenía un registro en algún lado) y el presente. Nos apoyamos en la información que sus padres nos dieron cuando relataban que a veces lo encontraban sólo tarareando alguna melodía con una jerga indescifrable. Fue así que, a los seis meses de haber iniciado el tratamiento, comenzamos a trabajar en conjunto con un músico. Éste ejecutaba diferentes ritmos que la mamá imitaba y luego ella cantaba las canciones de la Iglesia. Allí observamos dos tipos de conductas. Primero, Daniel imitaba lo que hacía la mamá y pasaba luego a ser él quien ejecutaba los ritmos. Segundo, la aparición de jerga o fragmentos de palabras acompañando la melodía, que la mamá identificaba plenamente como canciones de la Iglesia. Por ejemplo: Daniel decía "labar..., lacar..." que era en realidad "Alabar al Señor". La mamá identificaba la canción, la cantaba completa y

Daniel disfrutando la repetía junto con ella. Se estaban efectuando puentes en la vida de este niño, desde las experiencias placenteras compartidas con la familia y la pequeña comunidad religiosa, hasta el presente. Experiencias que el autismo parecía haber borrado o discontinuado.

La música también sirvió como herramienta de conocimiento y de expresión de las emociones: el músico ejecutaba diferentes ritmos, fuertes y suaves, agudos y graves estableciendo relaciones con el enojo, la alegría u otros estados afectivos. Era de destacar la excelente afinación que demostraba Daniel que sorprendió al mismo músico. Tenía muy buen sentido del ritmo y era capaz de manejar cambios de tonalidades o de octavas.

3) El cuerpo.

A medida que el niño estableció un vínculo adecuado con el músico, se incorporó también a la tarea un profesor de Educación Física, con la idea de trabajar el registro de su cuerpo. Nos preocupaba su aparente hiporreactividad, la falta de respuesta al dolor, al calor y al frío. Trabajamos los distintos canales sensoriales, no sólo en el consultorio sino también en un parque, donde en un ambiente natural Daniel volvía a experimentar diferentes sensaciones con su cuerpo: tocaba diversas texturas, se ensuciaba las manitos con tierra y se lavaba con el agua fresca del arroyo, caminaba con sus piecitos descalzos sobre hojas secas, escuchando al mismo tiempo su crujir. Subía y bajaba troncos de árboles, escuchaba el canto de los pájaros, etc. De una primera etapa, don-

de lo único que hacía era salir corriendo sin rumbo por el parque, se fue evolucionando hasta llegar a hacer el juego del caballito con su profesor.

4) Función Simbólica.

A partir del trabajo interdisciplinario surgió una nueva conducta en Daniel, que fue la imitación espontánea de un cuadro de unas bailarinas clásicas que había en el consultorio (imitación en acto en presencia del modelo). Estas reproducciones, así como también las realizadas anteriormente con la música (imitación de sonidos), funcionan como precursoras de la Función Simbólica. Nuestra hipótesis se confirmó, porque la mamá relató más adelante que en la casa imitaba también las bailarinas, que tanto le había llamado la atención, en ausencia del modelo (Imitación diferida)

Todos los miembros del equipo apuntamos entonces al desarrollo de la imitación y al juego simbólico como funciones precursoras del lenguaje. Estas funciones se desarrollaron y apareció la función simbólica casi en el orden esperado para un niño normal (11, 12).

Es así como se puede inferir, a partir de la imitación diferida, la existencia de imágenes mentales (la imagen mental de las bailarinas actúa como soporte material de la imitación diferida). Esta imitación, enmarcada en la función simbólica, se pudo usar en diferentes contextos de manera lúdica (como sí). Hacer uso del simbolismo permite, en este caso, evocar una realidad ausente significativa para el niño.

Progresivamente, apareció en Daniel el interés por dibujar (traspasar a un plano material una representación) El punto de

partida de esta conducta consistió en reproducir objetos significativos, que el niño usaba con el profesor de gimnasia, como paletas, pelotas, etc. (que fueron ofrecidos por el profesor y elegidos por Daniel). Este esquema se fue progresivamente generalizando: Daniel intentaba “dibujar” todos los objetos que le resultaban interesantes, incluso su propio cuerpo: manos, pies, cabeza.

Siguiendo esta misma lógica, y en relación a las conductas antes mencionadas, comenzó a hacer uso del lenguaje como capacidad psíquica de usar símbolos y signos (cabe recordar que antes de la aparición de su sintomatología Daniel podía hacer uso de algunas palabras). Así fue que, respetando la secuencia del desarrollo evolutivo del lenguaje, éste fue progresando paulatinamente.

Actualmente Daniel habla todo el tiempo. Podemos decir que está ejercitando esta nueva estructura de conocimiento siguiendo la lógica que va desde el lenguaje egocéntrico (sin tener en cuenta al interlocutor) al lenguaje socializado (universo de significaciones compartidas).

Inclusión en la Escuela

Cuando Daniel contaba con la edad de cinco años, y constatando que la relación uno a uno era lo suficientemente fuerte, que el nene registraba la presencia y se interesaba por otros niños que veía en el consultorio y que ya contaba con un lenguaje elemental, consideramos que Daniel estaba en condiciones de aprovechar las potencialidades de un jardín de infantes.

Se realizó un plan de inclusión progresivo. Al principio, por breves períodos de tiempo, acom-

pañado siempre por su mamá, quien permanecía dentro de la sala para facilitar la integración entre él y sus compañeros, y entre él y la docente. A medida que Daniel se fue sintiendo más seguro la mamá se fue alejando paulatinamente, esperando primero en el pasillo y luego fuera de la vista del niño (pero adonde él podía abrir una puerta y llegar rápidamente a ella, cosa que de hecho hacía con frecuencia) hasta que, por último, la madre podía volverse a su casa sin problemas. Se trató en todo momento de respetar los grados crecientes de autonomía y de no generar en Daniel ningún tipo de inseguridad acerca de la presencia del cuidador hasta que él mismo tolerara la separación de manera paulatina. La interacción con sus pares del jardín se hizo cada vez mayor, y poco a poco, Daniel se fue incorporando a los juegos de sus compañeros y compartiendo (de manera parcial) con ellos algunas actividades. Por supuesto, hubo en todo momento una gran disponibilidad de la institución educativa, que permitió la existencia de una serie de actividades diferenciadas de las del resto de los niños y resultados que no respondían, especialmente al comienzo, a lo esperable para las pautas de un chico del jardín. La escuela funcionó como una red de contención social, porque Daniel se escapaba, colocaba objetos en las rejillas, entraba a las aulas y tenía otras actividades atípicas que eran pacientemente toleradas. Cabe señalar que los otros nenes espontáneamente le iban indicando con palabras o gestos que se esperaba que él hiciera y Daniel de a poco los imitaba (argumento fundamental para ver como

los niños con severos desórdenes del desarrollo pueden beneficiarse con un sistema de inclusión con niños normales).

En 1999 se lo integró al primer grado de una escuela regular, con la que se realizó un programa detallado de inclusión. Permanece en la clase con él una maestra asistente, miembro del equipo profesional. Se implementó un plan curricular especial para Daniel, con reuniones periódicas entre la Escuela y miembros del equipo, para la evaluación de su desarrollo. Plan que actualmente continúa. Las funciones cognitivas son evaluadas en contextos significativos para el niño, de modo tal que, por ejemplo: se analiza la construcción de las nociones de "grande" y "chico", "antes" y "después", no en el contexto clásico del aprendizaje, sino en situaciones altamente significativas para él: "Dame el auto chico", "Estacionemos el más grande", "Ahora es mi turno, después vos", etc. Esto significó un gran esfuerzo para la escuela, acostumbrada a evaluar con patrones normáticos iguales para todos los alumnos, pero fue sumamente valioso el comprender que cada niño aprende de un modo particular con un proceso único de desarrollo de su inteligencia y afectividad.

Integración Social

Así como se vio que era posible la integración en un grupo de pares dentro de la escuela, en el verano de 1998, cuando Daniel contaba con seis años, se lo llevó a una colonia de vacaciones en donde se pudo comprobar el grado de evolución experimentado, ya que de manera mucho más rápida se logró la adaptación y su mamá pudo dejarlo, sin ma-

yores dificultades, con el profesor a cargo y con un grupo de niños. Esta experiencia se reiteró al siguiente año con resultados cada vez más satisfactorios.

De manera conjunta, y dentro del trabajo psicoterapéutico con Daniel, se llevaron a cabo nuevos desafíos para su socialización: el marco referencial del consultorio se fue ampliando y explotando al máximo las posibilidades ofrecidas por el vecindario; se iniciaron visitas a los distintos negocios de la zona, como al kiosco, donde Daniel junto con su terapeuta, saludaba a la vendedora y compraba caramelos, empezando a comprender un antes y un después, un dar y recibir a través del dinero y el vuelto. También, a un negocio de comidas rápidas cercano donde se sentaba, tomaba una bebida y empezaba a jugar con los carteles de publicidad, reconociendo formas y fotos de comidas que, aunque todavía no ingería, le llamaban la atención.

Hasta el presente, Daniel sigue concurriendo a ese local periódicamente. Es ya conocido por mucha de la gente que allí trabaja y ha adquirido un grado de plasticidad tal que, si bien reconoce perfectamente cuando hay modificaciones en la decoración o empleadas nuevas, tolera todos esos cambios del contexto sin asustarse. Ya no necesita ese ambiente invariante y rígido como ocurría antes.

Por otra parte, creemos importante destacar como la pequeña comunidad fue contribuyendo al sostén de las necesidades de este niño, al que si bien no los unía una relación de parentesco, lo identificaban como alguien con dificultades y que necesitaba de ayuda y necesitaba de vínculos humanos. Cada uno

fue dando espontáneamente su aporte. Daniel es un nene conocido y querido por las diferentes personas del vecindario y es bien tratado por todos, lo que a su vez facilita nuevos gestos espontáneos de interacción de su parte. Creemos que la comunidad ha actuado devolviéndole a todo lo que él hacía una significación social. Daniel "es" en la medida de que significa algo para otros

Tal vez sea pertinente aclarar que una gran parte de esta tarea clínica, también fue realizada de forma solidaria por el equipo profesional que, consciente de la necesidad de ayuda de este niño, destinó desinteresadamente muchas horas de su trabajo de manera gratuita. No olvidemos que en el contexto de un país subdesarrollado la atención de este tipo de trastornos (como de tantos otros igualmente graves) no cuenta con la protección adecuada de la seguridad social. Se les plantea, por lo tanto, a los profesionales intervinientes siempre la misma disyuntiva: o dejar al niño y su familia librados a su suerte, o compensar con horas y recursos propios las carencias de los sistemas de salud. Nosotros, generalmente, optamos por esto último.

Los Padres

En términos generales la experiencia de tener un niño con autismo inevitablemente es traumática. La capacidad de los padres puede fácilmente estar perturbada y la presencia de un alto nivel de ansiedad puede ser un obstáculo para trabajar adecuadamente junto a los profesionales intervinientes. Incluso, cuando hay una historia de un niño discapacitado con toda una serie de intervenciones médicas o

psicológicas, puede haber una percepción del profesional como crítico o persecutorio. El lograr con los padres un vínculo inicial que resultara continente, fue la primer tarea planteada desde el punto de vista terapéutico. Dadas las circunstancias de evolución del proceso patológico, Daniel había pasado a ser un desconocido para ellos y esto había debilitado su confianza en ser buenos padres y de saber estar atentos a las necesidades de su hijo. El explicitar el diagnóstico contribuyó a disminuir el nivel de ansiedad que se había incrementado de manera dramática ante la falta de respuestas claras por parte de los profesionales a sus reiterados pedidos de ayuda. Consideramos que fue particularmente importante la tarea de reestablecer un puente en la historia de la familia, entre el Daniel de antes y el de ahora y hacerlos protagonistas de la recuperación de su hijo

En todo este proceso, tanto Pablo como Susana, fueron parte fundamental del tratamiento de su hijo. Se esforzaron en cuanto estuvo a su alcance para llevar adelante las indicaciones del equipo profesional. La misma tarea del equipo la repetían ellos en su casa tres o cuatro veces al día. Participaban Luis (el hermanito), los abuelos y eventualmente, algunos otros miembros de la familia reconocidos por Daniel. Pablo, aunque llegara de su trabajo cansado, se sentaba cada día en el piso a jugar con su hijo, tratando de buscar mejores y más variadas formas de interacción y Susana hacía lo propio en cada momento que podía.

Los padres, además, tenían la tarea de llevar un registro escrito de todas las conductas que observaban en Daniel; re-

gistro que luego era discutido y analizado con la terapeuta.

La tarea fue laboriosa y extenuante, pero es de destacar el empeño puesto en todo momento, sin claudicar y con un alto grado de confianza que se fue desarrollando por parte de la familia hacia el equipo. Tanto los profesionales, como la familia, abordaron de manera coordinada los distintos mojonos del desarrollo, actuando como facilitadores, proveyendo experiencias enriquecedoras para que el niño construyera más y mejores modalidades de adaptación. Había momentos donde todo parecía detenerse y no se veían nuevos avances, pero la familia y el equipo continuaban su tarea. Era notable observar como al tiempo el nene daba un salto cualitativo y avanzaba un nuevo escalón, merced a que durante ese período de aparente quietud había un proceso interno de estructuración de sus procesos psíquicos.

Consideramos necesario destacar la invalorable tarea de Luis, quien acompañó a su hermano en todo este tiempo y se transformó en un verdadero líder en el desarrollo de su juego. Durante este proceso, Luis, al igual que el resto de la familia, recibió atención terapéutica, un lugar de contención y de análisis de sus conflictos y ansiedades. Esta ayuda sirvió, fundamentalmente, para no sobrecargarlo de responsabilidades y permitirle un espacio propio donde poder vivir sus propias necesidades como nene y poder expresar incluso la lógica competencia y rivalidad hacia su hermano Daniel (comunes en cualquier chico), que podían quedar inhibidas por la enfermedad del mismo.

DISCUSIÓN

1. Consideramos de interés hacer referencia al hecho de que investigaciones llevadas a cabo desde hace diez años por un equipo de trabajo en la Tavistock de Londres, a cargo de la Dra. Susan Reid, han señalado un sub-grupo de niños autistas cuya patología podría asociarse con la existencia de un factor traumático antes de los dos años de vida. Este factor traumático actuaría como precipitante para el desarrollo de la patología, en combinación con una predisposición biológica o genética previa. Los niños de este sub-grupo compartían cierta similitud en sus síntomas con los niños con trastorno por estrés postraumático, por lo que se los denominó Autistic posttraumatic developmental disorder (13). Estos pacientes tenían un retraso en su desarrollo, pero con la presencia de ciertos "bolsillos" de continuidad cognitiva o del desarrollo emocional sobre los cuales, se podía edificar el trabajo clínico.

Las evidencias neurológicas indican que un trauma puede cambiar la actual estructura del cerebro en desarrollo en el infante y, literalmente, inhibir la capacidad del mismo para percibir el mundo y los eventos.

Las experiencias traumáticas de la infancia son sobrecargantes, porque hay poco o nada para contrabalancearlas. En la infancia el cerebro se desarrolla rápidamente y en respuesta a un despertar de estímulos. Si las partes del cerebro conectadas con la supervivencia empiezan a ser sobreusadas, luego pequeños estímulos actuarán como disparadores de dicha respuesta. Si solamente algunas partes del cerebro son activadas, en-

tonces las otras no van a ser desarrolladas. El cerebro es un órgano "uso dependiente". Resulta claro que los niños presentarán diferentes rasgos clínicos de acuerdo a cuán temprano ocurra un trauma. Las consecuencias de traumas muy tempranos, son muy difíciles de distinguir del daño neurológico constitucional.

Dentro de los factores señalados como altamente traumáticos estarían los procedimientos médicos invasivos tendientes a mantener la vida en los prematuros, las infecciones repetidas en los primeros años de la vida, especialmente las otitis, abuso físico, abuso sexual, ser testigos de agresiones a sus cuidadores, etc.

Señala esta investigación que se observaron clínicamente intentos de reelaboración, por parte de estos niños, de las circunstancias traumáticas vividas, que en lugar de darse a través del juego, aparecían en forma de palabras repetidas o conductas motoras sin sentido, como algo que el niño necesitara "digerir" (entrar en el registro simbólico) y que sólo, cuando lograban adquirir significado estas conductas estereotipadas, cesaban o disminuían. También, se pone el énfasis en el hecho de que estos síntomas no hubieran desaparecido sin la intervención terapéutica.

Teniendo en cuenta la historia de Daniel, apuntamos como factor traumático a la internación de urgencia durante la crisis alérgica, con la separación violenta de su madre e intubación. Pensamos que las continuas y prolongadas infecciones de los oídos y tratamientos ortopédicos recibidos, junto con el destete y separación bruscos al

año de vida, fueron resignificadas por esta separación traumática en el momento de la hospitalización.

Esta hipótesis, se verificaría cuando en este último tiempo nos sorprendió un juego que apareció en el colegio y que se repetía incesantemente: al dibujar una casa a pedido de la maestra, Daniel empezó a gritar presa de una gran tensión emocional -¡abrí, abrí, sacá al nene de acá!, ¡Dani tiene miedo! -. La maestra intentó tranquilizarlo, dibujó una puerta como para que el nene pudiera salir, pero esto no fue suficiente, porque la escena se repitió en varias oportunidades. Solamente calmándolo al niño, y luego de múltiples repeticiones, esta manifestación desapareció.

Otras posibles expresiones del acontecimiento traumático, fueron las reacciones de temor y descontrol, ante un cuadro con dos rostros humanos alargados que representaban las máscaras del teatro griego, con las muecas de tristeza y de alegría. Esta reacción se repitió ante una propaganda de chocolates donde también se veían rostros alargados, y también, ante una publicidad de un film, cuyo protagonista coincidentemente era calvo y con un rostro similar. Creemos que esta reacción estaba determinada, entre otras cosas, por las huellas mnémicas de cómo vio el niño los rostros de los médicos cuando en la urgencia fue intubado. Dada la multideterminación de los fenómenos psíquicos, también, cabría pensar alguna relación con la figura del padre y del abuelo que son calvos y tenían, hasta ese momento, una gran distancia afectiva con el nene.

De manera coincidente con

esta hipótesis, cuando a partir del juego con la terapeuta, Daniel logra adjudicarle un significado transformando lo pasivo en activo, pateando y gritando a las máscaras, la tensión del nene desapareció, y paralelamente, su sueño que hasta entonces era intranquilo, se normalizó.

2. Toda técnica terapéutica lleva implícito un supuesto acerca de un modelo de aparato psíquico. Nosotros nos apoyamos en un modelo constructivista y desarrollista, que postula la construcción de la inteligencia y la afectividad.

Al no poseer el ser humano un bagaje instintivo que le permita lograr un equilibrio en su relación con el medio, éste se presenta como resistente en tanto fuente de una serie de estímulos que producen un desequilibrio interno en el niño. Este desequilibrio se vivencia subjetivamente como una experiencia de displacer.

La psicología del desarrollo plantea un sujeto activo desde los orígenes. A partir del nacimiento, y en cada momento, el sujeto dispone de un conjunto de acciones que le permiten interactuar con el medio del que forma parte. Hacer referencia al concepto de acción implica considerar que estas no son simples respuestas reflejas frente a estímulos externos, sino que, su función será mediatizar el conocimiento de los objetos del mundo. Es de esta manera que el conocimiento surge como producto (consecuencia no buscada) de las generalizaciones debidas al funcionamiento del esquematismo. Es por medio de sus acciones que intentará dar respuesta a las exigencias del medio exterior. Podemos desprender una doble consecuen-

cia: por un lado, las acciones ejercidas compensan el desequilibrio provocando una experiencia de placer, y por otro, estas actividades serán las que posibiliten un conocimiento cada vez más amplio de la realidad.

En resumen: son estas acciones significadas como placenteras (equilibrantes) las que proveerán a su vez de significado a la realidad. Al hablar de actividad significativa se hace referencia a la manifestación observable, a la organización interna de cada una de estas acciones y a la relación sistemática de todo el conjunto de acciones que se presentan en un momento determinado del desarrollo (14).

Son los mecanismos de funcionamiento del aparato psíquico (asimilación- acomodación) los que explican la construcción progresiva de “estructuras de conocimiento”, que funcionan de manera sistemática y continúan significando contenidos particulares. Considerando al aparato psíquico como un sistema con leyes específicas de funcionamiento, los hechos observados durante el desarrollo de la inteligencia nos permiten afirmar que:

- Asistimos a la formación de estructuras y no a la sumatoria de contenidos aislados;
- Es necesario postular que estas estructuras se construyen y no son simples adquisiciones impuestas;
- El sujeto es activo en esta construcción y no reducido a un receptor pasivo de estímulos provenientes desde el exterior (tabla rasa)
- El conocimiento es el resultado de la complejización progresiva de estructuras. Esto obedece a una lógica que

supone que el pasaje de un estado de menor conocimiento a uno de mayor conocimiento, implica una reestructuración de todo el sistema psíquico producto de los mecanismos funcionales (apoyando el punto de vista constructivista) (15).

En conclusión el abordaje de una problemática individual enmarcado en una perspectiva psicogenética supone:

- Tomar como punto de partida una evaluación de las estructuras intelectuales del sujeto que serán el basamento del posterior desarrollo de estructuras derivadas.
- Diferenciar las actividades o conductas repetitivas, que no presentan la característica de ser significativas para el sujeto en tanto se reducen a simples movimientos estereotipados, del ejercicio sistemático. El objetivo de esta distinción será lograr que los movimientos repetitivos adquieran significación a través del ejercicio (promovido por el vínculo humano) y se transformen en verdaderas acciones equilibrantes con la movilidad propia de las estructuras intelectuales, facilitando de esta manera la asimilación de los diferentes datos de la experiencia.
- Lograr que estos esquemas sistematizados y significativos se generalicen incorporando cada vez mayor cantidad de objetos y situaciones. Esto permitirá el reconocimiento de las cualidades de los mismos a través de la actividad. Los procesos de generalización y reconocimiento obligarán al esquema a diferenciarse en contacto con el medio dando lugar a

nuevas estructuras de conocimiento (ejemplo: juego del agua).

- Considerar que en una construcción progresiva cada estructura o función será precursora de aquellas más complejas, que surjan por diferenciación de las primeras. Por lo tanto, no se trata de implantar contenidos o estructuras aislados, sino de respetar la lógica del desarrollo como proceso continuo, en donde cada conducta procede de las anteriores y condiciona las siguientes en una evolución organizada.

- Rastrear los hitos precursores de las conductas más complejas y trabajar en función de la sistematización de los mismos (la imitación en actos como precursora de la imitación diferida; el ejercicio funcional como antecedente del juego simbólico) estos hitos son indisolubles de su significación histórica.

Es nuestro punto de vista, siguiendo los conceptos de Reuven Feuerstein, que las estructuras intelectuales no se construirían naturalmente, sino solamente a través de un vínculo humano significativo. Creemos que este es el soporte imprescindible que sustenta todo el desarrollo posterior de la inteligencia y la afectividad. Este vínculo, que se establece de manera espontánea y natural con los cuidadores primarios, y luego, se extiende a las figuras significativas para el niño, se ve alterado profundamente en el autismo.

Peter Hobson, dice en su obra “El autismo y el desarrollo de la mente”: “Las experiencias infantiles de relaciones interpersonales afectivamente coordinadas son críticas para el desarrollo

posterior de aquellas capacidades cognitivas que distinguen a la mente humana”.

... “El conocimiento y la comprensión de las personas, o para decirlo de otra manera, la captación conceptual de la naturaleza de las “mentes”, se adquiere a través de la experiencia individual de relaciones moldeadas afectivamente y coordinadas intersubjetivamente con otras personas. Los niños pequeños llegan a adquirir conocimiento de los estados psicológicos de las personas porque tienen experiencias subjetivas que se comparten, se oponen o se articulan de algún otro modo con las experiencias (y no sólo con las “conductas”) de otros...”

... “La aberración o limitación de la capacidad de implicación intersubjetiva con otros es la causa de la limitación autista en la comprensión de la mente”. Al no comprender la naturaleza de las personas se limita el desarrollo de las capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales (16).

Por lo tanto: el trabajo se orientó primero a buscar el vínculo humano como motor de la vida psíquica, partiendo siempre de las actividades espontáneas del nene, y en segundo término, a partir del vínculo humano facilitar la construcción de esquemas intelectuales que no aparecían hasta entonces.

Como conclusión, afirmamos que es solamente a través del vínculo con otro significativo que el desarrollo es posible y cobra sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brazelton B. *Bebés y Madres: El primer año de vida*. Ed. Emecé. Buenos Aires, 1987.
2. Vleisels S, Fenichel E. *New visions for the Developmental Assessment of Infants and young children*. United States of America. Zero to three, 1999.
3. *Clasificación Diagnóstica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1994; 1-3.
4. Kanner L. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Siglo XX. Buenos Aires, 1957.
5. *DSM IV. Criterios Diagnósticos*. Ed. Masson, 1996.
6. Frith U. *Autismo*. Alianza Psicología Minor. Buenos Aires, 1995.
7. Fejerman N, Arroyo H, Massaro M, Ruggieri V. *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1994.
8. Winnicott D. *Realidad y Juego*. Ed. Gedisa. Buenos Aires, 1972.
9. Greenspan S, Weider S. *The child with special needs*. United States of America. Merloyd Lawrence Book, 1998.
10. Piaget J. *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Ed. Abaco. Buenos Aires, 1982.
11. Piaget J. *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de Cultura Económica. México, 1985.
12. Piaget J. *El lenguaje y el pensamiento en el niño*. Ed. Guadalupe. Buenos Aires, 1981.
13. Alvarez A, Reid S. *Autism and Personality*. London. Ed. Routledge, 1999.
14. Ruiz R. *Constructividad: Una característica de lo psíquico*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Buenos Aires, 1995:35-40.
15. Ruiz R. *Ideas para el estudio de la Organización Psíquica*. Ed. Universidad Nacional de La Plata, 1998.
16. Hobson P. *El Autismo y el desarrollo de la mente*. Ed. Alianza Psicología Minor. España, 1993.