

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1996

Terapia ocupacional en el tratamiento del niño autista

Papiermeister, Ana María

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/921>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL
COMPORTAMIENTO
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPIA OCUPACIONAL
EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO AUTISTA

TESIS

ANA MARÍA PAPIERMEISTER

Director de Tesis: Prof. Dr. Rolando O. Benenzon

Trabajo realizado en el Hospital Infanto - Juvenil
"Dra. Carolina Tobar García."
Municipalidad de Buenos Aires

1996

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
492	675.8(23) P 199
Vol 1	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DEDICATORIA

A mis hijos, Mariana y Ariel que me enseñaron a ser tolerante y a alzar las barreras para que pase la farolera.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Rolando O. Benenson por brindarme su guía, sus conocimientos, sus experiencias, sus reflexiones, su material bibliográfico, su afecto y por apadrinar este proyecto tan importante para mí.

Al Dr. Jorge M. Reboledo: por ser mi maestro. "Un maestro hace que el discípulo se convierta en lo que puede convertirse y deje de perseguir lo que es, acalla lo que tiene que ser acallado y despierta lo que puede ser despertado, cuando es necesario". (Tradición oral china)

Al Hospital Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García" y a todos los que trabajan en él, por permitirme crecer.

Al Dr. Roberto A. Yunes, su director, por alentarme, asesorarme y por sobre todo por creer y defender la importancia de la Terapia Ocupacional dentro de un marco institucional.

Al Lic. Miguel Calvano, Coordinador de Docencia e Investigación, por su atenta y estricta supervisión del material.

A la Lic. Andrea Mercurio por sus aportes gramaticales y literarios.

A la T.O. Laura Pezzoli por corregir y sanar el texto, a la T.O. Susana Mango por colaborar en el rechequeo de historias clínicas, a la Dra. Silvia Rosenfeld por releer conmigo, aportar sus ideas y su experiencia, a la Dra. Viviana Chiappe por sus contribuciones en el campo biológico y a las cuatro sobre todo por ser mis amigas y sostenerme en todo momento.

A la T.O. Beatriz Monají por estar siempre.

Al T.O. Gustavo Reinoso por su responsabilidad y por representar el futuro de la Terapia Ocupacional.

Al Lic. Julio Lo Bianco por su solidaridad.

Especialmente a los niños y a sus familias que trabajaron con perseverancia y paciencia.

PREFACIO

La elección de la temática del Autismo Infantil para desarrollar mi tesis, esta relacionada con el cambio de dirección que enfrente en mi recorrido profesional como terapeuta ocupacional. Después de siete años de trabajo con adultos y adolescentes con patologías psiquiátricas graves en la Clínica Privada Psiquiátrica, cuyo director era el Dr. Jorge García Badaracco, ingreso al entonces Hospital Nacional Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", único establecimiento monovalente de salud mental para niños y adolescentes en nuestro país y en gran parte de Latinoamérica.

El cambio fue impactante e inmenso.

Por un lado, mi carrera parece comenzar de nuevo, era la primera vez que me encontraba frente a niños con una problemática tan seria no solo psiquiátrica sino también social. Por otro lado, venía de una institución en la cual los pacientes pertenecían a estratos sociales altos y donde el terapeuta ocupacional contaba con todos los recursos materiales e instrumentales para realizar su tarea.

En el Hospital, disponíamos en ese momento, de nuestra creatividad, materiales de desecho y algunos juegos y juguetes didácticos que entraban por licitación y que no siempre eran los que solicitábamos, siendo la población asistida de muy bajos recursos económicos.

Con todo este andamiaje y mi temor a lo nuevo, me enfrento con los primeros niños autistas que me derivan y desde ese primer encuentro quedo conmovida por su enigmática presencia.

Me acerco a textos que me orienten con el tema y se hacen cotidianos para mí los síntomas clásicos del Autismo Infantil de Kanner. Reviso literatura específica de terapia ocupacional y solicito a terapeutas ocupacionales supervisar mi trabajo. Paso prolongadas horas trabajando con los niños. Comparto mis dudas y hallazgos con los profesionales de otras disciplinas que los atienden, en extensas reuniones de equipo, hasta que en la época del proceso se suspenden las actividades grupales y también nosotros quedamos aislados.

Tomo y abandono diferentes teorías, pruebo diversas técnicas y finalmente a través de largos años de trabajo con estos niños, aprendo a reducir mis expectativas, a circunscribir mis objetivos y a organizar un abordaje en relación a las necesidades específicas de la población que asisto y a lo que Terapia Ocupacional, dentro del contexto terapéutico global, puede ofrecer.

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	METODOLOGIA	15
	- Sujetos	
	- Instrumentos de Medición	
	- Procedimiento	
III	MARCO TEORICO	33
	- Definiciones, Criterios Diagnósticos,	
	- Etiología, Curso Clínico, Características	
	- Familiares, Tratamiento, Epidemiología,	
	- Pronóstico	
	- Aportes de la Terapia Ocupacional	78
IV	RESULTADOS	127
V	CONCLUSIONES	154
VI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	163
VII	ANEXO A	
	- Protocolos Nros. 1,2,3 y 4	
VIII	ANEXO B	
	- Protocolo N° 5	
IX	ANEXO ESTADISTICO	
	- Tablas de cruces de variables	
	- Clusters de variables	
X	GRAFICOS	

INTRODUCCION

Las impresiones que produce la lectura de los distintos escritos, amplios y vastos en definiciones, clasificaciones, etiologías y tratamientos sobre el autismo infantil involucran y retan nuestras propias creencias acerca del significado de lo humano.

Las descripciones de la singularidad del niño autista, nos enfrentan con un principio esencial en el desarrollo de la especie humana: la humanización de los hijos de nuestra especie.

Bruno Bettelheim (21) expresa: *“Algunas víctimas de los campos de concentración habían perdido su humanidad en respuesta a situaciones extremas. Los niños autistas se retiran del mundo antes de que su humanidad se haya realmente desarrollado. ¿Existía alguna conexión -me preguntaba- entre el impacto de las dos clases de inhumanidad que yo había conocido, infligida una por razones políticas sobre víctimas de un sistema social, la otra producto de un estado de deshumanización resultante de una elección deliberada (si es que se puede hablar de elección en las respuestas de un lactante)?”*

Repetidamente se sostiene la incapacidad, el desamparo, la indefensión del bebé humano para sobrevivir en el mundo

externo, sin un otro adulto responsable que le asegure la supervivencia biológica, psicológica y social.

Pero es frente al niño autista donde se siente profundamente esta condición, y si bien su supervivencia biológica no está en peligro en la mayoría de los casos, sí lo está la psicosocial.

¿Cómo hacer para ayudar a estos niños a humanizarse, a constituirse como sujetos, a interaccionar con los otros, a construir vínculos, a acceder a la sociedad y a la cultura?

Ernst Cassirer (24) postula: *"El hombre, como si dijéramos ha descubierto un nuevo método para adaptarse a su ambiente. Entre el sistema receptor y efector que se encuentran en todas las especies animales, hallamos en él como eslabón intermedio algo que podemos señalar como "sistema simbólico". Esta nueva adquisición transforma la totalidad de la vida humana"*. En la medida en que estos niños no puedan lograr esta adquisición de la que habla Cassirer, es decir, ingresar al orden de lo simbólico, tampoco podrán alcanzar un verdadero significado de lo humano.

Ahora bien, el autismo infantil es también un desafío para Terapia Ocupacional. La Terapia Ocupacional utiliza como instrumento operacional a ciertas ocupaciones humanas.

El término ocupación deriva de la palabra latina *occupo*, que significa tomar posesión, apoderarse del tiempo y del espacio.

Las personas a través de las acciones que realizan ocupan un espacio físico, uno social y un tiempo determinado. Así el concepto de ocupación se refiere a las conductas mediante las cuales los seres humanos toman su lugar en el mundo físico, temporal y social.

La palabra *occupo* también se refiere a los componentes del desempeño (sensoriomotores, cognitivos, psicosociales y culturales) que usamos para interactuar, adaptarnos y adaptar el mundo.

Los niños autistas muestran a través de sus conductas, una desgarradora y marcada dificultad para tomar posesión de su espacio físico, temporal y social.

Desde un concepto organicista, el eje central de la ocupación en los seres humanos se funda en la biología y la evolución. La acción es la base para la supervivencia de las cosas vivas, aún en los organismos más simples. Cuanto más complejo es el organismo, más especializados son los requerimientos para la acción. Todos los organismos complejos precisan trabajar para existir; los seres humanos por su singularidad, el sistema simbólico, necesitan expresarse a través de la creación, creencias, valores, rituales, producciones. Los cerebros humanos tienen el potencial para realizar conductas complejas, para lograrlas deben obtener la información necesaria a través de una intensa interacción con el ambiente sociocultural. (8, 9, 10, 12, 61, 88). Esta interacción es necesaria para completar el desarrollo del cerebro humano después del nacimiento, y es fundamental para establecer vínculos permanentes con otros seres humanos.

Humberto Maturana (74) plantea *"De modo que un niño o niña necesariamente llegará a ser en su desarrollo el ser humano que su historia de interacciones con su madre y los otros seres que lo rodean, permita de acuerdo a como se transforme su corporalidad en esas interacciones. El ser humano que un ser humano llega a ser, se va constituyendo a través de la vida humana que éste vive"*.

La ocupación es inherente a la experiencia humana.

La ocupación infantil del juego, no solamente inicia al niño en la vida adulta del grupo social. El niño va construyendo su conciencia corporal jugando, integrando los aspectos sensoriomotores, constituyendo el espacio que lo rodea. Va ensayando diversas maneras de comunicarse e interactuar con sus pares.

Huizinga (55) propone que *"Todo juego es antes que nada una actividad libre. Actividad que transcurre dentro de sí misma y se practica en razón de la satisfacción que produce su misma práctica. Así es, por lo menos, como se nos presenta el juego en primera instancia: como un intermezzo en la vida cotidiana, como ocupación en tiempo de recreo y para recreo. Pero, ya en esta su propiedad de diversión regularmente recurrente, se convierte en acompañamiento, complemento, parte de la vida misma en general. Adorna la vida, la completa y es, en este sentido, imprescindible para la persona como función biológica, y para la comunidad, por el sentido que encierra, por su significación, por su valor expresivo y por las conexiones espirituales y sociales que crea; en una palabra, como función cultural"*.

J. B. Chapelier (25) informa sobre las experiencias norteamericanas actuales referidas a los grupos terapéuticos de niños. El

vector directriz de todas estas experiencias grupales esta centrado, en la noción, en el concepto sociológico de "Social hunger" (hambre social). Según este autor, esta necesidad afectiva es instintiva, de comunión con el prójimo y todos los seres humanos la poseen. Ningún ser humano podría llegar a constituirse como tal, si no existiera un otro. Por lo tanto, no hay un sí mismo o una persona previo a la relación con otro. No somos primero alguien y luego entramos en relación con los otros, sino que nos constituimos como alguien en esta relación.

En el juego, el niño imita los requerimientos y roles de la vida adulta e incorpora los valores, sistemas de creencias, normas y habilidades de la cultura. Este proceso de socialización y culturalización permite al niño convertirse en un miembro participativo del mundo sociocultural. El juego contribuye a la continuidad de la sociedad y de la cultura.

Las actividades de la vida diaria también son un reflejo de los patrones culturales. Mientras que comer es una actividad simbólica y universal, las técnicas usadas por el individuo para alimentarse son determinadas culturalmente. Estas actividades incluyen otras rutinas relacionadas con la edad como vestirse, higienizarse, transportarse.

Los niños autistas rechazan, eluden, no pueden o no les ha sido dada la posibilidad de relacionarse con los otros, de jugar creativamente, de desempeñarse con autonomía en las actividades de la vida diaria, de acceder plenamente a su condición humana.

Las consideraciones previas, así como:

- 1- La revisión de la literatura referida al autismo infantil y a los abordajes de Terapia Ocupacional en relación a esta patología.
- 2- La clínica del niño, del grupo y la familia llevada a cabo durante años en el Hospital "Dra. Carolina Tobar García".
- 3- La delimitación de las funciones y recursos propios de Terapia Ocupacional y de otras disciplinas en relación a lo interdisciplinario.
- 4- La comprensión de que el niño a través de los diferentes recorridos propuestos (Terapias: individual, familiar, grupal; Psicofarmacología, Pediatría, Laboratorio, Neurología y Electroencefalografía, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Escuela Centes N°1, Servicio Social, Rehabilitación, Musicoterapia, Psicomotricidad, Educación Física, Terapia Ocupacional, Orientación y Entrenamiento Laboral, Recreación de Fin de

Semana; Enfermería, Acompañamiento terapéutico), accede al encuentro, estructura lazos sociales, expresa demandas o refuerza defensas.

5- La dinámica del equipo tratante que, por un lado, percibe en forma compartida las diferentes maneras de acercamiento y alejamiento del niño y su familia, permitiendo asegurar el entrecruzamiento de las distintas líneas de trabajo y sin que por esto se pierda la originalidad de cada uno, y por el otro lado, articula un dispositivo capaz de facilitar el acceso del niño a nuevas experiencias; me llevaron a hipotetizar:

"La aplicación de una estrategia de Terapia Ocupacional, dentro de un marco institucional, centrada desde el niño, el grupo y la familia produce modificaciones en algunas de las conductas observables en el niño autista".

DEFINICIONES OPERACIONALES DE TÉRMINOS CRÍTICOS

1. Estrategia de Terapia Ocupacional: conjunto sistematizado de una serie de actividades organizadas en etapas tendientes a lograr un objetivo o grupo de objetivos. A saber:

Primera Etapa: Evaluación

Fase a: Entrevista con la familia

Fase b: Entrevista individual con el niño

Fase c: Entrevista de devolución a la familia

Segunda Etapa: Tratamiento con respecto al niño

Fase: a, b, c, d,(primera reevaluación), e.

Segunda Etapa: Tratamiento con respecto a la familia

Fase: a, b, c, d, e, f, g.

Tercera Etapa: Reevaluación/evaluación sumativa.**Cuarta Etapa : Seguimiento.**

2. Marco Institucional: Departamento de Rehabilitación. Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital "Dra. Carolina Tobar García". El niño recibe una asistencia integral: Consultorios Externos, Hospital de Día o Internación. Terapia individual, grupal, familiar, Pediatría, Neurología y Electroencefalografía, Psicofarmacología, Laboratorio, Odontología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Escuela, Servicio Social, Medicina Legal, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Psicomotricidad, Educación Física, Orientación y Entrenamiento Laboral, Recreación de Fin de

Semana, Enfermería y Acompañamiento Terapéutico.

3. Conductas observables: 192 comportamientos definidos operacionalmente que pueden observarse de manera directa en relación a las acciones del niño (desempeño con respecto a sí mismo, a las personas, al grupo de pares, al juego y a las actividades de la vida diaria.) y su familia (desempeño en relación a la participación en Terapia Ocupacional, a la Organización de las Actividades de la Vida Diaria y al Contexto Social).
4. Trastorno autista de acuerdo al DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (71).

El trastorno autista se incluye dentro de los Trastornos generalizados del desarrollo, los cuales están caracterizados por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de

actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE F84.0 TRASTORNO AUTISTA [299.00]

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

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

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

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

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

(d) falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

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

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

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

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

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

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

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

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

(d) preocupación persistente por parte de objetos.

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

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

Desde un principio, considero que este trabajo intenta realizar una pequeña contribución a Terapia Ocupacional y desde la misma

A Terapia Ocupacional, aportando una estrategia para la evaluación y el tratamiento del niño con trastorno autista y su familia, cuyos procedimientos pueden utilizarse en investigaciones de igual naturaleza o en la práctica profesional cotidiana y contribuyendo a la difusión de algunos de los desarrollos teóricos de terapeutas

ocupacionales vigentes en otros países.

Desde Terapia Ocupacional, como integrante de un equipo interdisciplinario apostando a su mejoría; alentando al niño autista a ingresar al mundo de lo humano, mejorando su calidad de vida y la de su familia.

Freud (46) dice : ...*"mejoría es: devolverle al paciente el derecho a participar en la vida"* ... ¿En que consiste este derecho ?... *" en devolverle gran parte de su independencia, ajustar sus relaciones al otro, despertar su interés por la vida."*

METODOLOGÍA

1. Sujetos

La muestra se compone de incluir a todos los pacientes que ingresaron al Hospital "Dra. Carolina Tobar García" durante los años 1978-1988. El estudio abarcó a 50 niños (N=50) con diagnóstico de Trastorno autista realizado por un equipo de profesionales de la salud mental, de 2 a 10 años de edad, de los cuales 37 son del sexo masculino (E.P.=5.16) y 13 del sexo femenino (E.P.=6.41). Voluntarios para el estudio y con autorización de sus padres o tutores. El gráfico 1 sintetiza la información de la muestra.

2. Instrumentos de medición.

Para la realización de este estudio se utilizaron cinco instrumentos de medición. Cada uno de ellos tiene un protocolo e instructivo específico para ser utilizado con estos niños y su familia. Los cuatro primeros, (Ver anexo A), se emplean en la primera etapa de evaluación con la familia (Fase a), y por lo tanto su propósito fundamental es el de recabar datos de aspectos relevantes para la clínica de terapia

ocupacional, el quinto es para evaluar el desempeño del niño y de la familia en áreas específicas.

- **Protocolo N° 1: Primera Entrevista de Terapia Ocupacional**
- **Protocolo N° 2: Organización de las actividades cotidianas**
- **Protocolo N° 3: Dibujo de la Casa**
- **Protocolo N° 4: Collage de la Casa**
- **Protocolo N° 5: Guía de Evaluación de Conductas Observables.**

El Protocolo N° 5: Guía de Evaluación de Conductas Observables (Ver Anexo B) es específico para el niño en la primera etapa (Fase b) en la segunda etapa (Fase a, b, c, d y e) para valorar su desempeño individual, grupal y el de su familia, en la tercera etapa (Fase a, b, c, d, e, f y g). Su elaboración responde a la necesidad de un instrumento de medición en terapia ocupacional para medir aspectos específicos de la evaluación e intervención de terapia ocupacional. Siguiendo a Rothstein (1985); *"sin una base científica para los*

instrumentos de medición en las evaluaciones de terapia ocupacional, como practicantes independientes, en el futuro seremos incapaces de comunicarnos unos con otros, incapaces de documentar la eficacia del tratamiento e incapaces de reclamar credibilidad científica para nuestra profesión"

Para la generalización de este instrumento de evaluación se ha realizado una organización que establece su forma, población, propósito, ambiente o posición, materiales, fiabilidad, validez así como también consideraciones generales, sistema de clasificación y definiciones operacionales, siendo el deseo de la autora que otros terapeutas ocupacionales puedan utilizarlo, contribuyendo al incremento de la información acerca de su efectividad en el ámbito clínico. Su utilización resume las etapas en que se utiliza la medición en el proceso de terapia ocupacional, es decir; primera evaluación, reevaluación o evaluación sumativa y evaluación final, para el establecimiento de criterios observables y medibles en relación a la mejoría de los niños con esta problemática.

3. Procedimiento.

Para sistematizar el estudio de estos niños, el grupo y su familia ha resultado necesario establecer un orden de intervenciones para la medición y cuantificación de los diferentes aspectos que abarca el mismo.

Las acciones se llevan a cabo en diferentes etapas comprendiendo estas últimas distintas fases y objetivos. Jerárquicamente la organización es como sigue:

- a- Etapa
- b- Fase
- c- Objetivo

Es complejo poder situar un comienzo y períodos intermedios en la atención del niño autista y su familia. Diferentes autores (10, 44, 62, 86, 87, 111) en terapia ocupacional establecen distintas delimitaciones teóricas para explicar como sucede el inicio (entrevista, evaluación, tratamiento, reevaluación/evaluación sumativa, seguimiento y/o alta) y final del tratamiento. Pero los mismos plantean la dificultad de seguir rígidamente este orden en la práctica profesional diaria. Para este fin se han establecido los criterios de Etapa/Fase/Objetivo tendientes a organizar la evaluación e intervenciones en esta patología tan compleja.

De este modo, se especifican las diferentes etapas, fases y objetivos en relación a los cuales, se recaban datos:

1- Primera Etapa: Evaluación

- Fase a: Entrevista con la familia
- Fase b: Entrevista individual con el niño
- Fase c: Entrevista de devolución a la familia

2- Segunda Etapa: Tratamiento con respecto al niño

- Fase: a, b, c, d,(primera reevaluación), e.

2-Segunda Etapa: Tratamiento con respecto a la familia

- Fase: a, b, c, d, e, f, g.

3- Tercera Etapa : Reevaluación/evaluación sumativa.

4- Cuarta Etapa: Seguimiento

Este conjunto de diferentes acciones se ha llamado **Estrategia de Terapia Ocupacional** es decir: el conjunto sistematizado de una serie de actividades organizadas en etapas tendientes a lograr un objetivo o grupo de objetivos.

1º Etapa: Evaluación

Objetivo: Obtener datos para identificar las habilidades, déficits y necesidades del niño y su familia.

Fase a): Entrevista con la familia

Objetivos:

- Establecer una alianza de trabajo con los padres o sustitutos. Ellos son definidos como cotrabajadores.
- Obtener la descripción de las actividades cotidianas que realizan.
- Definir cuales son los problemas diarios que más les preocupan
- Conocer el modo en que la familia distribuye el tiempo

Fase b): Entrevista individual con el niño

Objetivos:

- Delimitar la geometría espacial que estructura el niño.
- Registrar gráficamente las trayectorias que realiza, las formas geométricas que construye (círculos, óvalos, rectas, cuadrados y una combinación de las mismas que defino como "otras").

Fase c): Entrevista de devolución a la familia

Objetivos:

- Definir la modalidad de tratamiento. (frecuencia, tiempo, individual, grupal, familiar).
- Negociar con la familia las prioridades de tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Comprometer la participación familiar en el tratamiento de terapia ocupacional.

2 ° Etapa: Tratamiento con respecto al niño

Fase a):

Objetivos:

- Iniciar algún tipo de comunicación con el niño.
- Potenciar los modos de comunicación y habilidades que aparecen.
- Apoyar los esbozos de apertura.
- Contener las manifestaciones de agresión y pánico.
- Establecer una relación de ligadura (Olson, L. 1989; en Kramer, P. & Hinojosa, J. 1993)
- Desviar determinadas conductas de su función inicial, lentamente.

Fase b): Objetivo:

- lograr contacto visual.

Fase c): Objetivo:

- Interactuar con un grupo de pares.

Fase d): Objetivo:

- Explorar y desempeñar los diferentes tipos de juego: activo, exploratorio y manipulativo, imitativo, constructivo y dramático (Sheridan, M. D. 1977)

Fase e): Objetivo:

- Lograr la autonomía en las actividades de la vida diaria (vestido, higiene, comida)

2º Etapa: Tratamiento con respecto a la familia

Fase a): Objetivo:

- Lograr la participación familiar en el tratamiento de terapia ocupacional.

Fase b): Objetivo:

- Proporcionar información sobre el desarrollo ocupacional normal del niño.

Fase c):

Objetivos:

- Establecer con la familia objetivos posibles de realizar.
- Reducir las expectativas familiares relacionadas con los logros esperados en Terapia Ocupacional.

Fase d): Objetivo:

- Orientar a la familia en la realización de proyectos utilitarios para sí mismos, sus hijos (juguetes y juegos para usar en el hogar) y para la casa.

Fase e): Objetivo:

- Orientar a la familia en el ejercicio y la práctica de distintos modos de entrenamiento en las actividades de la vida diaria.

Fase f): Objetivo:

- Valorar y confirmar los pequeños logros de sus hijos.

Fase g): Objetivo:

- **Orientar a la familia para la distribución equilibrada de las actividades de la vida diaria de un modo más funcional y económico.**

3º Etapa: Reevaluación/evaluación sumativa

Objetivo: Medir los resultados obtenidos y la necesidad de continuar con el tratamiento.

4º Etapa: Seguimiento

Objetivo: Determinar si los logros obtenidos se mantienen a través del tiempo.

1- Durante la primera etapa de evaluación cuyo objetivo es obtener datos relevantes acerca de la familia y el niño, se realiza una primer entrevista de terapia ocupacional a la que concurren los padres o sustitutos acompañando al niño. Se realiza un diálogo informal y se orienta a los familiares con preguntas para que proporcionen información de importancia para la especialidad y resulta de suma utilidad una explicación detallada del quehacer profesional. A continuación se los invita a realizar el protocolo N°1 "Primera Entrevista de Terapia Ocupacional" de tipo estructurada que proporciona datos acerca de las áreas enumeradas en su instructivo.

2- Al finalizar la anterior se entrega a los padres o sustitutos el protocolo N°2 "Organización de las Actividades Cotidianas" y N°3 "Dibujo de la Casa" para completarse en el hogar y poder disponer de la información en la próxima sesión. En esta misma sesión se acuerdan los horarios para la Entrevista Individual con el niño.

3- La sesión posterior tiene por objeto trabajar el material producido en el hogar por los padres o sustitutos del niño en compañía del terapeuta ocupacional, reflexionando sobre los resultados y valorando la necesidad de la realización de una visita domiciliaria, para la verificación de la información.

De manera simultánea se observa al niño por primera vez, en forma individual con el propósito de construir su mapa espacial; registro gráfico de las trayectorias espaciales más usuales que realiza el niño configurando una forma geométrica (recta, círculo, óvalo, cuadrado y otras). Este período puede extenderse hasta 8 sesiones de 30 minutos cada una, en la cual el terapeuta ocupacional se limita a la observación y registro sin participación activa. La única excepción ocurre ante manifestaciones de autoagresión o agresión física al terapeuta ocupacional, que en este momento contiene al niño físicamente.

4- La tercera sesión tiene por objeto la realización del protocolo N°4 "Collage de la Casa" como actividad grupal familiar y ampliar los datos obtenidos con los protocolos N°2 y N°3. Durante esta sesión, el terapeuta ocupacional decide la conveniencia de efectuar la visita domiciliaria.

Esta entrevista cierra un ciclo importante para todo el tratamiento posterior de terapia ocupacional. La cabal comprensión de la familia biológica o sustituta del niño tiene enorme potencialidad terapéutica (10, 19, 34, 44)

5- En la cuarta sesión se define la modalidad de tratamiento a seguir en una entrevista abierta de devolución a la familia; configurando el final de la etapa "Evaluación" e iniciándose la segunda etapa de tratamiento con respecto al niño y su familia.

La aplicación de los protocolos enumerados con anterioridad más las destrezas clínicas del terapeuta ocupacional garantizan la recolección de datos suficientes en relación al niño y su familia, alcanzando los objetivos para esta primera etapa.

6- Al iniciarse la segunda etapa "Tratamiento con respecto al niño" comienza la participación activa del terapeuta ocupacional, su primer acción es la interferencia de la trayectoria espacial del niño. Esto produce algún tipo de respuesta (conductas de aproximación, alejamiento, enojo, aceptación, contacto) del niño, lo que proporciona una señal para la prosecución del tratamiento.

A partir de este momento se introducen juguetes o elementos que, por la información familiar (protocolo N°1), resultan de interés o preferencia para el niño (Algunos ejemplos constituyen los juguetes como pelotas blandas de distintas texturas, muñecos, títeres o animales, o elementos como el agua, la tierra, materiales flotantes de plástico, hamaca, tobogán, sube y baja y patineta).

La dos fases comprendidas dentro de la segunda etapa son totalmente individualizadas. Cuando el niño logra comunicarse, involucrarse en una relación de ligadura y establecer contacto visual con el terapeuta ocupacional, es decir, una vez asimiladas las primeras pautas terapéuticas es importante incluirlo en un grupo adecuado. La selección se realiza sobre la base no sólo de su edad cronológica, sino considerando todos los aspectos de su personalidad: destrezas sensoriomotoras, de comunicación, lúdicas, cognitivas y de autonomía en las actividades de la vida diaria.

A partir de la noción de "hambre social", utilizado también como un concepto básico por los terapeutas ocupacionales (Finlay,L.[1989,1993] & Penso,D.1987) para abordar patologías psiquiátricas severas, la inclusión en un grupo tiene por objetivo primordial, crear un lugar en el cual se animen a mostrar y satisfacer este "hambre", intentando constituir un contexto favorable y confiable en el que los participantes tengan la oportunidad de explorar, probar, ensayar, y vivir experiencias emocionales reparadoras. El grupo es conceptualizado como un elemento de apuntalamiento, de sostén.

Durante este período, se asiste al niño en la exploración y desempeño lúdico (Reilly, 1974) dentro del contexto grupal, siguiendo los patrones de juego descritos por Sheridan (101): activo, exploratorio y manipulativo, imitativo, constructivo y dramático, empleando materiales lúdicos generales como por ejemplo: juguetes de arrastre, oso y alfombra de actividades (para la estimulación sensorial), familia de texturas, banco de descarga con formas, xilofón, banda rítmica, armado de caras sobre globos, canasto con blocks de construcción, muñecos con ropas, cama, ropero, cocina, elementos de cocina, plastilina, miga de pan, ropa de cama, cochecito de muñeca, cubos apilables, material de ensarte, enhebrado y encaje de madera y plástico de diferentes formas y tamaños, rompecabezas, ropa para disfrazarse.

Los juegos como realizar una ronda, un tren, compartir los juguetes, ayudar a guardar los materiales; le permiten al niño hacer la experiencia de pertenecer a un grupo de pares.

La autonomía en las actividades de la vida diaria es uno de los elementos más importantes que puede ofrecer terapia ocupacional dentro del contexto terapéutico global.

En este sentido las actividades de la vida diaria no se trabajan fuera del ámbito lúdico, diferentes actividades como el juego con aros por encima de la cabeza, desvestido y vestido de muñecos y otros juegos con el propio cuerpo y la práctica de los padres en el hogar, guiados por el terapeuta ocupacional, preparan al niño para los primeros intentos del desarrollo ocupacional en el área de las actividades de la vida diaria.

Por otro lado los padres continúan trabajando en terapia ocupacional en diferentes modalidades para alcanzar el logro de los objetivos propuestos en la segunda etapa "Tratamiento con respecto a la familia", desempeñando actividades seleccionadas para el grupo de padres que tienen como objetivo el poder apreciar su realidad cotidiana desde diversos puntos de vista, compartir con sus pares diferentes problemas y sus alternativas de solución.

La tercera etapa "Reevaluación/Evaluación sumativa" se desempeña para medir los cambios en el desempeño ocupacional del niño y su familia mediante la aplicación del Protocolo N°5 siguiendo cuidadosamente su instructivo. (Ver Sección Anexo B)

La cuarta etapa "Seguimiento" se realiza en tres momentos diferentes: a los 6 meses del alta, a los 12 meses y a los 24 meses. La modalidad utilizada es una entrevista informal con los padres, para valorar la permanencia de los logros obtenidos. Luego de 12 meses de alta se realiza una visita a la institución en la que se encuentra el niño, con la finalidad de valorar su desempeño. A los 24 meses se cita a los padres para culminar con la etapa de seguimiento.

Duración del tratamiento

Hay dos tiempos: uno institucional y otro del niño. El primero está determinado por las normas de los servicios tratantes, (en Hospital de Día, generalmente, se hace un contrato por un año y se recontracta de acuerdo a las necesidades del paciente; en Internación, se interna al niño con la madre, padre o sustitutos, con la ideología de que la

internación sea breve, para episodios de crisis y una vez externado continúe con tratamiento en Hospital de Día o en Consultorios Externos).

El otro, está marcado por las demandas y posibilidades del niño, que nos va guiando por el camino que puede transitar.

El tiempo de tratamiento de la familia, queda subordinado al del niño, ante un alta se trabaja la derivación de ambos.

MARCO TEÓRICO

- Definiciones, Criterios Diagnósticos, Etiología, Curso Clínico, Características Familiares, Tratamiento, Epidemiología, Pronóstico acerca del Autismo Infantil.

Etimológicamente, autismo deriva de la palabra griega "autos" que significa "si mismo", "propio", y fue empleada en psiquiatría para referirse a los comportamientos centrados en el propio sujeto y al alejamiento y retracción social.

El término fue introducido por Bleuler en 1911, para designar la pérdida de contacto con la realidad que se produce en la esquizofrenia del adolescente y del adulto y ocasiona una marcada dificultad para relacionarse con el medio.

Si bien la historia del autismo debuta indiscutiblemente con la descripción de Leo Kanner, la prehistoria de este síndrome está representada por dos corrientes del pensamiento.

La primera de éstas, es la de los alienistas de fines del siglo pasado y comienzos de éste, en la cual la idea rectora era que

toda la patología mental de la infancia estaba marcada por la deficiencia intelectual.(9)

Los nombres de "amentia" o "insania mental" se utilizaban como sinónimos y abarcaban los cuadros de debilidad mental y retardo mental. (8, 9, 94)

En 1888, Moreau de Tours negó la existencia de la psicosis de la infancia. (En Aubin, H. 1975)

Prichard (siglo XIX), llamó insania moral a las alteraciones de la conducta infantil. (En Aubin, H. 1975)

Sancte de Sanctis (siglo XX), mostró la existencia de la demencia infantil. (En Aubin, H. 1975)

E. Kraepelin (1909) y E. Bleuler (1911), admitieron que algunos de sus pacientes padecían su enfermedad desde la infancia. (En Aubin, H. 1975)

Más tarde, Potter (1933) y Lutz (1937) describieron la psicosis esquizofrénica de la infancia, coincidente con los cuadros nosológicos clásicos de Bleuler y Kraepelin. (En Aubin, H. 1975)

La segunda corriente de pensamiento tenía una connotación más pedagógica que psiquiátrica y está explicitada en las diferentes descripciones de los niños salvajes, que crecieron en los bosques, sin ningún contacto humano, sin lenguaje, tan extraños y diferentes de la gente común, que fueron clasificados como una especie diferente "Homo Ferus". Cuando estos niños raros fueron capturados y llevados a la sociedad, fueron tratados con curiosidad científica, como animales extraños, sin comprensión. La descripción más conocida, es la del médico francés Jean Itard, quien en el año 1799 reseñó la conducta de Víctor, el niño salvaje de Aveyron. (En Attwood, T. 1983, Aubin, H. 1975)

Víctor se balanceaba sin descanso, sin evidencias de ninguna afección orgánica que produjera esa conducta, se mostraba indiferente a todo, no aceptaba ningún tipo de cambio, no reaccionaba a los ruidos de la pistola y sí lo hacía cuando sentía el crujido de una nuez. Además, permaneció mudo a pesar del tratamiento pedagógico de Itard quien se convirtió en el pionero de la educación especial y sus ideas fueron aplicadas a los niños deficientes mentales por Seguin, Montessori y otros. (En Aubin, H. 1975)

En 1943, Kanner (En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1991), psiquiatra infantil de la Universidad John Hopkins de Estados Unidos, publicó un artículo titulado "Perturbaciones autísticas del contacto afectivo", a partir de la observación de once niños.

Describió al autismo como un síndrome específico caracterizado por su precocidad, sintomatología, evolución y la perturbación de las relaciones afectivas con el medio. Precisó los caracteres clínicos de lo que denominó "Autismo Infantil Precoz", entre ellos el repliegue autístico extremo, la incapacidad precoz para establecer relaciones interpersonales, la disposición del espacio dominada por la necesidad de mantener sus marcas, la exigencia de la inmutabilidad observada por la resistencia al cambio y a la incompletud, la ausencia o alteración del lenguaje, las buenas capacidades cognitivas, perceptivas y de memorización.

"El denominador común de estos pacientes es su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones. Los padres dicen de ellos que quieren ser autónomos, que se enquistan, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que

los rodean no estuvieran, que dan la impresión de sabiduría silenciosa. Las historias clínicas indican que hay invariablemente desde un comienzo una extrema inclinación a la soledad autista, alejando todo lo externo que se acerca al niño. Casi todas las madres recuerdan el asombro que les producía el hecho de que sus hijos no adoptaran la posición propia de los niños que quieren que los tomen en brazos. Esta forma de adaptación se cumple universalmente en todos los niños a los cuatro meses de edad."

Entonces, los tres criterios sobre los que reposa este síndrome son:

- 1-el aislamiento extremo;
- 2-la exigencia de inmutabilidad
- 3-el comienzo precoz en la infancia.

En el año 1949 Kanner (En American Academy of Child and Adolescent 1991) diferencia" el Autismo Secundario, refiriéndose a aquel que cursa con un desarrollo supuestamente normal durante el primer y segundo año de vida, desajustándose su evolución con posterioridad.

Años más tarde, en 1952, M. Malher (67) propuso su descripción de la psicosis simbiótica, en la que precisa las

particularidades que la distingue del autismo infantil.

E. J. Anthony (6) en 1952, planteó una diferencia entre el autismo idiopático primario y el autismo secundario. El primero, se debería a un retraimiento neonatal por lesión cerebral o deprivaciones sensoriales. El secundario, aparecería en niños con un desarrollo aparentemente normal hasta el año y medio y un posterior retraimiento psicótico.

En un intento de describir todas las formas de psicosis infantil incluyendo el autismo infantil, una comisión presidida por la Dra. Mildred Creak (32) formuló en 1961 un criterio diagnóstico que se conoce por los "Nueve puntos".

Este criterio se basa en la observación de un grupo de profesionales, que tuvieron la posibilidad de estudiar a niños de este tipo durante lapsos prolongados.

Los "nueve puntos" se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Retraimiento en el contacto y notable incapacidad para establecer relaciones personales adecuadas.
2. Desconocimiento aparente de la propia identidad personal.

3. Preocupación por los objetos; por lo general, objetos inanimados e incapacidad de usarlos de manera adecuada.
4. Notable resistencia a los cambios en su medio ambiente.
5. Dificultades de la percepción que interfieren con el aprendizaje normal.
6. Ansiedad aguda, aparentemente ilógica.
7. Falta de lenguaje.
8. Manías, tics y movimientos extraños.
9. Retardo general con islas de capacidad intelectual normal o excepcional.

Ornitz y Ritvo (80) en 1968, enfatizan como un síntoma primario los disturbios en la percepción, que no fueron incluidos por Kanner.

Rutter (94) en el año 1968, analizó críticamente la evidencia empírica existente y propuso la presencia de cuatro características esenciales en el autismo infantil:

- 1- falta de interés y de respuesta social
- 2- trastornos del lenguaje, que incluyen: ausencia, retraso, deterioro de la comprensión, ecolalia e inversión de pronombres;
- 3- conducta motora bizarra, que va desde patrones de juego rígidos y limitados hasta una conducta más compleja, ritualista y compulsiva;

4- comienzo temprano, antes de los 30 meses de edad.

Ajuriaguerra de J. (3) ubica al autismo infantil dentro de la psicosis infantil, en el grupo de los trastornos psicóticos precoces.

"La psicosis infantil puede definirse como un trastorno de la personalidad dependiente de un desorden de la organización del "YO" y de la relación con el mundo circundante que se caracteriza por:

- Una conducta inapropiada frente a la realidad: retraimiento de tipo autístico o fragmentación del campo de la realidad;
- Una restricción del campo de utilización de los objetos;
- Catexis cognitivas y afectivas y de la actividad, insuficientes o parcialmente exageradas, demasiado focalizadas o esparcidas que producen conductas hiperrígidas o inconsistentes;
- Una vida imaginativa pobre, o de tipo mágico alucinatorio, aplicada sobre la realidad;
- Una actitud demasiado abstracta o demasiado concreta, restringida, que limita la movilidad del campo del pensamiento y de la acción;
- Una comunicación restringida o distorsionada, tanto por lo que se refiere a los intercambios verbales como a los emocionales y afectivos; una relación inadecuada con las personas.

En 1978, el Consejo Asesor Profesional de la Sociedad Nacional para Niños y Adultos con Autismo formuló la siguiente definición:

"El autismo es un síndrome conductual, que se manifiesta antes de los 30 meses de edad y tiene las siguientes características:

- 1- Trastornos en la secuencia del desarrollo.*
- 2- Trastornos en la respuesta a los estímulos sensoriales.*
- 3- Trastornos del lenguaje, cognición y de la comunicación no verbal.*
- 4- Trastornos en la capacidad para relacionarse con las personas, eventos y objetos".*

Esta definición, junto con la de Kanner y Rutter, fueron tomadas como base para establecer los criterios diagnósticos de las clasificaciones que son utilizadas por los profesionales en todo el mundo, la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión CIE 9 (27) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III DSM III (69). Aunque ambas tienen similares definiciones y criterios diagnósticos para el autismo infantil, se encuentran diferencias aparentes en el concepto de autismo. En el CIE 9, se clasifica como un subtipo de psicosis con origen específico en la infancia, mientras que el DSM III y en el DSM III R (70) es visto como un trastorno generalizado del desarrollo. Estos trastornos se definen como un grupo de desórdenes severos y

tempranos caracterizados por retrasos y distorsiones en el desarrollo de las habilidades sociales, la cognición y la comunicación.

La Organización Mundial de la Salud, publica la 10ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 1992 CIE 10 (28) en la que se adopta el término diagnóstico de "Trastornos generalizados del desarrollo" que incluye:

- Autismo infantil
- Síndrome de Kanner
- Psicosis Infantil
- Trastorno autístico

F84.0 Autismo Infantil

"Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los 3 años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los niños con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las niñas".

Pautas para el diagnóstico

"Por lo general, no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socio-emocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social, imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

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

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

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

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

El DSM IV (71) continúa usando el mismo término de "Trastornos generalizados del desarrollo".

Kanner (En Mazet & Lebovici, 1991) al principio considera la causa de esta entidad como orgánica, después como psicológica y posteriormente otra vez como orgánica, dejando siempre delimitado claramente que esto era resultado de teorías y que, por lo tanto, éstas podían cambiar.

De hecho Kanner era inicialmente pediatra, tenía una fuerte formación organicista y después fue psiquiatra interesado en el área psicológica.

En las décadas sucesivas, diversos autores describieron a los niños encuadrados dentro de sus visiones teórico profesionales, señalando aquellos aspectos de la enfermedad que les parecían más significativos.

J. Hochman (53) profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lyon-Norte, Universidad Claude Bernard de Francia, manifiesta:

"No revelaré ningún secreto al confesar que no conocemos el origen del autismo infantil y que el rigor con el cual los profesionales y determinados padres sostienen hipótesis etiológicas antagónicas es la demostración de su ignorancia. Se afirma, por una parte, que el autismo corresponde a un trastorno genético, sin un argumento bien definido en favor de una transmisión mendeliana y sin poder precisar el gen causante ni su mecanismo de acción. Por una parte, se pretende que la depresión materna y el trastorno que entrafía en las interacciones precoces entre la madre y el bebé se encuentran en el origen de un deterioro en el desarrollo afectivo y/o cognitivo."

El criterio etiológico, por lo tanto, difiere de acuerdo a las teorías que sostienen los investigadores y autores que se ocupan del tema. Estas teorías se pueden clasificar en tres considerables grupos: psicológicas, organicistas o biológicas e integradoras.

Las teorías psicológicas intentan dar cuenta de las primeras relaciones entre la madre y su hijo como facilitadoras de experiencias de crecimiento y a las perturbaciones que se produzcan en ellas, al manejo traumático precoz del niño y al fracaso en la formación del yo como posible origen del autismo infantil. Se trataría no de un factor disposicional del niño, sino de una reacción ante la alteración precoz de las relaciones padres-hijos. La inexistencia o reducción de las relaciones interpersonales sería la consecuencia de las frustraciones padecidas en una época temprana como la de la lactancia, en la cual son fundamentales para el desarrollo de la personalidad.

Kanner (58), en su primera descripción, señala *"Que los padres de los niños autistas mostraban las siguientes características: intelectuales, con rasgos obsesivos, rígidos, con una actitud poco afectiva y mecánica en relación a los niños"*.

Las teorías psicoanalíticas son abundantes y amplias, por lo tanto nombraré a los principales representantes:

Margaret Mahler (67) identifica dos formas de psicosis infantil:

"Alrededor de la mitad de la década de los cincuenta trabajé en la formulación de lo que necesitaba ser enfatizado claramente: las diferencias entre el "autismo infantil temprano" (o el síndrome autista, como me gusta llamarlo) y el síndrome de la psicosis simbiótica."

"...he aplicado a las primeras semanas de vida el término autismo normal; porque en él, el infante parece estar en un estado de desorientación primitiva en la cual la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia "órbita omnipotente, autista."

"Del segundo mes en adelante, el conocimiento confuso del objeto satisfactor marca el principio de la fase de la simbiosis normal, en la cual; el infante se comporta y funciona como si él y su madre fueran un sistema omnipotente: una unidad dual dentro de un límite común."

"Desde nuestro punto de vista sociobiológico, el autismo infantil representa una fijación o regresión a esa primera parte, más primitiva de vida extrauterina que hemos llamado la fase autista normal. El síntoma más conspicuo es que la madre como representante del mundo externo, parece no ser percibida por el niño, parece no existir como un faro de orientación en el mundo de la realidad. El ser del niño, aún el ser corporal, parece no ser distinguido de los objetos inanimados del medio."

Estos dos tipos de psicosis implican una fijación a las fases anteriores a la de separación-individuación. De este modo, el autismo aparece en aquellos niños que no evolucionan más allá de la primera fase y la psicosis simbiótica en aquéllos que hacen una regresión desde la fase de funcionamiento separado a la simbiótica.

Bruno Bettelheim (21) se refiere a la "anlage autista" como la convicción de que los esfuerzos que uno realiza no tienen la capacidad para influir al mundo. Señala a la madre como negativa, indiferente o ambivalente, cuyo deseo de no existencia del hijo lo precipita a la psicosis.

"El autismo infantil, por otra parte, nace del convencimiento original de que uno no puede hacer nada respecto a un

mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea y éstas solo de maneras frustrantes. Cuanto más se espera de este niño y cuanto más intenta él encontrar algunas satisfacciones por sí mismo, la frustración que obtiene es aún mayor, ni consigue satisfacción ni puede obrar como sus padres esperan de él. Se retira entonces a la posición autista. En este caso, el mundo que hasta entonces parecía sólo insensible, empieza a aparecer eminentemente destructor, como le ocurre al niño que desde el principio sucumbe al marasmo. Pero, dado que el niño autista tuvo una vez una vaga imagen de un mundo gratificador, se mueve hacia éste, no mediante la acción sino a través de la fantasía y si actúa, no es para mejorar su suerte, sino únicamente para alejar todo peligro suplementario".

Autores como Frances Tustin (106, 107) y Donald Meltzer (76) realizaron profundas investigaciones sobre los niños psicóticos, practicando ellos mismos su psicoanálisis o supervisando a sus colaboradores.

Tustin, continuando con la tradición de Kanner, utiliza el nombre de "autismo infantil" para definir a aquellos niños que no han desarrollado un vínculo afectivo y social con sus padres, lo cual les imposibilita cualquier tipo de aprendizaje y poder responder a los estímulos del medio ambiente. Por lo tanto, estos niños viven en un nivel

muy detenido en su desarrollo hasta el punto que, frecuentemente, no adquieren el lenguaje y apenas disponen de las aptitudes primarias indispensables para la subsistencia. Los niños precisan para subsistir más que la provisión de alimentos. En el transcurso de su crianza, dos elementos parecen ser fundamentales: que la estimulación sensorial procedente del entorno sea soportable y que la tensión producida por los estímulos externos e internos sea aliviada.

Los niños precisan de sus padres y en especial de una madre que esté en condiciones de tolerar los obstáculos y frustraciones necesarios procedentes de su diferenciación del entorno. Los padres, o uno de ellos, con poca plasticidad pueden obstruir el desarrollo adecuado de dichos procesos.

En su primera obra "Autismo y Psicosis Infantiles" Tustin (1966) propone distinguir tres tipos de psicosis infantil:

1.- Autismo primario anormal, que ella llamaba de forma ameboide en referencia a una ausencia de estructura propia del psiquismo de estos niños.

2.- Autismo secundario encapsulado, que llamaba de forma crustácea, en referencia a un mecanismo de defensa que consiste en protegerse del mundo exterior a través de la constitución de una barrera y

protección psíquica impermeable, verdadera caparazón.

3.-Autismo secundario regresivo, que consideraba un equivalente de lo que está descrito en la literatura como esquizofrenia infantil.

En su obra más reciente "Estados Autísticos" (1977), revisa esta primera propuesta de clasificación. Abandona el título Autismo primario anormal, cuadro que considera actualmente como la expresión de un daño orgánico cerebral, mucho más un estado de retardo mental que psicótico.

Mantiene las otras dos formas de psicosis denominándolas como Estados autísticos encapsulados y Estados autísticos confusionales. Por otro lado, divide cada uno de estos estados en dos categorías según los mecanismos de defensa que identifica. Los que se refieren al conjunto de la personalidad del niño los llama de "forma primaria", los referidos a partes de su personalidad los denomina de "segmentos" dando estos la "forma secundaria".

De este modo distingue cuatro formas de psicosis infantil:

- Estados encapsulados, forma primaria (tipo crustáceo): encapsulamiento total, global, indiferenciado del Yo para excluir el no-Yo.
- Estados autísticos encapsulados, forma secundaria (tipo segmentado): encapsulamiento de segmentos del Yo y del no-Yo percibido como Yo, o que excluye al no-Yo.
- Estados autísticos confusionales, Primario (tipo engolfamiento): envoltura total, global e indiferenciada del no-Yo para sumirlo en el Yo y confundir y borrar su impacto.
- Estados autísticos confusionales, Secundario (tipo fragmentado): absorción de fragmentos del no-Yo para llevarlos dentro y mezclarlos con el Yo.

Meltzer publicó en 1975 la obra "Exploración del Autismo" (76) en colaboración con John Brenner, Shirley Hoxter, Doreen Weddel e Isca Wittenberg. En 1984, en un coloquio realizado en Montecarlo, propuso una clasificación de la psicosis infantil en la cual distingue cuatro categorías, ubicando al autismo en primer término como "Autismo propiamente dicho y estados post-autísticos". Meltzer y sus colaboradores describieron un mecanismo de defensa central en el autismo propiamente dicho, que consiste en un desmantelamiento del Yo. El objetivo de este desmantelamiento es el de suprimir toda separación

del Yo y del objeto, negar toda interioridad al self y al objeto y suprimir a través de esto el sufrimiento psíquico.

En los estados post-autísticos hay una cierta capacidad de interiorizar objetos, mas los objetos internos son mantenidos a distancia unos de otros y controlados de manera omnipotente, de modo que todo encuentro fecundo entre los objetos internos y toda actividad real del pensamiento son imposibles. Estos estados se asemejan a los obsesivos.

D. Houzel (54, psicoanalista francés, tomando la definición de psicosis como violación de una de las fronteras del self, propone la siguiente hipótesis: *"La ausencia completa de frontera psíquica sería propia del autismo infantil. La falta de diferenciación entre animado e inanimado, el delirio autístico de fusión con el medio ambiente sería su resultado"*. Considera al mundo autístico no absolutamente sin límites sino recurvado sobre sí mismo, de modo que *toda distinción entre un interior y un exterior sería imposible. "En un mundo como éste, es imposible recibir una comunicación del exterior, así como desembarazarse de cualquier tensión interna. Este sería el origen del sufrimiento del niño autista, colocado en la imposibilidad de proyectar sus objetos malos en el exterior, es lo que lo llevaría a hacer tentativas para salir de este mundo de turbulencias a través de la constitución de*

una segunda piel. Las estereotipias, automutilaciones, ecolalia tendrían este sentido."

Desde un marco etológico, Niko y Elizabeth Timbergen (105) conocidos etólogos de la Universidad de Oxford, han conducido un estudio de diez años sobre el autismo en Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Canadá y los países escandinavos. Llegaron a varias conclusiones importantes: que existe una falta de relación del niño con su madre y daño emocional en la temprana infancia.

"Respecto a la condición autista, argumentaremos que su esencia es emocional o motivacional; de un modo más específico se trata de un estado de desequilibrio dominado por la ansiedad, que deteriora seriamente la capacidad del niño para la interacción con el entorno, el cual ofrece tantas oportunidades para el desarrollo conductual que los niños normales las utilizan como la cosa más sencilla. Las diversas peculiaridades en las habilidades perceptivas, cognitivas y motoras (incluyendo el habla), son a nuestro juicio secundarias, son síntomas en comparación con ese nuclear deterioro emocional."

"Respecto a la cuestión de cómo un niño llega a ser autista en un primer momento y cómo puede después, junto con sus

padres, verse atrapado en la fatal espiral descendente argumentaremos que, a) la constitución genética no es decisiva, sino que influye, como mucho, en hacer a algunos niños más vulnerables, más propensos que otros a desarrollar el autismo; b) que en el mejor de los casos son dudosas las pruebas de que en las raíces del autismo haya algo "orgánico", es decir una grave lesión estructural o anomalía química; y c) que existen muchos indicios de que ciertas experiencias traumáticas tempranas tienen mucha más importancia que la que suele reconocerse."

La posición de estos autores, en referencia a la "condición autista" como desequilibrio emocional producido en gran medida por el entorno (experiencias traumáticas de la primera infancia), los lleva a proponer un cambio corrector a través de una terapia centrada en el restablecimiento del equilibrio emocional.

"Uno debería concentrarse en ayudar a socializar al niño y sólo en la medida que esto suceda, por despacio que ocurra, complementarlo con un adecuado nivel y cantidad de enseñanza de habilidades, aunque sólo lo realmente necesario. Lo mismo que en el desarrollo normal, dicha socialización debería empezar ayudando al niño a la afiliación, es decir a formar el vínculo emocional con la madre, vínculo que no pudieron establecer madre e hijo en el momento oportuno."

Las teorías organicistas o biológicas consideran que hay una alteración en el equipamiento de base que impide que el niño se pueda relacionar de una manera estable con el entorno y consigo mismo.

L. Bender (En Attwood, T. 1983) observó que el niño autista prefería usar los receptores sensoriales próximos (tacto, gusto y olfato), en vez de los de distancia (vista y oído).

Ornitz y col. (81) señalan la probable existencia de un trastorno reticular; que produce una inconstancia perceptiva precoz. Si esta inconstancia es muy importante, impide modular en forma adecuada las impresiones sensoriales y por lo tanto podrían crearse defensas o barreras protectoras de diversos estímulos que aislarían al niño del mundo externo.

Para Rimland (En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1991) la causa es una lesión del sistema reticular activador, que es el encargado de mantener una estimulación adecuada de las diferentes áreas del cerebro. Esta lesión, podría ocurrir durante el embarazo o el parto y produciría una pobre capacidad de estimulación en

el sistema nervioso, impidiendo al niño mantener una relación adecuada con el entorno.

Hutt y Hutt (57) exponen la hipótesis opuesta, el problema estaría dado por exceso y este alto nivel de alerta causaría un bloqueo en la recepción y elaboración de informaciones y sensaciones.

La observación de niños autistas hace pensar que cualquiera de estas dos hipótesis pueden ser correctas ya que, por un lado el niño actúa como si estuviese impidiendo el ingreso de estímulos (tapándose los oídos) y por el otro como si buscara esas sensaciones (girando sobre sí mismo, haciendo rocking).

Rutter (94, 95) se refiere a un déficit cognitivo central, que le ayuda a explicar el por qué de las dificultades de comunicación.

Baron-Cohen y Leslie y Frieth (13) plantean que el trastorno primitivo de esta patología es cognitivo, que se caracteriza por la imposibilidad de establecer una teoría de la mente. Los niños autistas no demuestran meta-representación, es decir, la habilidad para ver una situación de diferentes maneras, en especial desde el punto de vista de los otros. Esta falta les impide desarrollar el juego imaginario.

Los primeros datos genéticos fueron aportados por Kanner. En 1973, él estudió los ascendientes y los hermanos de 100 niños autistas. Encontró tres autistas entre los 131 hermanos y hermanas, pero que no pudieron ser observados por el autor. (En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1991)

Diferentes estudios, sobre la morbilidad en la familia, Esman, Rutter y Lockyer (64) han revelado para el estudio de Esman: 2 padres esquizofrénicos sobre los 11 padres de niños psicóticos estudiados; para el estudio de Rutter y Lockyer sobre 63 familias de niños psicóticos, no aparecía psicosis pero sí neurosis y 11 padres sobre los 126 estudiados habían tenido en su vida un tratamiento psiquiátrico. Estos datos son confirmados por un estudio de Kolvin y colaboradores (61), que encuentran un riesgo mórbido importante para la neurosis y la ansiedad, sea cual fuere el tipo de psicosis infantil.

G. Delbray (En Aubin, H. 1975) propone una herenciabilidad para las psicosis infantiles tardías vecinas a la esquizofrenia.

Existen diferentes estudios sobre gemelos, entre ellos: Folstein y Rutter (45) en 1977 estudian 33 pares de gemelos de los

cuales un cogemelo fue diagnosticado como autista; 21 pares son conservados después de un estudio diagnóstico riguroso: 11 pares monocigotas y 10 pares dicigotas. Sobre los 11 pares el 36% es concordante con el autismo, mientras que de los otros 10 no hay concordancia. Folstein y Rutter concluyen de esto que la fuerte concordancia entre los monocigotas puede explicarse por factores genéticos. Buscan incluso en gemelos no autistas, la existencia de perturbaciones de las funciones cognitivas. E. Ritvo (91) en 1985, en un estudio sobre 40 pares de gemelos en donde uno al menos es autista encuentra los siguientes resultados: sobre 23 pares de gemelos monocigotas, 22 pares son concordantes para el autismo y un par no concordante, sobre 17 pares de gemelos dicigotas, 4 pares son concordantes y 13 pares no lo son. Ritvo concluye la existencia posible, entre otros factores, de una influencia genética que excluye la posibilidad de una transmisión dominante de penetración completa, sugiriendo la posibilidad de un modo de transmisión autosómica recesiva.

Los factores perinatales también han sido estudiados. En un estudio de Vorster (En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1991) el 40 % de los niños psicóticos presentaron factores traumáticos prenatales, frente al 9 % de la población de control.

Los estudios pre y perinatales indican que la hemorragia uterina materna es probablemente el suceso significativamente más asociado al posterior desarrollo del autismo infantil. También se encuentra una mayor proporción de enfermedades postnatales en los niños autistas. (4, 29, 95)

Damasio (35) describe a las infecciones perinatales como etiología potencial para explicar la edad de aparición del autismo.

Los estudios bioquímicos aportan datos no concluyentes. Se han referido trastornos del triptofano y de las catecolaminas, factores antígeno-anticuerpo por anomalías de inmunoglobulinas, déficit de oxigenación que provocan intoxicaciones crónicas de metabolitos. Los resultados más coherentes en relación al autismo, se obtuvieron en los estudios del metabolismo de la serotonina. La mayoría de los equipos que investigaron esta cuestión, encontraron un aumento de concentración de la serotonina sanguínea en los niños autistas. A pesar de que la hiperserotoninemia se observa frecuentemente en el autismo, no es un signo biológico específico del mismo. Todavía el conocimiento de los mediadores neuroquímicos es muy escaso. (4, 8, 30, 95)

El avance de las técnicas neuro-radiológicas permite la realización de estudios más precisos y menos traumáticos. Se han encontrado, a través de las mismas, anomalías diversas aunque no específicas, que demuestran alteraciones orgánicas tales como: dilataciones ventriculares y atrofas localizadas (pre-frontales y/o temporales). (4, 30, 95)

Es importante señalar, aunque no se ha comprobado una patología unívoca, la importancia que tienen las áreas temporales y prefrontales en la organización y control de las funciones emocionales y perceptivas tanto primitivas como elaboradas.

La asociación del autismo con la epilepsia esta demostrada en diversas investigaciones epidemiológicas. Creak (1961) señala un 12% de niños autistas que presentan posteriormente crisis epilépticas. Rutter en Atwood, T (1983), cita el estudio de Schain y Yannet, que encuentran manifestaciones epilépticas en el 42 % de sus casos diagnosticados como autismo.

En algunos niños, la sintomatología autística ha sido relacionada recientemente a una fragilidad anormal del cromosoma X, a la encefalitis rubeólica prenatal y a enfermedades metabólicas tales como la fenilcetonuria, el autismo purínico y la acidosis láctica. También se señala

que pueden existir distorsiones en el programa genético. (4, 30, 95)

Las teorías integradoras buscan la causa de este síndrome dentro de las coordenadas biológicas, psicológicas y sociales que configuran al ser humano.

Diatkine (38) formula una hipótesis acerca de un déficit cognitivo que posteriormente da lugar a la estructuración de una defensa ante las dificultades de comunicación con el mundo.

P. Ferrari (2) predica por una acción pluridisciplinaria que permita el reconocimiento de las diferentes concepciones del autismo en su diversidad.

El Prof. Dr. Rolando Benenzon (17, 19) hace aportes muy interesantes en cuanto a la etiología del autismo y a las particularidades que ha detectado durante la toma de las diversas anamnesis.

"No hay una causa única que produzca un autista. Son un sinfín de variables que convergen hacia un síndrome que configura un ser eminentemente aislado."

"Son niños no concebidos verbalmente. O sea, no

hubo entre sus progenitores un diálogo previo, una programación, una fantasía de engendrar un hijo, el embarazo ha sido una mera casualidad."

"Otro aspecto que he detectado es la aparición de episodios traumáticos externos durante los 3 primeros meses de gestación. Como por ejemplo se cita el fallecimiento de un ser querido, accidentes graves, mudanzas o emigraciones, serios problemas en la pareja o separación. La idea de esta problemática es que la madre frente a las tensiones que sufre y las presiones externas se desvincula de su embrión. Hecho favorecido porque el embrión, no responde aún con movimientos o "patadas"; por lo tanto, la madre no puede concientizar corporalmente su presencia".

"Es un feto que comienza a gestarse solo, aislado, se convierte en un feto autista. Hay una hipótesis química que avalaría aún más esta suposición. Estas situaciones traumáticas provocarían en la madre un aumento de la segregación placentaria de sustancias llamadas endorfinas de tipo morfínico, que llevaría a una disminución de la sensibilidad fetal".

"A partir del 4to mes en adelante aparecen las noxas comunes a toda gestación comprometida que, indudablemente, debilitará la futura fuerza de adaptación del recién nacido".

"Hoy nadie duda de la intensa comunicación existente entre madre y feto y entre feto y mundo externo. Sin embargo, aún hay

resistencia en aceptar cuán sensible es la captación fetal que deja huellas imborrables que condicionará toda la vida ulterior del individuo".

"Existen canales de comunicación inconcientes entre madre y feto que suelen mantenerse posteriormente. La vida del mundo externo en que vivimos hace que se atrofién estos canales, pero en ciertas circunstancias especiales reaparecen. A partir del nacimiento, yo planteo que un niño autista es una prolongación patológica y deformada de un psiquismo fetal".

"Es una prolongación patológica, pues no estando más en el útero materno continua mostrando comportamientos parecidos a los del feto. Es un niño que aun conserva gran parte de las características de quien se encuentra dentro del útero materno o sea, con gran compenetración de lo que ocurre en sí mismo y con total despreocupación de lo que sucede fuera de él".

"Debo aclarar que esa prolongación es una deformación del psiquismo fetal dado que ese niño, tiene una serie de necesidades básicas para mantener ese mundo interior que ya no lo nutre, ni lo termorregula y por lo tanto, debe crear una serie de estructuraciones y malformaciones psicológicas, muchas de ellas defensivas hacia el mundo externo que circunstancialmente lo rodea y

en esos momentos no lo protege como lo hacía el líquido amniótico y otros elementos durante su estadía intra-útero."

Benenson también señala que la existencia de un niño autista y su grupo familiar (binomio inseparable), se debe a una doble circunstancia: en el niño a perturbaciones biológicas condicionantes más circunstancias psicológicas detonantes y en el grupo familiar a perturbaciones psicológicas de base y el niño como detonante.

El modelo interaccional de Zaslav y Breger (En Aubin, H. 1975), que incluye tanto una predisposición fisiológica como tensiones psicológicas, tal vez sea el más adecuado frente a la ignorancia existente acerca de la etiología del autismo.

Tanto las teorías psicológicas como las organicistas tienen todavía mucho por decir y a partir de la interacción de las mismas se podrían obtener resultados novedosos y esperanzadores.

- **Curso Clínico**

Existen varios tipos de relatos acerca del curso de desarrollo del autismo infantil. Unos donde los síntomas se manifiestan tempranamente desde el nacimiento. Las madres describen a los bebés como extraños, que raramente lloran, que no les gusta la compañía, que

no necesitan aparentemente de estimulación, se ponen flácidos o rígidos cuando se los alza y son descriptos como bebés buenos que nunca reclaman o lloran. Otros, por el contrario, se muestran intensamente irritables y reaccionan de manera exagerada a cualquier forma de estímulo.

- De cero a seis meses

Durante este periodo el bebé reclama poco.

No advierte la llegada o la salida de la madre. No responde a las sonrisas. No hace contacto visual. A los cuatro o cinco meses no presenta movimientos anticipatorios de levantar los brazos cuando intentan alzarlo. Puede mostrar falta de interés por los objetos, reaccionar en forma exagerada a los sonidos, no balbucear o hacerlo tardíamente.

- De seis a doce meses

Después del sexto mes el bebé puede mostrar una reacción poco común a la incorporación de alimentos sólidos. No tiene problemas para aceptar alimentos pastosos, pero sí reacciona a los cambios de textura. Es común que estos niños ingieran durante muchos años comida licuada.

Las etapas del desarrollo como sentarse, gatear, intentar levantarse, iniciar la marcha están probablemente atrasadas u ocasionalmente aceleradas. La secuencia del desarrollo es irregular y esta característica se observa en todas las áreas.

El bebé autista no es afectuoso. Cuando se lo alza se pone duro, hipertónico o flácido y cuando se lo deja en la cuna o en el coche parece no importarle. Frecuentemente, no muestra ansiedad ante los extraños, fenómeno normal en el octavo mes.

No juega a esconderse o batir las palmas. A los doce meses no dice adiós con las manos. Puede llegar a decir algunas palabras para luego abandonarlas. Muestra una deficiencia en la comunicación no verbal. No sigue a los objetos. Reacciona en forma peculiar a los estímulos sensoriales (no reacciona o sobre-reacciona).

- Segundo y tercer año

Durante el segundo año de vida el niño muestra interés por la estimulación en diversas áreas: hace girar objetos, hace ruidos con los dientes, se balancea sobre sí mismo, presenta movimientos estereotipados y manierismos (especialmente con la manos), observa

atentamente sus manos y los movimientos de los dedos (fenómeno normal en un bebé de seis meses) en forma repetitiva, sacude vigorosamente sus manos o rápidamente sus dedos como si estuviese batiendo, observando este fenómeno apenas con la periferia de su campo visual, sin mirar fijamente. Un niño normal atraviesa cuando aprende a caminar, una fase de transición en la cual camina en puntas de pie, pero un niño autista puede transformar esta conducta en permanente, también presenta movimientos de balanceo, se hamaca sobre sí mismo, mueve la cabeza de un lado al otro, golpetea su cabeza (banging). Cuando se excita o agita, estos movimientos pueden ocurrir en forma simultánea y descontrolada.

El niño de dos o tres años muestra poco o ningún interés en el juego. Los juguetes son usados de manera extraña, sin tomar en consideración sus funciones aceptadas. El desarrollo de la imaginación es pobre o ausente, así como la fantasía y la capacidad de jugar asumiendo diferentes roles (jugar a la mamá, al papá). El interés por los objetos que ruedan lo atrapa a tal punto que deja de lado cualquier otra actividad. La falta de interés en los juguetes está acompañada por el desinterés por las personas y el contacto interpersonal. Es como si mirara a través de las personas. Cuando quiere algo no lo pide, toma la mano de la persona y la usa como si fuera una pinza. La sensación de la persona es la de ser usada como un objeto.

- Cuarto y quinto año

La mayoría de los síntomas continúan hasta el cuarto y quinto año de vida, seguidos de una disminución espontánea en la intensidad, especialmente en relación a las reacciones exageradas frente a estímulos sensoriales y a las alteraciones del movimiento. No se conocen las causas de esta leve mejoría; la hipótesis de que se debe a una mayor maduración del sistema nervioso central, no es satisfactoria. Es importante señalar que muchos autores describen esta mejoría aún en niños que no han sido tratados. Hacia el final del quinto año su atención se dirige a la palabra. Esta es utilizada en forma inconsistente, repitiendo palabras o frases enteras fuera de contexto. también ocurre en esta época el uso inapropiado del pronombre Yo que es sustituido por Tú o El.

- De seis años a la adolescencia

A los seis años se observa una situación clínica inmutable o una evolución. Esta última se manifiesta a través de cambios en la sintomatología, que se torna menos evidente. Su funcionamiento deficiente puede aumentar en calidad e intensidad, provocando una mayor dependencia y gravedad en el pronóstico. El lenguaje, si no fue usado de manera consistente hasta ahora, es muy poco probable que se desarrolle.

El niño va perdiendo muchas de sus características clásicas de autista, semejándose más a un niño con retardo mental. Puede llegar a desarrollar el lenguaje antes de los cinco años con una comunicación verbal concreta, con una reducida capacidad de abstracción o sin compromiso emocional. La afectividad permanece ausente y la comunicación verbal y no verbal restringida. El niño permanece emocionalmente alejado y distante. En algunos casos se comunica de manera desconexa, irrelevante o tangencial. Su fantasía, si llega a existir, tiende a ser extraña y confunde la realidad. Puede ser impulsivo, con poco autocontrol, agitado o hiperactivo.

- **Adolescencia y edad adulta**

Existe poca literatura publicada acerca de la evolución del autismo en edades más avanzadas. Los autores que más se han dedicado a este tema son Eric Shopler y Gary Mesibov (98) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina Norte, Estados Unidos, quienes publicaron la obra "Autismo en Adolescentes y Adultos".

En líneas generales, estos autores señalan que las deficiencias mentales se tornan más acentuadas con el avance de la edad, haciendo que estas personas pierdan sus características autistas de la infancia y se

presenten como individuos portadores de retardo mental. Esto hace difícil diferenciar un adolescente o adulto autista de uno con retardo mental. Aquellos que tienen un CI más elevado y que llegan a desarrollar el lenguaje, llaman la atención por su semejanza con la esquizofrenia. Funcionan extrañamente, con marcadas dificultades para relacionarse interpersonalmente y con múltiples trastornos cognitivos.

- **Características familiares**

Los estudios psicológicos realizados a los padres de los niños autistas, permitieron describirlos inicialmente como personas muy interesadas en las abstracciones (físicos, matemáticos) no preocupadas por el contacto humano y emocionalmente frías, "heladeras". Como consecuencia, los niños vivenciaban las relaciones humanas como mecánicas y despersonalizadas. Esta hipótesis nunca fue probada y carece de valor en la actualidad. (4) También se consideraba que el autismo podía ser generado por madres que conciente o inconcientemente rechazaban a sus hijos, tomándolos como objeto de hostilidades. Otros estudios postulaban que los padres estarían paralizados, con incapacidad de manejar a sus hijos. Las madres no conseguirían comunicarse eficientemente con ellos. Más recientemente se hipotetizó que esta dificultad se debería a la imposibilidad de establecer contacto con el niño por sus trastornos específicos.

Benenzon (18) señala, a través de sus experiencias con grupos familiares de niños autistas, que la familia de un niño autista en su vida cotidiana va creando un sistema de comunicación estereotipada, que a lo largo de los años se convierte en lo que él denomina "quistes de comunicación".

Estos "quistes de comunicación" son formas repetidas y rígidas de expresión o de dar mensajes, que los padres tienen para su hijo autista y que no son concientes. Generalmente estas expresiones son verbales. Benenzon considera que una de las grandes virtudes que tiene el lenguaje no verbal, es que no genera quistes de comunicación.

Los quistes tienen una doble etiología. Por un lado, una idiosincrasia patológica familiar convertiría al grupo familiar en un terreno fértil para este tipo de enquistamiento. En este primer caso, señala la dificultad, para poder discriminar si antes de la convivencia patológica con el niño autista los padres presentaban una caracterología especial, que podría contribuir a la patogénia del autismo. En la medida en que se profundiza en la historia familiar -en especial en la época de la gestación del niño- los padres refieren sensaciones, percepciones, fantasías, pensamientos u otro tipo de actitudes que llaman la atención y

que apoyan la hipótesis de que se está frente a un grupo familiar sensibilizado para este tipo de patología.

Por el otro lado, habría ausencia de respuestas por parte del niño a los mensajes de los padres. En relación a este segundo caso explica que un niño autista en su convivencia diaria provoca en sus padres una forma particular de respuesta. Esto generalmente ocurre por la ausencia total de respuesta del niño o falta de un feedback adecuado o esperado, generando una repetición constante de estímulos o mensajes de los padres.

Entre las diferentes formas de enquistamiento, se pueden distinguir cuatro:

1- Quiste Tipo "A": ausencia casi total de estímulos o una proporción ínfima de ellos. Este esquema coincide con aquellos padres que dicen o tienen la fantasía de que el hijo es sordo o que casi no comprende lo que sucede a su alrededor. Por lo tanto, van disminuyendo día a día los mensajes terminando por convertir al niño en un aislado, dentro de su propio grupo familiar.

2- Quiste Tipo "B": la situación contraria a la anterior, que inclusive parece ser reactiva a la misma, se trata de una hiperestimulación

generalmente indiscriminada y difusa. Son aquellos padres que se esfuerzan por ensayar cualquier tipo de estímulos, los más variados, sin límite y a veces sin intervalo de tiempo, que posibilite una respuesta del niño. Esto determina un encapsulamiento del niño dentro del grupo familiar.

3-Quiste Tipo "C": la situación intermedia, o sea, una serie de estímulos que se repiten cotidianamente, en general ante las mismas circunstancias y que con el tiempo se convierten en estímulos estereotipados. Este esquema coincide con los padres que presentan una conducta obsesiva y uniforme, que suelen manejarse con órdenes, afirmaciones, negaciones, premios y/o castigos verbales. Por ejemplo: Esto no!, Esto sí!, Esto es feo!, Muy bien!, Muy mal!.

4-Quiste Tipo "D": el desvío patológico del anterior, son los estímulos estereotipados que se van transformando en verdaderas anomalías de mensajes o estímulos. Generalmente, este tipo de esquema ocurre en los padres que por sus características caracteropáticas de personalidad convierten sus mensajes en verdaderas rarezas de estimulación. Así, se encuentran desde aquel padre o madre que habla a su hijo como si fuera sordo total y por lo tanto modula las palabras exageradamente con sus labios, con volumen muy fuerte, repitiendo cada palabra varias veces lentamente, hasta aquél que refuerza su mensaje

con algún movimiento del niño, apretándole la mano, sacudiéndolo.

Es evidente que la presencia de un niño autista modifica la homeostasis familiar facilitando la aparición de diferentes conductas: rechazo, sobreprotección, abandono, exigencias muy altas. Los padres que no reciben las respuestas esperadas de su hijo no van a poder responder en forma adecuada, pues les falta la retroalimentación necesaria, ni podrán anticipar el efecto de sus acciones en el niño, reprimiendo a veces sus deseos, controlando sus actos y generando ansiedad.

- **Tratamiento:**

Es importante señalar que no existe un tratamiento específico. Existen muchos enfoques que responden a las conceptualizaciones etiológicas. Así, entre otros: Psicoanálisis, Terapias individual, grupal y familiar, Terapia del abrazo, Terapia de contención, Modificación del comportamiento, Psicodrama, Terapias Cognitivas, Terapias Sistémicas, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Orientación y Entrenamiento Laboral, Hidroterapia, Integración Sensorial, Educación, Informática, Institucionales, Multidisciplinarios, Farmacológicos con diversas drogas, Terapias alternativas como la celuloterapia, acupuntura y naturismo.

Es fundamental señalar que ante la falta de respuestas de la ciencia los padres recurren a todos aquellos que ofrecen tratamientos mágicos y milagrosos.

- **Epidemiología**

Los estudios epidemiológicos revelan que existe una prevalencia de 4 a 5 niños cada 10.000, con una predominancia en los niños tres a cuatro veces superior que en las niñas. (4)

- **Pronóstico:**

Los resultados son muy diversos, cerca del 75 % de los autistas permanecen con retraso mental y unos pocos emergen del autismo. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz integral para obtener mejores perspectivas. Un bajo cociente intelectual, la falta de desarrollo del lenguaje hasta los cinco años y el uso sin sentido de los objetos, juguetes y juegos son indicadores de un mal pronóstico. (4, 8, 29, 92, 100, 108)

- **Aportes de la Terapia Ocupacional**

No se encuentra bibliografía específica de Estrategias de Abordaje en Terapia Ocupacional de niños autistas en Argentina.

La bibliografía encontrada referida a Autismo Infantil y Terapia Ocupacional en los países de habla inglesa es muy escasa, la mayoría se centra en la atención de estos niños desde la Teoría de Integración Sensorial, creada por la Dra. Jean Ayres. Otras teorías muy utilizadas por los terapeutas ocupacionales, sin ser propias, son la teoría de modificación del comportamiento, las teorías del desarrollo y las educativas.

Ayres (10) considera que el autismo es un trastorno cerebral. Señala que estos niños presentan muchos de los síntomas de integración sensorial inadecuada que muestran los niños con disfunción cerebral mínima, que impiden que desarrollen una interacción adecuada con el medio.

Los niños autistas se caracterizan por las dificultades de relación con las personas, viven en su mundo propio y no quieren que se introduzcan en él. Presentan problemas

sensoriomotrices y emocionales. Manifiestan pocas emociones y no muestran amor ni temor. Algunos niños tienen ataques de rabia, son muy agresivos consigo mismos y con los otros.

"Algunos terapeutas de integración sensorial han trabajado con niños autistas, pero en general no tienen tanta experiencia en estos casos como en otros de disfunción cerebral. Algunos niños autistas se han beneficiado de la terapia, mientras que otros mejoran levemente o ni siquiera mejoran. Es alentador producir cualquier cambio apreciable en la organización cerebral de un niño autista, en especial dado que las aproximaciones bioquímicas al problema no han sido de mucha ayuda y las técnicas de control de la conducta tan solo controlan la conducta del niño sin modificar la alteración cerebral que provoca dicha conducta".

En relación al trastorno del procesamiento sensorial, Ayres(10) postula que cuando el niño autista es lo suficientemente cooperador para participar en las pruebas estándar de la función sensorial integrativa, por lo general los resultados que se obtienen son semejantes a los que presentan los niños dispráxicos. Tiene dificultad para localizar los estímulos táctiles y para saber donde se encuentran sus manos si no puede verlas. Presenta problemas para realizar una planificación motora. Aunque las respuestas posturales del niño no están bien organizadas, frecuentemente son mejores que las de

los niños con problemas de aprendizaje. Esto indica que el tronco cerebral del niño autista procesa las potencias propioceptiva y vestibular, requeridas para las diversas respuestas posturales. Aparentemente, los tractos nerviosos que transmiten información a las zonas sensoriales de la corteza cerebral realizan un trabajo adecuado. Ayres plantea la posibilidad de que sea otro aspecto del procesamiento sensorial el que está causando el problema, que alguna otra parte del cerebro no está funcionando adecuadamente.

En los niños autistas se observan tres aspectos del procesamiento sensorial inadecuados:

1. la potencia sensorial no se registra correctamente en el cerebro del niño y por lo tanto no le presta casi atención a la mayoría de las cosas, mientras que en ciertas ocasiones reacciona en forma exagerada.
2. puede no modular bien la potencia sensorial, en especial las sensaciones táctiles y vestibulares y por lo tanto puede tener inseguridad gravitacional o defensa táctil.
3. la parte de su cerebro que provoca el deseo de las cosas, en especial cosas novedosas o diferentes, no funciona con normalidad, y por lo

tanto tiene poco interés o ninguno en realizar actividades constructivas o con alguna finalidad.

Esta parte del cerebro (en el sistema límbico) que decide qué intensidad sensorial ha de registrarse y llamar nuestra atención y que también decide si haremos algo con respecto a dicha información, no funciona adecuadamente en el niño autista y por lo tanto no registra todo lo que registran los demás niños. Cuanto más inadecuado es el funcionamiento de esta parte, menor es la respuesta del niño al tratamiento.

Las potencias auditiva y visual se ignoran y no se registran con mayor frecuencia que otros estímulos. En ocasiones no presta atención a un sonido y en otras reaccionará excesivamente a otro. También parece ignorar su ambiente visual. Contempla a las personas y evita mirarlas cuando lo miran. En general, no presta atención a los objetos, pero en ocasiones su cerebro decide prestar una atención más detallada y prolongada a algún pequeño elemento, como por ejemplo una mancha en el juguete. Su cerebro tiene dificultades para saber qué información visual es importante y cual es irrelevante.

Los niños autistas también tienen dificultad para registrar otras sensaciones. Aparentan no registrar los olores y

tienen un escaso sentido gustativo, generalmente no reaccionan a las caídas o a los tropiezos como si no sintieran dolor. Sin embargo, algunos niños son muy sensibles a las texturas de los objetos pudiendo, cuando son pequeños, resistirse a ingerir alimentos sólidos por desagradarles la textura. Pueden responder negativamente al tacto de otras personas, siendo la presión táctil muy intensa la que produce una respuesta positiva en el niño autista.

El niño autista siente la intensidad de sus músculos y articulaciones mejor de lo que siente los estímulos visuales y auditivos. El tirarle los brazos o las piernas estimula los receptores en las articulaciones y músculos. Con frecuencia los niños ofrecen sus manos y pies a la terapeuta para tal fin. Por lo general, estos niños buscan sensaciones intensas que lastimarían a otros, pero parecen ser las que registran.

Los niños autistas buscan movimientos y estímulos vestibulares estruendosos o los rechazan totalmente. Ninguna de las dos respuestas es normal. Algunos desean una gran cantidad de movimientos, lo cual parece proporcionarles placer. Los movimientos como girar o balancearse no los marean. Esto sugiere que sus cerebros no registran las potencias vestibulares como deberían.

La función de registro del niño autista puede parecer caprichosa a otras personas. Si el cerebro decide registrar la potencia sensorial un día, (por qué no la registra en forma similar otro día?

Con frecuencia, el niño puede tener motivaciones para registrar la potencia sensorial si se lo incentiva. La Terapia de Integración Sensorial intenta proporcionar un incentivo interno y natural para que el niño registre las sensaciones. El placer brindado por la estimulación vestibular durante la terapia ayuda a motivar al niño y también ayuda al cerebro a procesar otras potencias sensoriales, en especial las visuales. Los niños autistas tienden a mirar al terapeuta a los ojos durante o inmediatamente después de una gran cantidad de estimulación vestibular.

El cerebro autista no sólo no registra la potencia sensorial sino que en algunos casos tampoco la modula (en especial las sensaciones vestibulares y táctiles).

Dado que el niño autista es incapaz de registrar varias de las sensaciones de su entorno, no puede integrar dichas sensaciones para formar una percepción clara del espacio y su relación

con el espacio. Le puede llevar mucho tiempo establecer una percepción visual y aún cuando percibe algo puede no serlo en la forma correcta. Así, un niño autista puede rechazar usar un pullover nuevo, ya que no se ha formado una percepción familiar del mismo.

Teniendo en cuenta que el registro de la potencia auditiva es ineficaz, el establecimiento de percepciones lingüísticas es restringido. De la misma forma, sin un registro normal de la información sensorial de la piel, los músculos, las articulaciones y del sistema vestibular, no puede desarrollar una percepción corporal clara.

El aspecto más básico de la conducta humana consiste en la organización de las percepciones y respuestas a las mismas. El individuo que no puede percibir en forma adecuada el ambiente físico que lo rodea, o actuar con eficacia dentro de dicho ambiente, carece del material básico para organizar conductas complejas.

El objetivo de la terapia para los niños autistas consiste en mejorar el procesamiento sensorial, de modo que se registre una mayor cantidad de sensaciones en forma eficaz, que se modulen las mismas y que se aliente a los niños a elaborar respuestas adaptativas simples como un medio de ayudarlos para aprender cómo organizar sus conductas.

En un estudio de 10 niños autistas, Ayres y Tickle (11) en 1980, investigaron el procesamiento sensorial de los estímulos auditivos, visuales, táctiles, vestibulares, propioceptivos, olfatorios y gustativos como predictor de una respuesta a la terapia de Integración Sensorial.

Las respuestas a 14 estímulos sensoriales fueron clasificadas como: hipo-respuesta, normal e hiper-respuesta. después de un año, el grupo fue dividido en los que mejor respondieron a la terapia y los que respondieron pobremente. Los niños con defensa táctil, rechazo a los movimientos, inseguridad gravitacional y los que pudieron orientar su respuesta al estímulo, fueron considerados los que mejor respondieron a la terapia. Ellas concluyeron que aquellos niños autistas que son capaces de registrar el input sensorial pero no de modularlo, se benefician más del efecto organizativo de la terapia que aquellos que dan hipo-respuestas o no pueden orientarse hacia los estímulos.

Diana A. Henry (51) propone la utilización de la hidroterapia como una modalidad de tratamiento de Integración Sensorial, para facilitar el mejoramiento postural y los patrones de movimiento,

coordinación motora, seguridad gravitacional, funciones de atención y alerta y la respuesta adaptativa somatomotora.

Donna Sanders (96) relata su experiencia con dos niños autistas, en la que empleó una combinación de técnicas de Integración Sensorial y de Modificación del comportamiento. Según esta autora, esta combinación permite una mejor respuesta en el tratamiento del autismo.

Nancy Lawton-Shirley (63) postula que la experiencia clínica demuestra la efectividad de aplicar un abordaje integrador utilizando las técnicas de Integración Sensorial conjuntamente con técnicas craneosacrales/miofaciales (por ej. relajación pélvica, respiratoria, mandibular, frontal) que tienen un efecto profundo sobre todos los sistemas del cuerpo (nervioso, músculo-esquelético, respiratorio, circulatorio).

Marjorie K. McClure y Michele Holtz-Yotz (68) ambas terapistas ocupacionales del Instituto Neuropsiquiátrico Allegheny de Pennsylvania, Estados Unidos, remarcan la importancia del uso de férulas para los niños autistas que presentan conductas de autoagresión. Al principio, el objetivo del uso de férulas era para protegerlos de automutilaciones, pero luego observaron que las mismas producían un

efecto en el mejoramiento de su funcionamiento general. Señalan que los niños aceptaban la presión profunda y el estímulo táctil generado por las férulas, como un sustituto de la autoagresión y se calmaban. Aunque los niños no eran capaces de comunicar verbalmente los efectos del uso de las férulas, respondían a las mismas con una reducción de las conductas autoagresivas y un aumento del número de interacciones con los otros. La presión profunda y la estimulación táctil y vestibular tienen un efecto calmante.

Pat Nuse Pratt (86) en su teoría de la "Adaptación Humana a través de la Ocupación", propone que ésta se distingue por la capacidad del niño para influir intencionalmente sobre sí mismo, su cultura y su ambiente. La riqueza de esta función creativa es el producto de dos características biológicas:

1. la habilidad del cerebro humano para formular y simbolizar conceptos,
2. la habilidad de las manos para traducir conceptos en acciones.

La conciencia del niño de estas habilidades, a través de sucesivas y exitosas interacciones con el entorno, promueve el deseo para desarrollar actividades con propósito. Estas actividades son ampliamente definidas como el empleo de los recursos del sujeto

(motores, sensoriales, cognitivos, afectivos, tiempo, intereses,), para alcanzar determinados objetivos en interacción con el ambiente.

El niño, pasa la mayor parte de su tiempo ocupado en cierto tipo de actividades con propósito, que sostienen el desempeño de los roles personales, sociales y ocupacionales elegidos.

Las actividades ocupacionales se distinguen de otra clase de actividades con propósito por dos características:

1. el uso de las manos y herramientas para explorar y manipular el ambiente,
2. la relación directa o indirecta de estas actividades con la cultura.

Las actividades ocupacionales incluyen el desarrollo y aplicación de ocupaciones de:

- Automantenimiento: se refieren a cuidado personal, sueño, descanso, y toda actividad dirigida hacia la preservación de la persona y de la especie y a la preparación para el juego y el trabajo.
- Juego: como anticipadoras y facilitadoras de subsiguientes actividades con propósito. El juego incluye la exploración sensoriomotora,

actividades simbólicas como el arte, el drama y las artesanías y el juego reglado. Las conductas y habilidades que se adquieren a través de la exploración juguetona de uno mismo, la cultura y el ambiente, sirven como puente de aprendizaje hacia la competencia adulta y los logros creativos.

- Trabajo: como proveedoras de la función económica del hombre en su mundo. El trabajo incluye las actividades educativas y prevocacionales de los niños en relación a las vocacionales y al manejo del hogar por parte de los adultos.

El indicador de bienestar para esta autora, se basa en la habilidad madurativa del niño para dirigir y afectar intencionalmente su vida.

En el niño autista, por un lado se observan las dificultades, la imposibilidad que tiene de dirigir y afectar intencionalmente su propia vida y por el otro, el gasto energético que realiza para no afectarla, para permanecer de la misma manera.

Los seres humanos mantienen la salud a través de sostener un balance flexible de las actividades de trabajo, juego-

tiempo libre y automantenimiento, las cuales se desarrollan y modifican durante el ciclo vital.

El niño autista muestra un marcado desequilibrio entre las actividades de trabajo, juego, tiempo libre y automantenimiento.

De acuerdo a esta autora, es importante restablecer lentamente un balance flexible y adecuado entre estas actividades, discriminando los propósitos de cada una, lo que permitirá gradualmente ir dándoles un sentido, así como a sus propias acciones.

El trabajo infantil de aprender, es combinado con la exploración juguetona y sensoriomotora del ambiente. Con el crecimiento del niño, la estructura del aprendizaje se vuelve más formal a través de la escuela, familia, grupos de pares y actividades comunitarias.

En un estado de salud, el individuo es capaz de adaptarse y de alcanzar una vida satisfactoria, así como de funcionar adecuadamente en los roles personales, sociales y ocupacionales elegidos.

El desempeño saludable del sujeto, es influenciado por cuatro factores:

1. La dotación biológica de base del niño, que incluye las funciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano y las capacidades genéticas que le proveen el potencial para desarrollar y aprender una amplia variedad de actividades.
2. Existe una maduración jerárquica de esta dotación, de esta manera el niño crece y se va acomodando a los cambios ambientales asimilando y aprendiendo nuevas experiencias.

Conjuntamente estos dos procesos fisiológicos proveen la base para la organización de las funciones sensoriales, motoras, integrativas y cognitivas que permiten el desarrollo de habilidades adaptativas. La interacción entre el sujeto, la cultura, el espacio físico y otros elementos del entorno, se vuelve cada vez más compleja a través del ciclo vital.

3. Requerimientos temporales, espaciales y culturales: el niño aprende a efectuar un balance satisfactorio entre sus necesidades internas y la adaptación a las influencias externas.
4. Las capacidades humanas que se desarrollan por medio de la interacción entre las fuerzas internas y externas, permiten la organización de las funciones socioemocionales.

A través de toda su vida, el individuo puede encontrar problemas biológicos, psicológicos y sociales que pueden o no, obturar el desempeño de diferentes roles.

La Dra. Mary Sheridan (101) basa su trabajo en la observación de la conducta de niños reales en situaciones reales. Se dedicó, fundamentalmente, a la observación del juego espontáneo en los primeros siete años de vida de niños normales y describió algunas implicaciones para entender las necesidades lúdicas de los niños discapacitados. Cada niño tiene el derecho de ser tratado como un individuo y animado a desarrollarse a su propio paso, sostenido por el amor y la seguridad de su familia y la aceptación del entorno.

Los niños, así como otros animales jóvenes, aprenden las reglas básicas de la conducta de la especie, es decir el estilo especial de vida de los seres humanos a través de la observación e imitación de sus padres, sus pares y otros significantes. La integración del niño en el mundo social se funda en dos impulsos innatos: el establecimiento de relaciones personales con otros seres humanos y el aprendizaje de las habilidades esenciales cotidianas, a través de variadas formas de juego. En el juego, el niño experimenta con las personas y objetos, ensaya las causas y efectos de los eventos, resuelve problemas, desarrolla su vocabulario, aprende a controlar sus reacciones emocionales centradas en sí mismo y adaptar sus conductas a los hábitos culturales de su grupo social. El juego es tan necesario para el desarrollo motor, cognitivo y emocional como el alimento

Sheridan define al juego como el primer compromiso en esfuerzos psicofísicos, que realiza el niño para obtener una satisfacción emocional. Cuatro logros biológicos del Homo Sapiens, marcan su superioridad sobre todos los otros animales:

1. la postura erecta, que facilita la locomoción y permite iniciar, adaptar y mantener una enorme variedad de posturas y movimientos, dejando las manos libres para realizar actividades más precisas.
2. la competencia visual y los dígitos flexibles que confieren la habilidad de construir y usar herramientas.
3. la posesión del lenguaje hablado.
4. la evolución de sociedades culturales complejas, para el beneficio común de los grupos e individuos y para la protección de los niños de la especie, durante su prolongado periodo de dependencia.

El progreso del desarrollo del niño, es conveniente observarlo y definirlo dentro del contexto de estos parámetros biológicos de la siguiente manera:

- **Motor:** compromete las posturas y los movimientos gruesos. Combina la competencia física y la economía de esfuerzos que se precisa para el planeamiento en tiempo y espacio.
- **Visión y movimientos finos:** compromete la competencia para ver (cerca y lejos) y las habilidades manipulativas, la integración de las actividades sensoriales y motoras.

- Competencia para escuchar y usar los códigos comunicacionales.
- Conducta social y juego espontáneo que involucran la competencia en la organización del Yo (autoidentidad, autocuidado y la auto-ocupación) en relación con los estándares culturales y considerando la conducta personal y las demandas sociales.
- Tipos de Juego

El juego comienza espontáneamente, tan pronto el niño se libera de las imposiciones de los reflejos neonatales. Hay un acuerdo general, de que un desarrollo satisfactorio depende del aliento continuo de los adultos y de la provisión de juguetes y juegos adecuados.

Sheridan, clasifica al juego en seis tipos:

1. Activo: incluye la motricidad gruesa: control de la cabeza, el tronco y las piernas para sentarse, gatear, pararse, correr, saltar, trepar, arrojar, agarrar. Está directamente relacionado con la promoción del desarrollo físico y necesita de un espacio libre para moverse, de obstáculos naturales para superar y de un equipo seguro, móvil y fijo.
2. Exploratorio y manipulativo: comienza alrededor de los tres meses con el juego de dedos y presume la posesión de una integración apropiada del funcionamiento sensorial y motor -grueso y fino-. Estos

componentes son esenciales, no sólo para la adquisición de la coordinación ojo-mano, sino también para atender y localizar los sonidos cotidianos, para reconocer la permanencia de los objetos y apreciar las implicaciones de los conceptos de espacio y tiempo.

3. Imitativo: comienza tempranamente con episodios momentáneos, se hace evidente a partir de los siete, nueve meses. Se refiere a la habilidad del niño para controlar su cuerpo, manipular objetos, integrar e interpretar experiencias multisensoriales, comprender el lenguaje simple o los tonos vocales de sus cuidadores. Al principio la imitación es fragmentaria y se inicia cuando la atención del niño es atraída por la actividad a imitar, que usualmente es funcional y repetida varias veces. Más tarde, la repite para su propia satisfacción y diversión o para recibir los aplausos de los otros por sus acciones.

El juego imitativo es necesario -no sólo para que el niño aprenda la forma más rápida y efectiva de desempeñar acciones con sentido por sí mismo- sino para que comprenda gradualmente que los adultos tienen diferentes roles y responsabilidades, ya que él conoce primero el "cómo" y luego el "por qué" ellos realizan las actividades que él imita.

Por lo tanto, el niño necesita de oportunidades continuas para observar "modelos" de vida, usando una variedad de

objetos, domésticos comunes que lo animen a realizar sus propias experiencias de exploración y manipulación. En fases posteriores, el niño puede ser estimulado por medio del uso de juguetes y juegos didácticos.

4. Constructivo: comienza con construcciones simples de bloques alrededor de los dieciocho, veinte meses. Presume la posesión de todas las habilidades sensoriales y motoras, junto con el aumento de las capacidades cognitivas. También requiere de la habilidad para crear bosquejos mentales preliminares y realizarlos en forma práctica.

Este tipo de juego resulta del juego exploratorio y manipulativo temprano, pero implica la capacidad para combinar la imitación temprana con los bosquejos primitivos (formarse una idea de...) y la anticipación con propósito. Esta es la fase donde el rango de juguetes, juegos y equipos educativos que se proveen en los jardines maternos y de infantes es de gran valor.

5. Dramático: (pretender que es...) comienza unos meses antes de los dos años y se va elaborando durante años. Supone la adquisición previa de todos los tipos de juego, en especial el imitativo. El aprendizaje desde la experiencia, de las probables causas y efectos relacionados a las actividades que el niño observa" y copia", le permite ahora inventar deliberadamente situaciones dramáticas complejas con el objetivo de disfrutar y practicar sus habilidades adquiridas. Así, el niño ofrece sus comentarios acerca de las escenas que juega, desarrolla su

conocimiento general y fundamentalmente refina su comunicación social.

Este juego depende de la habilidad del niño para recibir y expresar ideas en algún código de lenguaje. Por lo tanto, se considera su uso espontáneo de marcada importancia para el proceso diagnóstico, tanto en lo que concierne a salud como a educación.

6. Reglado: presupone un alto grado de habilidad en todos los anteriores tipos de juego. Incluye la total comprensión y aceptación de las normas propias de funcionamiento de cada juego. Comienza usualmente hacia los cuatro años, cuando los grupos de pares organizados por un líder establecen sus propias reglas para realizar juegos cooperativos.

Los juegos competitivos están fuertemente sujetos a reglas impuestas desde afuera y a recompensas, por lo tanto deben jugarse estrictamente de acuerdo a las reglas constituidas.

Sheridan, dice que los niños autistas no poseen códigos de comunicación efectiva y se muestran incapaces de construir bosquejos mentales para realizar acciones con propósito, a pesar de que poseen el equipo neuromuscular necesario.

Cualquiera sea la causa de esta patología, es importante proveer a los niños oportunidades de juego espontáneo particularmente -imitativo y manipulativo-, constructivo y más tarde dramático, para facilitar el desarrollo de relaciones interpersonales y el uso con sentido de objetos cotidianos y para animarlos a comunicarse con gestos, vocalizaciones y palabras simples y a representar acciones sencillas.

Mary Reilly (90) en su obra "El juego como aprendizaje exploratorio", manifiesta que los niños pasan la mayor parte de su tiempo jugando. Lo que obtienen de su participación en el juego es un conocimiento experiencial, que pueden utilizar para resolver situaciones de la vida cotidiana. El juego de la niñez parece proveer a los individuos de estrategias para tolerar las experiencias vitales desconocidas del presente y del futuro.

El objetivo de Reilly era formular una explicación teórica que avalara las impresiones clínicas recogidas por ella acerca de que el juego:

- Tiene un efecto organizador de la conducta humana,
- Es una base crítica para la competencia adulta.

Propuso que una de las características más importantes del juego es que da significado a las complejidades de la sociedad. Las fallas en la adaptación ocurren cuando el significado no puede ser obtenido de las interacciones con el medio ambiente.

Reilly hipotetiza acerca de que el aprendizaje fundamental en el hombre, que lo distingue de los otros animales, es el de aprender a simbolizar. Esto es inherente a su capacidad de ser conciente de su experiencia. El hombre es capaz a través de características muy especiales de autoconciencia, de inferir significados. Esta capacidad, le permite a él reflejar la realidad mediante la representación de la misma en símbolos construídos.

En cualquier población, la capacidad de construir símbolos varía cuantitativamente y cualitativamente. Pero es la habilidad general para inferir significados, para simbolizar, la que ubica al hombre en una postura única en la realidad. La singularidad de la conducta del hombre es resultado de su imaginación.

Reilly propone que la imaginación es un sistema cuyo resultado es el significado, mediatizado por el proceso de simbolización. El input al sistema es la información en el contexto cultural, en el cual los individuos viven.

El sistema de la imaginación se apoya en la Teoría General de los Sistemas, en la Teoría de la Información y en la Gramática universal. La Teoría General de los Sistemas presta atención a la complejidad del fenómeno y a las relaciones que se producen entre sus elementos. La Teoría de la Información explica los aspectos del procesamiento como selección, cotejamiento, almacenamiento. Las formas y procesos de la gramática, explican cómo el aprendizaje del hombre es específico y no general.

El camino expresivo en que los símbolos nombran, describen y hablan por la realidad, determina las condiciones para explicar a la imaginación como un dominio del lenguaje y propone que el aprendizaje para construir y usar imágenes de la realidad, es aprender el lenguaje de la misma.

Las complejas interacciones del sistema de la imaginación, son definidas como las acciones de convertir la información en significado a través del proceso de aprendizaje, siguiendo las rúbricas de la construcción del lenguaje.

La información dentro del sistema de la imaginación es convertida en significado a través de tres subsistemas,

cada uno de los cuales tiene una clase específica de símbolos que expresan una forma diferente de lenguaje.

Los tres subsistemas son:

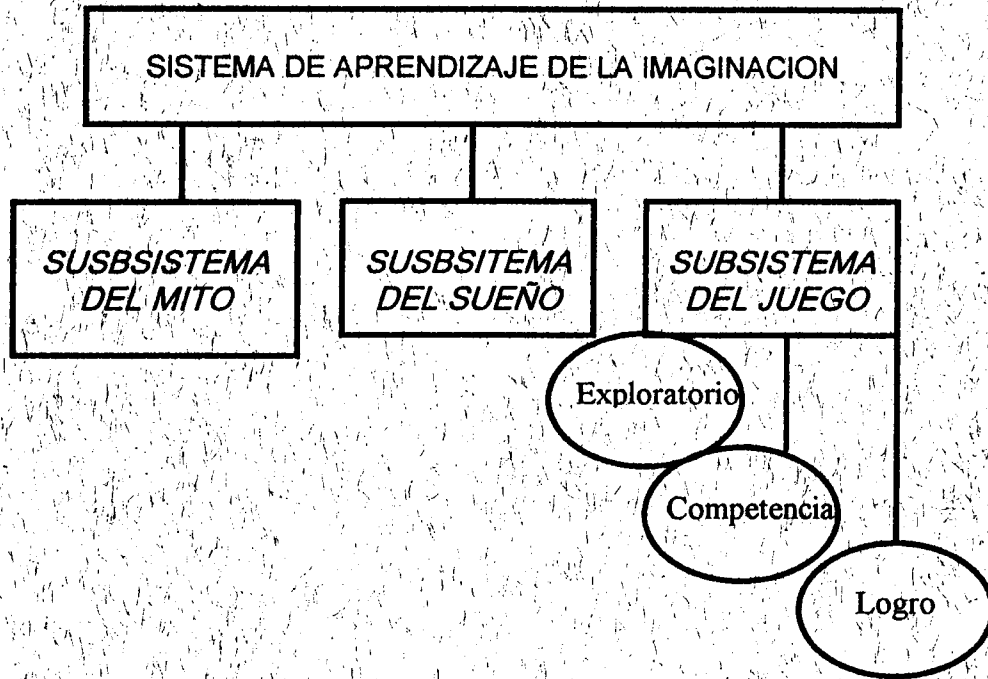
- El del mito, que utiliza palabras como símbolos. Las estructuras simbólicas de este subsistema son conceptualizaciones que varían de procesos simples que involucran nombres y oraciones hasta las más complejas metáforas y mitos.
- El del sueño, que usa la imaginación visual. Esta dimensión interna tiene dos aspectos: sueños nocturnos y diurnos. El resultado de este subsistema es la organización de los sentimientos para las interacciones sociales.
- El del juego, que emplea reglas de acción. Este subsistema trata con problemas de la realidad y busca conocer las reglas acerca de cómo son las cosas, las personas y los eventos y qué se puede hacer con ellos.

Las organizaciones complejas de reglas aprendidas a través de la experiencia forman las configuraciones de las

habilidades, sobre las cuales se fundan la competencia del hombre y la tecnología de su sociedad.

Cada subsistema constituye un dominio específico de la representación de la realidad y sus múltiples interacciones producen los símbolos que expresan o hablan por la realidad. Ninguna clase de símbolos actúa sola. La simbolización es una activa trilogía de palabras, sueños y reglas operando continuamente a través de la imaginación. El peligro de entender a un solo subsistema como un todo, se basa en que hay una tendencia a considerar el dominio de la palabra como un sistema total y que éste puede dar cuenta por los otros, ya que es el más profundizado, mientras que el de las reglas es el menos estudiado o conceptualizado.

El subsistema de la imaginación más relevante para entender el juego es la dimensión de la construcción de reglas. La conducta de juego, está energizada por el impulso exploratorio de la curiosidad. El estado de curiosidad tiene tres etapas jerárquicas que son: exploratoria, de competencia y de logro. Reilly hipotetiza que estas etapas progresivas expresan un alto nivel de excitación y requieren una necesidad correspondiente de mayor control.



- **Conducta exploratoria**

Ocurre tempranamente en la infancia, o cuando un evento es nuevo o diferente y se caracteriza por la exploración. Esta clase de conducta se basa en el concepto de Bühler de "placer funcional", el niño se involucra en el juego por sí mismo, por una motivación intrínseca. La tensión o ansiedad excesiva son los enemigos del juego exploratorio. La conducta exploratoria es el producto de una capacidad autónoma de estar interesado en el entorno y tiene un gran valor para la supervivencia de la especie. Focaliza sobre la experiencia

sensorial y tradicionalmente está asociada con el juego libre de la primera infancia y las experiencias estéticas del arte, la música y la danza. Las actividades realizadas por los niños por sí mismos generan en ellos un sentimiento de esperanza y confianza. Cuando el entorno no es seguro y por lo tanto no pueden sentir confianza, las reglas aprendidas no pueden emerger.

- **Conducta de Competencia**

La segunda y más compleja etapa está dominada por el impulso de eficiencia o competencia, identificado por White (1959). Está caracterizada por un impulso de negociación con el ambiente, de influenciar en él activamente y ser influenciado por él a través de mecanismos de feedback. Este es el tiempo donde la necesidad de excitación y novedad es experimentada y la actitud predominante es "quiero hacer esto solo y a mi manera". El jugador es persistente y se concentra en la actividad. La práctica es la forma en que la tarea es dominada y es absolutamente esencial para el aprendizaje en este período.

La acción en esta etapa se caracteriza por la interrupción del objetivo o meta final; con la repetición de secuencias fraccionadas y el reordenamiento de las mismas. De esta manera, la

repetición del juego (práctica), capacita al niño a construir habilidades por sí mismo en relación a los estándares normales.

La actitud de "quiero hacer esto solo" en el curso de la práctica, transforma en autoconfianza el sentimiento de esperanza y confianza en el entorno.

- Conducta de Logro

La tercera etapa se refiere al aprendizaje adquirido en las dos etapas previas. El logro está ligado a las expectativas, particularmente de los estándares de ganar o perder. Teniendo en cuenta las visibles expectativas de esta fase, hay alguna evidencia para sugerir que el juego se transformó de intrínseco a extrínseco. La conducta de logro ha sido definida por McClelland (1953) como competición con un estándar de excelencia. Esta categoría especial, de relación entre la persona y su ambiente, involucra un tema de logro focalizado en el desempeño y la ejecución. En esta etapa, los estándares o normas de excelencia no están regidas por el sentimiento interno del jugador (como en la de competencia), sino a clasificaciones públicas con diferentes alternativas como ganar, perder, bueno, malo, pasar, caer. Tiene como característica el correr riesgos, así la confianza en sí mismo generada en las etapas anteriores, debe necesariamente ser

transformada en un estado de coraje. Es una etapa del desarrollo en la cual las habilidades ya presentes están sujetas a ser reorganizadas de acuerdo al interés del logro.

El "Modelo de Juego" de Reilly, se basa en el supuesto de que el juego es un fenómeno multidimensional, el cual explica cómo el hombre adquiere el comportamiento del mismo y con qué fin es utilizado.

Entiende al juego como un fenómeno biosocial, ya que es un comportamiento viviente que crece en complejidad a través del tiempo y se adquiere en la interacción con el entorno.

Desde este modelo se conceptualiza al niño autista a partir de una alarmante y dramática imagen de privación sensorial, presentando déficits personales masivos, trastornos de la conducta motora y perceptiva así como ausencia o patología del lenguaje, con reacciones emocionales superficiales e inadecuadas, incapacidad de distinguir entre sí mismo y el mundo, deterioro del desarrollo de la personalidad normal y con su capacidad para establecer relaciones interpersonales severamente defectuosa.

El niño autista muestra conductas bizarras - autoestimulación, repetición, autoagresión- que pueden incluir aleteo, caminar en puntas de pie y golpearse la cabeza. Vive en un mundo sin tiempo, donde la fusión de las experiencias pasadas y presentes se aproximan a un estado de sueño. Puede permanecer en la ducha por una hora o más si no es alentado a salir.

Es difícil determinar si el niño no sabe cómo jugar, le falta la oportunidad de hacerlo, o ambas.

Cuando un niño pasa horas haciendo rocking sus patrones sensoriales, perceptivos y cognitivos están afectados y su desarrollo se encuentra bloqueado.

La repetición no los conduce al aprendizaje y las acciones al azar no resultan en la comprensión de causa-efecto.

La acción de jugar que espontáneamente conduce a los niños al aprendizaje y a la competencia, simplemente no emerge en el niño autista. Las habilidades que son el resultado final de las diferentes etapas son bizarras y los patrones conductuales que aparecen son caóticos. Las primeras distorsiones se observan en lo sensorial. Las investigaciones indican que se focalizan en el nivel

perceptual. El conocimiento acerca de las dificultades que presentan en las áreas sensorial, perceptual y cognitiva, hace que éste sea el corazón de la intervención terapéutica. El juego es un integrador natural de estos niveles cruciales de la conducta y por lo tanto es fundamental su investigación.

Laurette Olson (En Kramer, P. & Hinojosa, J. 1993, [79]) propone un esquema de referencia psicosocial para la atención de los niños derivados a terapia ocupacional para su evaluación psiquiátrica, debido a que su conducta interfiere con su habilidad para funcionar en sus actividades y roles normales y la misma puede ser disruptiva o perturbante en su casa, la escuela o la comunidad.

Este enfoque considera el temperamento innato, las relaciones de ligadura, la interacción con sus pares, el juego, la habilidad para poder con...y la interacción con el ambiente.

El área de disfunción psicosocial es muy compleja y este esquema es muy acotado para entender y atender a los niños.

- **Temperamento innato**

El temperamento es el estilo heredado con el que una persona aborda y responde al ambiente. Patrones específicos de conducta son observados desde los primeros días de vida.

Los componentes del temperamento incluyen: nivel de actividad, regularidad de las funciones biológicas, tendencias frente a nuevas situaciones, adaptabilidad al cambio, umbral sensorial, calidad e intensidad del modo sensorial, distractibilidad, atención. El temperamento tiene un efecto poderoso sobre las interacciones del sujeto con el ambiente humano y no humano.

Es importante señalar, que aunque el temperamento sea biológicamente determinado y afecte especialmente las primeras relaciones sociales del niño, puede ser modificado por la influencia del ambiente. La estructura del entorno y el estilo de los padres en relación al temperamento del niño son cruciales para su desarrollo.

- **Ligadura**

Una relación estable y segura con los padres o sustitutos es esencial para la constitución del niño. Ellos, son responsables del soporte afectivo y de mantener un ambiente donde el niño pueda satisfacer sus necesidades sin peligro. Esta relación especial

entre el niño y los padres la llama "ligadura". Es un lazo emocional, de tolerancia, de discriminación que se desarrolla en el tiempo. Es una relación flexible que promueve el desarrollo del niño. A medida que él crece y se vuelve más autónomo y competente, va abandonando este tipo de cuidados de diferentes maneras. Los padres tienen que ir adaptando sus formas de soporte a las necesidades del niño.

Esta relación de ligadura se construye a través de la interacción recíproca entre el niño y sus padres. El niño intenta atraer a sus padres, emite señales para hacerles conocer que necesita estimulación, quiere jugar o está experimentando disgusto o dolor. El niño puede tener hambre, frío, calor o dolor. La provisión de cuidados incluye todas las respuestas discriminadas a los diferentes pedidos del mismo. Este proceso se basa en la comprensión de las señales claves -no verbales y verbales- que el niño emite.

La seguridad de una relación de este tipo también concierne al terapeuta ocupacional, ya que tiene que ser muy confiable para que el niño sepa qué esperar. Es fundamental que el niño pueda anticipar confort, protección y sostén. El grado de entusiasmo, de deseo, de resistencia y de habilidad del niño para involucrarse en tareas desafiantes y para competir entre pares, está directamente relacionada con la historia de una relación de ligadura segura.

La calidad de las relaciones tempranas de ligadura tiene efectos poderosos sobre la habilidad del niño para establecer y mantener relaciones no sólo con sus padres o cuidadores sino con sus pares y adultos.

Los niños que pueden involucrarse en relaciones de ligadura seguras, perciben a sus padres como proveedores de cuidados responsables y rápidamente alcanzables. En este contexto, confían en que pueden recibir confort, protección y aliento cuando lo necesitan. Estos niños pueden comprometerse en el juego, buscar proveedores de confort en el afuera, demostrar una conducta entusiasta, persistente y cooperativa durante el juego y las actividades de la vida diaria, resolver situaciones nuevas y cuando se frustran, recurrir a la ayuda de los adultos.

Los niños que no pudieron o no les fue dado involucrarse en esta relación no se sienten seguros, no confían en la protección que reciben de sus padres o cuidadores. Esta inseguridad puede prevenirlos de involucrarse en actividades, porque nunca están seguros de encontrar ciertas garantías básicas en ellas. Estos niños se frustran fácilmente ante los desafíos y por lo tanto no los enfrentan.

- **Interacción con sus pares**

La habilidad para hacer contacto visual y para iniciar y responder a las proposiciones es reforzada por el resultado placentero y de confort obtenido en la relaciones hijos-padres.

El niño se interesa naturalmente en los otros, especialmente en otros niños y anticipa la misma atención y placer en el juego que experimentó con sus padres. Pronto aprende que los otros niños tienen sus propios deseos y que se adaptan menos que los jugadores adultos. El jugar en grupo implica negociar sus deseos. Cada niño tiene la oportunidad de dar su punto de vista. El resultado puede ser realizar un juego solitario antes que alguna forma de negociación tenga lugar y luego jugar en forma paralela, para posteriormente ir aprendiendo a tomar turnos, cooperar en la organización del juego, compartir los objetos, discriminar que algunos niños tienen los mismos deseos, interés y habilidades que él en ciertas actividades y desarrollar la amistad.

La interacción grupal provee un camino efectivo para promover cambios en niños con disfunción psicosocial.

Las actividades grupales ofrecen un espacio en el cual los niños se sienten seguros, más abiertos para expresar sus sentimientos tanto en forma verbal como no verbal. Con la mediación del terapeuta, los niños comienzan a identificar los sentimientos que están expresando y aprenden diferentes maneras de manejarlos.

El objetivo de la actividad grupal es facilitar a los niños el establecimiento de relaciones cálidas y de sostén en un ambiente seguro. Durante el proceso de la actividad grupal, esta es interrumpida cuando ocurre una situación de agresión y se clarifica con el grupo. Esto ayuda al niño a tener un mayor entendimiento de su conducta y también reduce su ansiedad de "salirse de control".

Como resultado de una positiva participación grupal, durante un determinado periodo de tiempo, los niños tienen la oportunidad de sentirse más seguros, relacionados, confiados, y con mayores habilidades sociales para interactuar con los otros.

- **Juego**

Es una actividad por sí misma. Existe por el placer intrínseco del momento e incluye la exploración y recombinação de sonidos, movimientos, objetos y conceptos (como en las historias), todo por el regocijo en la misma actividad.

Un niño sano está motivado para jugar. Sin esfuerzos concientes, este proceso promueve el desarrollo de habilidades sensoriomotoras, cognitivas, psicológicas y sociales. El juego ayuda al niño a manejar las tensiones cotidianas y a interactuar adecuadamente con la familia y los pares.

- **Tipos de Juego**

Durante los dos primeros años de vida, el niño se involucra en el juego sensoriomotor. Se vuelve conciente de su cuerpo y adquiere un entendimiento de sus habilidades sensoriomotoras. Pasa largas horas moviendo su cuerpo y piernas, experimentando diferentes sensaciones.

Primero desarrolla la habilidad para mover el tronco y sus piernas y después el cuerpo entero a través del espacio. Este

proceso lo hace conciente de cómo sentir, gustar, mirar y mover las partes de su cuerpo y espontáneamente integra este conocimiento para coordinar la locomoción y la interacción con las personas y los objetos. Las reacciones y respuestas de las personas y objetos son incorporadas en la base -siempre en expansión- del conocimiento del mundo físico, influyendo así en el desarrollo de las habilidades sensorio-perceptivas y motoras. A través del juego imaginario y con el incremento de sus habilidades físicas, el niño expande su juego en caminos que le permiten un mejor entendimiento del mundo socializado que lo rodea. El niño usa objetos para imitar las acciones de los adultos, por medio de la representación.

El juego imaginario crece en complejidad y es usado para obtener una mayor comprensión de los roles sociales. Las interacciones sociales son reactuadas y las experiencias reales modificadas para crear un mundo imaginario que puede ser controlado. El niño pretende que es otra persona, un animal u objeto y reacciona a eventos confusos o complejos, en los que tiene la posibilidad de cambiar la historia.

Durante este proceso las personas, los sucesos importantes y las reglas de su mundo son mejor comprendidos; se reducen la ansiedad y la tensión y las experiencias negativas pueden ser resueltas

gradualmente, el control interno del niño sobre su conducta crece como resultado de este proceso. Como ejemplo de esto, un niño que imita escenas en las que el bebé se porta mal y la mamá lo reta. El tomar el rol de la mamá lo ayuda a identificarse con su madre real y le permite comprender los antecedentes del castigo y del proceso de reconciliación.

A través del juego constructivo (construir y crear cosas), el niño naturalmente se involucra con el desarrollo de las habilidades motoras finas y cognitivas, así como con su habilidad y seguridad para manejar los desafíos. Como el niño juega con materiales para construir tales como bloques, ladrillos y cubos entre otros y los recombina de distintas formas, descubre nuevos usos para el material. Este proceso creativo ocurre espontáneamente durante el juego, no como un plan preconcebido. El niño juega relajado y examina todas las posibilidades. Generalmente expresa sorpresa y placer con sus creaciones. Las habilidades para resolver problemas se van desarrollando a medida que crece el sentimiento de dominio y autoeficacia.

Mediante el juego reglado, el niño desarrolla un control interno y la comprensión de las reglas de juego. Esto ocurre durante el proceso de definición, es decir, al decidir qué reglas son importantes para mantener su interés, tolerar la frustración, negociar los deseos competitivos de todos los jugadores.

Durante el juego, los niños más pequeños cambian las reglas frecuente y azarosamente en relación al dominio que poseen de las habilidades físicas y cognitivas requeridas para el mismo.

En la medida que continúan aprendiendo, comienzan a valorar las reglas básicas de la interacción social recíproca, tales como esperar su turno.

En la edad escolar, las reglas se vuelven muy importantes ya que agregan significado, organización y desafío. Las reglas proveen un camino para que todos los participantes subordinen sus deseos personales en interés del grupo. El niño que rompe las reglas consensuadas, es fuertemente censurado por sus pares. Esto, tiene un poderoso impacto sobre la socialización, porque hay un fuerte deseo natural de ser aceptado por los pares. El niño, en general, adhiere a las reglas de juego y se mantiene leal al grupo de pertenencia.

A través el establecimiento de una alianza grupal positiva, el niño aprende a funcionar como un miembro de la comunidad.

El juego es esencial para el desarrollo de conductas y habilidades adaptativas. Mediante el mismo, y sin ser conciente de esto, el niño desarrolla las habilidades básicas para participar satisfactoriamente en las actividades. Desarrolla habilidades físicas, aprende a manejar la ansiedad y la frustración y a autocontrolarse, comprende las reglas sociales, resuelve problemas, aprende a medir los riesgos y a tomar decisiones apropiadas.

- **Habilidad para poder con...**

Se refiere a cómo el niño se maneja frente a situaciones nuevas y dificultosas, las diferentes alternativas que utiliza para resolverlas y cómo valora el éxito en cuanto a la adquisición de competencia y dominio.

El niño desarrolla esta habilidad, basado en las habilidades de sus cuidadores para facilitarle métodos de poder con..., compatibles con su temperamento personal. Inicialmente el niño desarrolla esta habilidad, enviando señales acerca de su estado emocional a sus padres o cuidadores, tanto en forma no verbal como verbal. Los padres interpretan estas señales e intentan manipular el ambiente para promover la adaptación del niño.

En la medida que el niño se va desarrollando, va tomando mayor responsabilidad para regular su propia conducta a través de la comprensión de estas señales, usándolas para interpretar su situación interna y externa y entonces inicia una acción o interacción apropiada. En respuesta a la estimulación de una nueva situación, su poder de recuperación que le permite al niño retornar rápidamente a un estado de equilibrio. Esto significa que el niño es emocionalmente calmo y capaz de focalizar su atención en el juego o en otra actividad.

El niño que ha desarrollado la habilidad para poder con..., se encuentra involucrado con su entorno, así como con el juego y con las actividades que le son requeridas.

La interacción con el ambiente es fundamental para la provisión de seguridad, soporte y facilidades para el desarrollo de las habilidades funcionales. Los tres ambientes primarios del niño son la casa, la escuela y la comunidad.

Los terapeutas deben considerar el entorno del niño para determinar qué situaciones son favorables y cuales no, en relación al funcionamiento del mismo.

De acuerdo a esta autora el concepto de función/disfunción provee a los terapeutas de una descripción de conductas observables que son clínicamente relevantes y que identifican funciones o disfunciones en los niños.

Por lo tanto, en relación a este esquema de referencia, podría decir que el niño autista presenta las siguientes disfunciones:

- ◆ Inhabilidad para responder apropiadamente al entorno.
- ◆ Inhabilidad para establecer relaciones de ligadura con sus padres o sustitutos.
- ◆ Inhabilidad para interaccionar exitosamente con sus pares.
- ◆ Inhabilidad para involucrarse satisfactoriamente en el juego individual y grupal
- ◆ Inhabilidad para adaptarse a diferentes situaciones.

Deaver fue el que acuñó" el término de "Activities of Daily Living" (Actividades de la Vida Diaria) y junto con Brown publicó una escala de 37 items, en la que posteriormente se basaron diferentes terapeutas ocupacionales.(36, En Reed, K. 1991)

Los autores definieron a las actividades de la vida diaria de la siguiente forma:

- ◆ Son una medida de las habilidades funcionales con las que una persona se desempeña en su vida cotidiana,
- ◆ Son el prerrequisito necesario para ingresar al mundo del trabajo,
- ◆ Representan una colección de conductas sociables aceptadas y rechazadas,
- ◆ Son un conjunto de estándares de desempeño que muestran los parámetros de una desviación aceptable de las normas sociales,
- ◆ Afectan directamente los roles que un individuo puede desempeñar,
- ◆ Pueden afectar el concepto de sí mismo y el sentimiento de autovaloración,
- ◆ Son influenciadas por los factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales,
- ◆ Su desempeño representa una integración de las habilidades motoras, sensoriales, cognitivas, intra e interpersonales.

Estas actividades incluyen:

- a) las demandas físicas de la vida cotidiana, tales como locomoción, actividades de cuidado personal.
- b) el entrenamiento funcional que se refiere al reacondicionamiento físico, a través de un programa de actividades para que la persona sea capaz de manejar su cuerpo en la forma más eficiente y pueda alcanzar la mayor autonomía posible.
- c) el desempeño de las actividades de la vida diaria, en coherencia con el contexto sociocultural al que pertenece el individuo.
- d) las barreras arquitectónicas que son las restricciones físicas al movimiento de la persona en el ambiente.

- Evaluación

- 1) Objetivos

- a) Determinar el nivel actual de funcionamiento independiente y dependiente.
- b) Determinar en qué actividades la persona necesita mayor entrenamiento y oportunidad de practicarlas.
- c) Determinar los cambios en el funcionamiento a través de repetidas evaluaciones.

- d) Determinar en qué actividades necesita ayudas técnicas.
- e) Determinar la velocidad, frecuencia y eficiencia con las que la persona desempeña las actividades.

2) Procedimientos

El procedimiento más común es un protocolo, en el cual se registran las habilidades de la persona. Los protocolos se usan con tres propósitos: El primero es evaluar y registrar el nivel actual de autonomía y dependencia en un contexto institucional. El segundo, es evaluar el nivel de desempeño en el contexto familiar. De acuerdo al tipo de desempeño, se pueden sugerir ciertas recomendaciones para realizar diferentes cambios y para usar distintas adaptaciones, así como adaptar algunas actividades para ofrecer mayor seguridad. El tercero, es identificar si la persona va a necesitar cuidados especiales. Tomando en consideración el número de actividades que es incapaz de desempeñar, habrá que decidir si necesita un ambiente protector o si los recursos comunitarios pueden sustituir lo que el individuo no puede realizar. El uso de protocolos tiende a variar de acuerdo a la población que se va a evaluar, al tipo de enfermedad, a la edad, al lugar. Por lo tanto, existe una gran variedad de protocolos, siendo los items más comunes :

a) Automantenimiento

1-Vestirse y desvestirse

2-Alimentación

3-Higiene personal

4-Uso del inodoro

5-Transferencia

6-Movilidad

b) Automantenimiento Instrumental

1-Escribir su nombre o una necesidad.

2-Comprar alimentos.

3-Planificar, preparar y servir la comida.

4-Limpiar la casa.

5-Usar el teléfono.

6-Usar transporte público.

7-Manejar dinero.

8-LLevar una conversación básica.

Otros ítems incluyen: postura, uso de silla de ruedas; manejo del tiempo, uso de prótesis, prender y apagar la luz, el televisor, la radio; abrir y cerrar puertas, entender signos viales o de protección.

3) Puntuación

No existe un criterio uniforme acerca de este tema. Deaver y Brown puntuaban el desempeño de la siguiente manera:

- 0.- Incapaz de desempeñar la actividad.
- 1.- Desempeño parcial.
- 2.- Capaz de desempeñarlas con lentitud e inseguridad.
- 3.- Capaz de desempeñarlas normalmente

Otros autores puntúan tiempo y desempeño, mientras que otros refuerzan la velocidad y seguridad en el desempeño en vez del tiempo.

Potvin, creó un test que puntuaba exclusivamente el tiempo, mientras que Casanova y Ferter evaluaron sólo el desempeño.

Deaver y Brown, recalcan que la vida cotidiana como la laboral imponen fuertes demandas en todas las áreas (sensoriomotora, cognitiva, psicológica y sociocultural). Para la persona que padece de alguna discapacidad, estas demandas pueden estar más allá de sus posibilidades y amenazar seriamente su autonomía. Ellos

señalan que fundamentalmente el objetivo del Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria es el de promover la autoconfianza.

Todos estos aportes de terapeutas ocupacionales propuestos como explicaciones, modelos o esquemas de referencia no pretenden dar una única respuesta, sino que intentan mostrar diferentes organizadores del pensamiento y de la praxis en el campo de la Terapia Ocupacional.

Estos autores coinciden en varios puntos:

- ◆ Que el uso de símbolos es específico del ser humano.
- ◆ Que es fundamental para el niño constituir relaciones tempranas, estables y seguras con sus padres o cuidadores, que le permitan interactuar con los otros.
- ◆ Que por intermedio del juego y de las actividades de la vida diaria, el niño inicia el camino de su propio conocimiento corporal, del de los otros, del espacio que lo circunda y de las reglas de su cultura.
- ◆ Que a través de la interacción con el entorno y de las actividades, tareas y ocupaciones que desempeñan, los seres humanos crecen y desarrollan aquellas habilidades que los capacitan para ser miembros competentes de la sociedad y alcanzar un sentido humano y social digno.

RESULTADOS

Los datos obtenidos del protocolo N° 1 "Primera entrevista de terapia ocupacional", muestran que 40 de las familias asistidas pertenecían a un estamento sociocultural bajo, viviendo en puntos lejanos del hospital y con serios problemas laborales. Las 10 restantes eran de clase media, con trabajo estable, vivían en Capital Federal y tenían mayor acceso a la información. De las 40 familias, 7 practicaban activamente la religión evangelista y 5 eran umbandistas.

Un dato muy significativo es que de los 50 niños 24 presentaron algún tipo de problema físico antes del año tales como:

- ⇒ Colocación de férulas en las piernas por falta de tono muscular. (N=3)
- ⇒ Hipoacusia. (N=3)
- ⇒ Episodios diarreicos importantes con internación. (N=3)
- ⇒ Estrabismo convergente. (N=2)
- ⇒ Luxación congénita de cadera, uso de aparatos. (N=2)
- ⇒ Internación de dos meses por tos convulsa. (N=1)
- ⇒ Bronquitis espasmódica. (N=1)
- ⇒ La mamá lo encontró tirado con sangre en la boca, pero no sabe lo que le pasó por que estaba solo, ese fue su problema nadie lo cuidaba. (N=2)

- ⇒ Sufrimiento fetal, no movía la mano izquierda. (N=1)
- ⇒ Moretones al nacer en la cara, fue a incubadora por ictericia. (N=1)
- ⇒ Incubadora por no regular la temperatura. (N=1)
- ⇒ Nació morado, hubo que hacerle reanimación. (N=1)
- ⇒ Convulsiones (4 meses). E.E.G.: componentes agudos y ondas lentas bitemporales sin foco, T.C.: normal. (N=1)
- ⇒ Cianótico, cataratas congénita, operado a los cuatro años. (N=1)
- ⇒ Operación de hernia. Se atragantaba y asfixiaba con la comida, había que sacársela de la boca. (N=1)

Es importante destacar que la mayoría de los niños de la muestra (N=46), tenían electroencefalogramas y tomografías computadas dentro de los límites normales, con las siguientes excepciones:

- ⇒ Niño que presentaba en la T.A.C. una leve atrofia cortical difusa y con un screening neurometabólico que no revelaba anomalías.
- ⇒ Niño que a los 9 meses diagnosticaron disritmia luego de realizado el E.E.G., más tarde T.C. normal.
- ⇒ Niño con E.E.G. que muestra trazado con ondas lentas delta, más tarde se repite y da dentro de los límites normales y T.C. normal

⇒ Niña que presenta E.E.G. con componentes agudos y ondas lentas bitemporales sin foco. T.C. normal.

De los cincuenta niños, sólo 5 hablaban, decían palabras sueltas sin sentido comunicativo, se comunicaban a través de llevar a los familiares de la mano hacia lo que deseaban, con gritos o berrinches si no lo obtenían.

- Con respecto a la pregunta cual es la principal dificultad, hubo una total coincidencia en las respuestas de los padres, entre ellas las más destacadas son: No se comunica, no habla, no juega, hace berrinches, camina y mueve las manos en forma extraña, se golpea la cabeza contra la pared, se mira las manos, tira cosas, se golpea la cara, no se relaciona con sus pares, agresividad, no comprende órdenes, es totalmente dependiente, no hace nada por sí sola, es muy inquieto, es inexpresivo, ya de bebé era así, el pediatra decía que había que esperar, no sabe hacer nada, no se conecta con los objetos, no tolera el contacto corporal, se autoagrede, golpea la cabeza con sus manos, nunca reclamó la presencia de su mamá, se mueve mucho, no siente dolor, se cae y no se queja, grita, camina en puntas de pie, se mete todo en la boca, es dependiente, es un chico eléctrico, no controla esfínteres, tiene berrinches, no le interesa nada, todo el tiempo da vueltas, se muerde la mano, hace balanceos, no reconoce a sus padres, cuando ve algo que gira se contrae todo, contrae en garra los

dedos, chupa trapos, no hace nada, emite sonidos, no responde, parece no escuchar, golpea la pared y bancos y grita, aislamiento, se pone abajo de la mesa a comer papel, no usa la mano en forma normal, parece un mono, agarra las cosas con la mano en garra, tiene problemas para comer alimentos sólidos.

- En relación a la pregunta que cosas dejan de hacer por esa dificultad, también se observa una significativa concordancia en las respuestas que dan los padres, entre ellas: no tenemos tiempo para nosotros como pareja, no podemos salir a ningún lado porque le saca la comida a las otras personas, hacer vida de pareja, de familia, de relaciones, no salimos, atendemos menos a nuestra hija menor, todo, vivir, dedicarme a mi profesión, atender mi salud, descansar, no podemos dejarlo con otros, visitar a la familia, nos ocupamos exclusivamente de él, vivimos para él, no vemos a los amigos, ocuparnos de nosotros, todo menos trabajar, no tenemos vida propia, vivir para él, no podemos ir a ningún lado, nos da vergüenza que lo miren, ocuparme de una hija que me la tienen en Santiago, en general salvo atenderlo a él no hacemos grandes cosas.
- Se observan marcadas similitudes en las respuestas a Soluciones intentadas hasta ahora y Resultados obtenidos como por ejemplo Pediatra, Neurólogo, E.E.G. normal, T.C. normal, Psiquiatra, Psicólogo, Psicopedagoga, Fonoaudiólogo, Traumatólogo, Kinesiólogo,

Audiometría, Jardín Terapéutico, Granja, Instituto Psicopedagógico, caminamos por los Hospitales que nos recomendaban, psicólogos privados, espiritistas y curanderos. Los resultados obtenidos todos los clasificaron como insatisfactorios.

- Respecto de la pregunta Que tipo de juguetes, juegos u otros elementos usan a 25 niños les gustaba jugar con agua, a 8 con tierra a 7 les atrae el fuego y 10 no demostraron interés por ninguno de estos elementos. Los juegos y juguetes más utilizados de acuerdo al relato de los padres son: retorcer alambre, cable, chupete, morder autitos, no usar juguetes, todo lo que tiene lo tira, muñecas y autitos, tocar todo sin tomar objeto alguno, bebote, muñequitos, triciclo, pelota, llaves, plantas, papeles tornillos, no le interesan los juguetes, todos los objetos que encuentra se los mete en la boca aunque no sepa para que son, no le importan, ni los mira, los tira, escobillones, escobas, no le interesan, trapos, cualquiera que pueda hacer girar, maderitas, balde de lavar, papel de diario, botellitas, latitas, ninguno, animales.
- Con respecto a las Actividades recreativas, que realizan, todos coincidieron en que no hacen ninguna.
- En relación a la Autonomía en las actividades de la vida cotidiana. Los cincuenta niños eran totalmente dependientes de su familia en Vestido, Higiene y cuando se los alimentaba se les daban mamederas, papillas y los niños comían con las manos.

- En relación a las expectativas de tratamiento, también hubo marcadas coincidencias las más nombradas fueron :

- ⇒ Que se interese por los juguetes y juegue en grupo.
- ⇒ Que aprenda a comer a vestirse y a desvestirse solo, que juegue con los chicos, que haga tareas.
- ⇒ Que aprenda a realizar actividades.
- ⇒ Que sea independiente y se pueda manejar solo cuando sea grande.
- ⇒ Que se deje tocar.
- ⇒ Que se quede quieto.
- ⇒ Que pueda jugar con algo.
- ⇒ Que aprenda a realizar trabajos.
- ⇒ Que se integre con los chicos.
- ⇒ Que se siente.
- ⇒ Que pueda ir al baño, que haga actividades.
- ⇒ Que deje los trapos, que juegue.
- ⇒ Que le interesen los juguetes.
- ⇒ Que haga algo, que acepte órdenes.

- Respecto a que cambios le indicarían que está mejor, las respuestas se agrupan en :

- ⇒ Que se conecte con los demás, que pueda jugar, que no se tire del pelo.
- ⇒ Que se deje de lastimar y juegue, que se vista y coma solo. Que vaya solo al baño.
- ⇒ Que se desvista y vista.
- ⇒ Que coma solo.
- ⇒ Que se integre con otros chicos.
- ⇒ Que no tire cosas, que haga cosas, que corte la carne, que use bien la cuchara y el tenedor, que se vista sola, que se bañe sola, que aprenda a usar el triciclo.
- ⇒ Que se valga por sí misma, que juegue con otros chicos
- ⇒ Que se controle, que no sea tan impetuoso con sus movimientos, que se integre con los chicos.
- ⇒ Que coma bien, que se vista solo, que se integre con los chicos.
- ⇒ Que haga alguna actividad, que pueda salir con él.
- ⇒ Que coma y se vista solo, que haga cosas.
- ⇒ Que aprenda actividades para que cuando sea grande pueda hacer algún trabajo simple.
- ⇒ Que se interese por alguna actividad.

⇒ Que sea independiente.

- Respecto del protocolo N° 2 "Organización de las actividades cotidianas" se observa en todas las familias asistidas una indiscriminación de roles y funciones, no se puede definir quién es y que hace cada uno. También en relación al protocolo N° 3 "Dibuje su casa" se observan dibujos marcadamente infantiles o muy detallistas y perfeccionistas. Muestran límites rígidos y cerrados. No hay puertas a espacios que comuniquen a los distintos ámbitos.
- El protocolo N°4 al realizarse en el contexto de terapia ocupacional, comienza a ser más organizado y pueden definir con mayor claridad la ubicación de los espacios, quienes los utilizan con mayor frecuencia, aunque persiste la necesidad de mantener la casa sin puertas ni ventanas.
- Las visitas domiciliarias realizadas mostraron evidencia de desorden en la casa, no hay espacios definidos para los diferentes miembros, el niño duerme con los padres, incompletud (todo está sin terminar). Se observa escasez de interacción y excesiva vinculación.

Al ser el autismo infantil una problemática compleja, las variables estudiadas y su comportamiento siguen un ordenamiento en relación a los hallazgos más significativos encontrados al administrar el protocolo N° 5. Este ordenamiento no es sencillo y exige

no interpretar los datos sino presentarlos de manera objetiva excluyendo los datos no relevantes. Se realizó un análisis por computadora de las variables dependientes y se estructuraron como sigue:

- 1- Las variables dependientes mas deficitarias tal como las presenta el niño, medidas por el protocolo N° 5 en la primera evaluación.
- 2- Las modificaciones funcionales como resultado de la aplicación de una estrategia de Terapia Ocupacional en un marco institucional centrada desde el niño, el grupo y la familia , tal como aparecen en la última medición.
- 3- Las variables están medidas en una escala de tres puntos, como sigue:
 - 0- La conducta no se observa
 - 1- La conducta se observa pocas veces
 - 2- La conducta se observa con frecuencia.

El lector debe estar atento por que algunas veces el valor 0 de la escala puede variar.

- Con respecto al área de **Manifestaciones de** (autoagresión) 24 niños (48%) presentan esta conducta siempre en la primera evaluación y 40 niños (80%) calificaron con 2 (la conducta no se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional para la última medición. (Tabla 1)

- Con respecto al área **Manifestaciones de** (autoestimulación) 8 niños (16%) presentan esta conducta siempre en la primera evaluación y 42 niños (84%) calificaron con 2 (la conducta no se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tabla 2)
- Con respecto al área **Manifestaciones de** (resistencia al cambio): la primera evaluación revela que 45 niños (90%) presentan esta conducta siempre. La primera fase del tratamiento de la cual Terapia Ocupacional forma parte, logra disminuir este comportamiento que aparece siempre en 5 niños (10%), luego de la segunda evaluación. La segunda fase de tratamiento muestra en la última medición que en 35 niños (70%) esta conducta aparece algunas veces y en 15 niños (30%) no se observa nunca. No se observa relación de esta variable con la edad del niño. (Tabla 3)
- Las variables del área **Reacciones ante el Intento de Contacto:** "se aproxima", "se aleja", "lo rechaza", "lo acepta", "sonríe", "llora", "se enoja", "agrede", "hace contacto visual", "responde al nombre" presentaron un comportamiento similar, sobre la base de un continuum que va descendiendo a niveles de menor déficit. Este descenso, para la muestra estudiada sigue un orden diferente que el enumerado por el protocolo N° 5 de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, como sigue:

1. *se aproxima*: en la primera evaluación 44 niños (88%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) y 42 niños (84%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tabla 4)
2. *se aleja*: 43 niños (86%) lo hacen siempre/45 niños (90%) se acercan con frecuencia. (Tabla 5)
3. *lo rechaza*: en la primera evaluación 45 niños (90%) califican con 0 y 43 (86%) calificaron con 2 luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tabla 6)
4. *lo acepta*: 31 niños (62%) no lo aceptan/37 niños (74%) lo aceptan con frecuencia. (Tabla 7)
5. *sonríe*: en la primera evaluación 46 niños (92%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) y 26 niños (52%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tabla 8)
6. *llora*: 34 niños (68%) no lo hacen/30 niños (60%) lo hacen con frecuencia. (Tabla 9)
7. *se enoja*: 38 niños (76%) no lo hacen/44 niños (88%) lo hacen con frecuencia. (Tabla 10)
8. *agrede*: 31 niños (62%) muestran este comportamiento/28 niños (56%) no lo muestran. (Tabla 11)
9. *hace contacto visual*: en la primera evaluación para esta variable 49 niños (98%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) y 48 niños

(96%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tabla 12)

10. *responde al nombre*: 40 niños (80%) no lo hacen/43 niños (86%) responden con frecuencia. (Tabla 13)

- El área **Reacciones ante consignas simples** se comporta para sus variables en la primera evaluación, de manera significativamente deficitaria, comprendiendo un promedio de 49 niños (98%) en el mínimo nivel de desempeño para: cerrá la puerta, abrí la puerta, dame esto, sentate, parate, vení, tomá esto. Estas mismas variables en la última medición, como resultado del tratamiento y para un promedio de 34 niños (68%) calificaron con 2 (la conducta se observan con frecuencia) para las variables *tomá esto/vení; parate/sentate; dame esto; abrí la puerta/ cerra la puerta* y en orden decreciente (Tablas 14-20)
- El área **Tipos de Juego**: arroja para la categoría **Activo** los siguientes resultados:
 - 1- las variables: *salta y gatea* fueron las más deficitarias siendo para la primera evaluación un promedio de 43 niños (86%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) y 28 niños (56%) y 37 niños (74%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia

ocupacional y para estas variables respectivamente. (Tablas 21-24)

2- las variables: *corre y sube la escalera*, en la primera evaluación un promedio de 20 niños (40%) calificaron 0 (la conducta no se observa) y un promedio de 41 niños (82%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 22-23)

- En la categoría **Exploratorio** (investiga): las variables "a sí mismo", "a los objetos", "al espacio", "a los otros" para un promedio de 46 niños (92%) calificaron con 0 y un promedio de 31 niños (62%) calificaron con 2 luego de las dos fases de tratamiento y para la última medición; para las variables: *investiga a los objetos, a sí mismo, a los otros y el espacio*, y en orden decreciente (Tablas 25-28)
- En la categoría **Exploratorio** (manejo de los objetos: uso): las variables: "en su función propia", "en otras funciones" "experimentación", "intermediario", "integrador" para un promedio de 48 niños (96%) calificaron con 0 en la primera evaluación y un promedio de 21 niños (42%) calificaron con 2 luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional en la última medición y para las variables de *experimentación, intermediario, en su función propia, en otras funciones e integrador* y en orden decreciente.

Para las variables "prension trípode", "otras prensiones", "enquistado", "de descarga", "defensivo" para un promedio de 17 niños (34%) calificaron con 0 en la primera evaluación y un promedio de 31 niños (62%) calificaron con 2 luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional en la última medición y para las variables *defensivo, enquistado, de descarga, prension trípode, otras prensiones* y en orden decreciente. (Tablas 29-38)

- En la categoría **Exploratorio** (características sensoriales): las variables: "táctil", "olfatoria", "gustativa", "auditiva", "visual", "vestibular" para un promedio de 22 niños (44%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 44 niños (88%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional en la última medición para estas variables y en este orden. (Tablas 39-44)
- En la categoría **Exploratorio** (señala en sí mismo) las variables mostraron un comportamiento similar siendo los "ojos", "la boca", "la nariz", "el pelo", "las manos", "los pies", "la barriga", "el pecho" y "la espalda" para un promedio de 48 niños (96%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) y un promedio de 27 niños (54%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición para

las variables pelo/ojos/nariz; barriga/pies; boca, manos; pecho, espalda y en orden decreciente. (Tablas 45-53)

- En la categoría **Exploratorio** (señala en los otros) las variables para señala en los otros: "los ojos", "la boca", "la nariz", "el pelo", "las manos", "los pies", "la barriga", "el pecho" y "la espalda" se comportaron para 49 niños (98%) con una calificación de 0 (La conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 25 niños (50%) califica con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición para las variables "pelo", "nariz", "ojos", "boca", "manos", "pies", "barriga", "pecho", "espalda". (Tablas 54-62)
- En la categoría **Exploratorio** (arma figuras del esquema corporal) las variables "cara", "cuerpo" y "completa" calificaron en los 50 niños (100%) con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 15 niños (30%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición; para las variables *cara*, *cuerpo* y *completa* respectivamente y en orden decreciente. (Tablas 63-65)
- En la categoría **Exploratorio** (manejo del espacio: se mueve) la variable "se desplaza" calificó para 46 niños (92%) con 2 (la conducta se observa con frecuencia) y 4 niños (8%) calificaron con 0 (la

conducta no se observa) en la primera evaluación; 47 niños (94%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) y 3 niños (6%) calificaron con 1 (la conducta se observa pocas veces) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. En la variable "siguiendo la misma trayectoria" 46 niños (100%) siguen la misma trayectoria en la primera evaluación y 39 niños (85%) dejan de realizar una trayectoria repetitiva.

Base: Niños que se desplazan. (Tablas 66-67)

- En la categoría **Exploratorio** (Manejo del espacio: Realiza una Geometría Espacial) los 46 niños examinados (100%) mostraron la realización de una geometría espacial estereotipada en la primera evaluación, como sigue: 23 niños (100%) describían "rectas"; 8 niños (100%) "círculos"/"óvalos"; 2 niños (100%) "cuadrados"; 5 niños (100%) "otras". Luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición 7 niños (15.2%) realizaban trayectorias espaciales pocas veces y 39 niños (84.8%) no las realizaban más. Los diferentes mapas espaciales para la última medición calificaron como sigue: *Recta*: 3 niños (13.0%) las realizaban pocas veces y 20 niños (87.0%) ya no las realizaban más. *Círculo*: 3 niños (37.5%) lo realizaban pocas veces y 5 niños (62.5%) ya no lo realizaban más. *Ovalo*: 1 niño (12.5%) la realizaba pocas veces y 7 niños (87.5%) ya no la realizaban más. *Cuadrado*: 1 niño (50%) lo realizaba pocas veces y 1 niño (50%) no lo realizaba más. *Otras*: 2

niños (40.0%) las realizaban pocas veces y 3 niños (60%) ya no las realizaban más. (Tablas 68-73).

- En la categoría **Exploratorio** (Manejo del espacio: Identifica) las variables "el lugar de juego" "el cajón de juguetes", para un promedio de 42 niños (84%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y para un promedio de 33 niños (66%) calificaron con 2. (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición y para las variables *el cajón de juguetes* y *el lugar de juego* y en orden decreciente. (Tablas 74-75)
- En la categoría **Exploratorio** (Manejo del espacio: reconoce en relación a sí mismo) las variables "cerca", "lejos", "arriba", "abajo", "adelante" y "atrás" para un promedio de 50 niños (100%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 18 niños (36%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición en las variables *cerca/lejos*, *arriba/abajo*, *adelante/atrás* y en orden decreciente. (Tablas 76-81)
- En la categoría **Imitativo** (de la acción del otro) las variables; "tirar besos", "hacer adiós", "sacar la lengua", "taparse la cabeza" y "aplaudir" para un promedio de 42 niños (84%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de

30 niños (60%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables: *aplaudir, hacer adiós, taparse la cabeza, tirar besos y sacar la lengua* y en orden decreciente. (Tablas 82-86)

- En la categoría **Constructivo** :

1- *apila*: las variables: "torres de tres cubos" y "torres de más de tres cubos" calificaron para un promedio de 43 niños (86%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 26 niños (52%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento y para la última medición y para estas variables en este orden. (Tablas 87-88)

2- *ensarta*: las variables: "piezas grandes" y "piezas chicas" calificaron para un promedio de 46 niños (92%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación; 33 niños (66%) y 21 niños (42%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *piezas grandes* y *piezas chicas* respectivamente luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 89-90)

3- *enhebra*: las variables: "grueso" y "fino" calificaron para un promedio de 50 niños (100%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y 24 niños (48%) y 10 niños (20%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables

grueso y fino respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 91-92)

4- *encaja*: las variables; "por forma" y "color" calificaron para un promedio de 47 niños (94%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y 22 niños (44%) y 10 niños (20%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables por *forma* y *por color* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 93-94)

5- *arma* : las variables; "rompecabezas de 2 piezas" y "rompecabezas de más de 2 piezas" calificaron para un promedio de 49 niños (98%) con 0 (la respuesta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 16 niños (32%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *rompecabezas de 2 piezas* y *rompecabezas de más piezas* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición.

(Tablas 95-96)

6- *pinta* : las variables; "con los dedos" y "con pincel" calificaron para un promedio de 43 niños (86%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y 41 niños (82%) y 11 niños (22%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *pinta con los dedos* y *pinta con pincel* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 97-98)

7- *hace en arcilla* : las variables; “realiza chorizos” y “pelotitas” calificaron para un promedio de 46 niños (92%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y 32 niños (64%) y 18 niños (36%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *realizar chorizos* y *pelotitas en arcilla* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 99-100)

8- *dibuja*: las variables; “trazos” y “garabatos” calificaron para un promedio de 43 niños (86%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación; 24 (48%) y 4 niños (8%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *dibujar trazos* y *garabatos* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 101-102)

9- *corta con tijera*: las variables; “sin forma” y “con forma” calificaron para un promedio de 43 niños (86%) con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación; 21 niños (42%) y 3 niños (6%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *sin forma* y *con forma* respectivamente, luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición. (Tablas 103-104)

- En la categoría **Dramático** (representaciones de acciones simples) las variables: “peinarse”, “hacer la comida”, “dar de comer”, “martillar”, “hablar por teléfono” y “disfrazarse” para un promedio de 50 niños

(100%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 12 niños (24%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables: *martillar/hablar por teléfono, peinarse, hacer comida/dar de comer y disfrazarse*; y en orden decreciente. (Tablas 105-110)

- En la categoría **Comunicación** (gestual) las variables: “afirma”, “niega” y “señala con el dedo” para un promedio de 44 niños (88%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 10 niños (20%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables: *niega, señala con el dedo y afirma*; y en orden decreciente. (Tablas 111-113)
- En la categoría **Comunicación** (verbal) las variables “afirma”, “niega” y “ nombra” para un promedio de 37 niños (74%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 8 niños (16%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables: *niega, afirma y nombra*; y en orden decreciente. (Tablas 114-116)

- En la categoría **Vestido** (sacarse) las variables: “abrigo”, “remera”, “pantalones”, “enterito”, “pullover”, “guardapolvo”, “zapatos”, “medias”, “desabrochar botones”, “bajar el cierre” y “desatar cordones” para un promedio de 47 niños (94%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 22 niños (44%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables: *remera, abrigo, pullover, pantalones, zapatos, medias, bajar el cierre, desabrochar botones, desatar cordones, enterito y guardapolvo*; y en orden decreciente. (Tablas 117-127)
- En la categoría **Vestido** (ponerse) las variables: (ídem anterior) para un promedio de 48 niños (96%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 19 niños (38%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y en la última medición para las variables ponerse: *abrigo/remera, pullover, pantalones, zapatos/medias, subir el cierre, abrochar botones, atar cordones/enterito y guardapolvo*; y en orden decreciente. (Tablas 128-138)
- En la categoría **Higiene** (cuidado de dientes) las variables “cepillarse” y “usar dentífrico” para un promedio de 47 niños (94%) calificaron con

- 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 21 niños (42%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para la última medición y con las variables en el mismo orden. (Tablas 139-140)
- En la categoría **Higiene** (lavado) las variables “manos”, “cara” y “cuerpo” para un promedio de 45 niños (90%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 26 niños (52%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) en la última medición y con las variables en el mismo orden. (Tablas 141-143)
 - En la categoría **Higiene** (secado) las variables se comportan de igual modo, para el mismo promedio de niños y con las variables en el mismo orden para la última medición. (Tablas 144-146)
 - En la categoría **Higiene** (peinado) las variables “con manos” y “con peine” para un promedio de 48 niños (96%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y 19 niños (38%) y 3 niños (6%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *peinado con el peine* y *con las manos* respectivamente; y en este orden para la última medición. (Tablas 147-148)
 - En la categoría **Higiene** (sonarse la nariz) las variables “soplar” y “usar pañuelo” para un promedio de 39 niños (78%) calificaron con 0

(la conducta no se observa), para la primera evaluación y un promedio de 21 niños (42%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) para las variables *usar pañuelo* y *soplar*, para la última medición y en este orden. (Tablas 149-150)

- En la categoría **Comida** (usa) las variables: las manos”, “la cuchara”, “el tenedor”, “el cuchillo”, “la taza”, “el vaso” y “la servilleta” para un promedio de 37 niños (74%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) para la primera evaluación y un promedio de 28 niños (56%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición para las variables *usa las manos/el vaso, la cuchara, la taza/la servilleta, el tenedor, el cuchillo* y en orden decreciente. (Tablas 151-157)
- En la categoría **Respecto a la Participación**, las variables: “juega solo”, etc., para un promedio de 50 niños (100%) calificaron con 0 en la primera evaluación y un promedio de 19 niños (38%) calificaron con 2 luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición para las variables: *juega solo al lado del otro, toca al otro/empuja al otro, juega solo, hace una ronda, hace un tren, ayuda a guardar los elementos/tira la pelota al otro/recibe la pelota del otro, observa el juego del otro, se despide de sus pares, lo toma de la mano, comparte el juego, pide juguetes, comparte los*

- juguetes/comparte los elementos, espera su turno y en orden decreciente. (Tablas 158-174)*
- En cuanto a la familia: **Con Respecto a la Participación en Terapia Ocupacional**: las variables “asiste a las sesiones”, “cumple las tareas”, “practica las técnicas de entrenamiento” para un promedio de 19 padres (38%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio 29 padres (58%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición en las variables *asiste a las sesiones, practica las técnicas de entrenamiento, cumple las tareas* y en orden decreciente. (Tablas 175-177)
 - **Con respecto a la Organización de las Actividades Cotidianas**: las variables “respeta los horarios de la comida”, “respeta los horarios de sueño”, “separación para dormir”, “lugar de juego” para un promedio de 40 padres (80%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 25 padres (50%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición en las variables *respeta los horarios de la comida/respeta los horarios de sueño, lugar de juego, separación para dormir* y en orden decreciente. (Tablas 178-181)
 - **Con respecto al Contexto Social**: las variables “se visitan con la familia”, “reciben ayuda de la familia”, “tienen amigos”, “se visitan con

los amigos”, “se relacionan con los vecinos” para un promedio de 43 padres (86%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 8 padres (16%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional para la última medición y en este orden. (Tablas 182-186)

- **Con respecto al Contexto Social** (participación en actividades sociales): las variables: “cumpleaños”, “aniversarios”, “otros eventos” para un promedio de 45 padres (90%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 8 padres (16%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición en las variables *cumpleaños/otros eventos, aniversarios* y en orden decreciente. (Tablas 187-189)
- **Con respecto al Contexto Social** (festejan): las variables: “cumpleaños”, “aniversarios”, “otros festejos” para un promedio de 35 padres (70%) calificaron con 0 (la conducta no se observa) en la primera evaluación y un promedio de 22 padres (44%) calificaron con 2 (la conducta se observa con frecuencia) luego de las dos fases de tratamiento de terapia ocupacional y para la última medición y en este orden. (Tablas 190-192)
- Se ha realizado una apreciación correlacional entre las distintas variables medidas en el estudio configurando un Cluster de Variables

y considerando sus diferentes Coeficientes de Correlación (Ver gráficos)

- Siguiendo a Payton, O (1994) Las correlaciones (.9) o más se consideran altas; (.8) moderadamente altas; (.7) moderadas y (.6) o menos se consideran correlaciones bajas.
- Se encontró una correlación Pearson (+ 1.00) entre las variables comunicación gestual y verbal, juego dramático y pinza trípode.

CONCLUSIONES

El autismo infantil es un trastorno cuya etiología no está todavía bien definida, a pesar de todos los adelantos en investigación que se han desarrollado en la actualidad. Es por esto que también se desconocen los métodos más efectivos de tratamiento. Muchos autores describen experiencias alentadoras (21, 22, 106, 107, 108), padres e hijos que han padecido de Autismo relatan historias satisfactorias (15, 49, 83) y otros no, diferentes autores no se muestran optimistas respecto del pronóstico (4, 8, 23, 29, 64, 87, 100).

En este estudio de los cincuenta niños asistidos 17 (34%) lograron resultados significativos, pudiendo desempeñarse funcionalmente en las áreas de Reacciones ante el intento de contacto, Consignas simples, Juego (ver gráficos 2-9) y Actividades de la Vida

Diaria, estos niños fueron derivados a instituciones pedagógicas, escuelas especiales, hospitales de día, jardines terapéuticos en los cuales tenían la oportunidad de continuar con su mejoría, 14 de los niños (28%) obtuvieron resultados medianamente significativos situación que planteó al equipo tratante la necesidad de continuar con el tratamiento en el hospital y 19 niños (38%) alcanzaron resultados escasamente significativos, manteniéndose en un nivel de déficit. Estos niños concuerdan con la descripción de Tustin (106) acerca de los niños con autismo infantil, refiriéndose a aquellos que no han desarrollado un vínculo afectivo y social con sus padres, lo cual les imposibilita cualquier tipo de aprendizaje y poder responder a los estímulos del ambiente. Estos niños viven en un nivel muy detenido en su desarrollo, frecuentemente no adquieren el lenguaje y apenas disponen de las aptitudes primarias indispensables para la subsistencia. Estos 19 (38%) niños pertenecen al grupo de familias que no participaron en el tratamiento. De los 19 niños 5 desertaron del tratamiento y los otros 11 fueron derivados a instituciones de internación, o de jornada completa pertenecientes a minoridad y establecimientos para retraso mental, ya que los familiares no estaban en condiciones de hacerse cargo de ellos.

Todos los niños evaluados que obtuvieron puntuaciones muy bajas al comienzo en el área de Reacciones ante el intento de contacto (Ver gráficos 10-17), alcanzaron resultados

significativos después del tratamiento independientemente de los resultados finales. Esto demuestra que estos niños bajo ciertas condiciones especiales pueden establecer una relación de ligadura. Esta conclusión es concordante con las afirmaciones teóricas y clínicas de Niko y Elizabeth Timbergen que consideran que lo fundamental es ayudar a socializar al niño, que dicha socialización debería comenzar ayudando al niño a la afiliación, es decir a formar el vínculo emocional con la madre, que no pudieron establecer en el momento oportuno.

De los 50 niños, 46 se desplazaban y 4 no, de los 46 niños todos realizaron trayectorias espaciales repetitivas, que conformaron distintas formas geométricas. Se podría pensar que esta estructuración espacial que realizan, es compatible con la descripción de Kanner, L. acerca de *"la disposición del espacio que realizan los niños autistas, mostrando una necesidad de mantener sus marcas"*. Es como si delimitaran su territorio.

Las formas geométricas más usadas por los niños en orden decreciente son recta: 23 niños, óvalo: 8 niños, círculo: 8 niños, otras: 5 niños y cuadrado: 2 niños. (Ver gráfico N° 18) El razonamiento clínico de implementar la estrategia de interferir la trayectoria espacial del niño para lograr algún tipo de contacto con él fue decisiva.

De los 50 niños, 20 (40%) no han adquirido el desarrollo de la pinza trípode, hecho que afecta el juego constructivo y

todas las actividades de la vida diaria que requieren destrezas finas. Este hallazgo, se relaciona con las descripciones De Waldrod y Halverson (En Coleman, M. 1976) acerca de algunas anomalías de la mano que presentaban algunos niños autistas tales como:

- ◆ la curvatura del quinto dedo (meñique) hacia el anular
- ◆ la presencia de un único pliegue palmar transverso, este pliegue ha sido asociado significativamente con el Síndrome de Down y otros trastornos cromosómicos y también es llamado pliegue simeano. Puede aparecer en una o en las dos manos.

En relación al manejo de los objetos 21 niños lo usaban de descarga, 17 niños en forma enquistada, 8 niños de manera defensiva, un sólo niño como intermediario, 2 niños pocas veces de experimentación y ninguno como integrador. (Ver gráficos N° 19-24).

La correlación Pearson encontrada entre las variables: comunicación gestual y verbal, juego dramático y pinza trípode establece una íntima relación entre las mismas y destaca la importancia de su consideración en el tratamiento de terapia ocupacional. Sería interesante conocer la vinculación de dichas variables ya que existe una fuerte correlación entre ellas.

A pesar de que estos niños muestran serias dificultades para interactuar con sus pares sólo el 38 % logró hacerlo en forma funcional luego del tratamiento; el resto se mantuvo en niveles deficitarios. Se considera esencial el abordaje grupal con esta población ya que el grupo les permitió hacer la experiencia de tocarse, mirarse, empujar al otro, tomarlo de la mano, hacer una ronda, hacer un tren, ayudar a guardar los materiales, esperar, negociar, cooperar, respetarse y encontrar un espacio de pertenencia.

Se observa una marcada relación entre la adquisición de la autonomía de la vida diaria con las variables participación, cumplimiento de tareas y entrenamiento en las actividades de la vida diaria por parte de la familia. Se considera de fundamental significación la inclusión de la familia en el tratamiento de terapia ocupacional. Durante esta participación los padres pudieron hacer la experiencia de compartir el hijo, de mirarlo con los ojos de los otros. Esta imagen devuelta por los otros padres los ayuda a crear un visión diferente de su hijo. Ellos rescatan aspectos del niño que los propios padres no pueden ver debido a la mirada restringida que tienen de él. En el grupo los padres confrontan sus diferentes concepciones de la vida y aprenden que no hay una sola manera de vivirla, sino varias, todas ellas válidas.

Al compartir el grupo con los niños, quedan asombrados por lo que ellos hacen y el resultado es que comienzan a mirarlos de forma diferente; esto permite a los niños cambiar su manera de actuar y verse distintos iniciándose un proceso de retroalimentación creciente.

El 60 % de los niños lograron alcanzar una conducta imitativa mientras que el 40% se mantuvo en un nivel deficitario, no pudiendo trasladar estos logros al área de juego dramático en la cual los niños obtuvieron puntuaciones muy bajas, sólo 15 niños (30%) pudieron representar una acción simple, el resto no pudo hacerlo sin el objeto presente o cuando se le cambiaba el mismo por otro igual de distinta forma, mostrando las serias dificultades para generalizar y acceder al orden de lo simbólico (Ver gráficos N° 25-35). Muestran que la capacidad de jugar asumiendo distintos roles (mamá, papá) es muy escasa o ausente, con la ayuda del disfraz algunos logran representar a algún personaje de la televisión que ven habitualmente y que los padres insisten en que los representen. (¿Juego dramático o imitativo?)

"La acción de jugar que espontáneamente conduce a los niños al aprendizaje y a la competencia no emerge en el niño autista. Las habilidades que son el resultado final de las diferentes etapas son bizarras y los patrones conductuales que aparecen son

caóticos" (Reilly, M. 1974). *"El niño autista parece incapaz de construir bosquejos mentales para relizar acciones con propósito"* (Sheridan, M.D., 1977)

Durante todo este estudio se observó el aislamiento del contexto social de las familias modificándose esta variable escasamente, lo que configura una vinculación entre niño autista y familia solitaria. (Ver gráficos N° 36-40)

En este estudio se observó que los niños que obtuvieron mejores resultados fueron los de menor edad, los que comenzaron tempranamente el tratamiento, que recibieron una asistencia integral dentro de un marco institucional, que tenían pinza trípode y especialmente que contaron con una familia que los sostuvo y que participó en los diferentes tratamientos y practicaron las técnicas de entrenamiento en su hogar y tomaron el rol de cotrabajadores. Estos niños pudieron alcanzar y mantener logros significativos e incorporarse a jardines terapéuticos, instituciones pedagógicas, hospitales de día, escuelas especiales.

Se concluye que el diagnóstico y tratamiento precoz modifican el curso de la patología, mejorando las áreas de comunicación, de juego, de actividades de la vida diaria, de actividades

grupales y de participación familiar. Es fundamental la implementación de programas de detección temprana de esta patología con el objetivo de difundir los síntomas precoces en la comunidad profesional, en especial pediatras, en la educativa (jardines maternos y guarderías), así como también alertar a las familias sobre los mismos, con el propósito de lograr un diagnóstico y tratamiento temprano del niño y quizás de esta manera poder modificar su historia.

Quisiera concluir:

◆ Con las palabras del Dr. Benenson:

“Los caminos de la ciencia tienen un principio bien definido pero en su devenir se bifurcan infinitamente sorprendiendo al investigador, enfrentándolo con las mas variadas y originales hipótesis.”

◆ Con las palabras de la Dra Ruth Sullivan madre de un autista, y médica dedicada a esta problemática: “Siempre la perseverancia es el camino para resolver los problemas de la raza humana”.

Y por último con algunos versos de la canción de Mario Benedetti denominada “Lento pero Viene”

Lento pero viene
El futuro se acerca
despacio
pero viene
hoy está más alla
de las nubes que elige
y más allá del trueno
y de la tierra firme
demorándose viene
cual flor desconfiada
que vigila al sol
sin preguntarle nada
iluminando viene
las últimas ventanas
lento pero viene
el futuro se acerca
despacio
pero viene
ya se va acercando
nunca tiene prisa
viene con proyectos
y bolsas de semillas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abrams, Berenda & Kauffman, Nancy A. (1990): "Toys for Early Childhood Development". Ed. The Center For Applied Research In Education. New York, USA.
2. Actas del Primer Simposio Internacional de Autismo(1979) SEREM. Madrid. España.
3. Ajuriaguerra de, J. (1972): "Manual de Psiquiatría Infantil". Ed. Toray-Masson. España. (pag. 690,691).
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1991): "Textbook of Child Adolescent Psychiatry". Ed. American Psychiatric Press, Inc. USA.
5. American Occupational Therapy Foundation (1986) "Readings in Occupational Therapy Research". USA.

6. Anthony, E.J. y otros (1981): "El niño neurótico, sociópata y psicótico. Causas y Tratamiento". Ed. Paidós Ibérica, S.A. Barcelona.

7. Asher, I. E. (1989): "An Annotated Index of Occupational Therapy Evaluation Tools". The American Occupational Therapy Association, Inc. USA.

8. Attwood, Tony (1983): "The Behaviour Problems of Autistic Children: Their Origin and Management". Hereford, Australia.

9. Aubin, Henry (1975): "Les psychoses de l'enfant". Ed. PUF. Paris, Francia.

10. Ayres, A. J. (1979): "Sensory Integration and the Child". Ed. Western Psychological Services. Los Angeles, USA.

11. Ayres, A. J. & Tickle, L. S. (1980): "Hyper-responsivity to touch and vestibular stimuli as a predictor of positive response to sensory integration procedures by autistic children". American Journal of Occupational Therapy, 34, 375-381. USA.

12. Banus, B.S. y col. (1979): "The Developmental Therapist". Ed. Slack. New Jersey. USA.

13. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frieth (1987). "Does the autistic children have "a theory of mind?". Cognition N° 21, 37-46. England.
14. Barris, R., Kielhofner, G., Hawkins Watts, J (1988). "Occupational Therapy in Psychosocial Practice". Ed. Slack. New Jersey. USA.
15. Barron, Judy y Barron, Sean (1992). "Hay Un Chico Aqui Dentro". Ed. Atlántida. Buenos Aires.
16. Benedetti, Mario (1993). "Canciones del más acá ". Ed. Espasa Calpe Argentina S.A. Buenos Aires.
17. Benenzon, R. O. (1991). Primeras técnicas de acercamiento al autismo infantil en "Autismo...Un síntoma?". Ed. Gabas. Buenos Aires.(pag:137-157)
18. Benenzon, R. O.(1981). "Manual de Musicoterapia". Ed. Paidós. España.
19. Benenzon, R. O.(1976). "Musicoterapia en la Psicosis Infantil". Ed. Paidós. Buenos Aires.

20. Benenson, R. O. y otros (1995): "Los discapacitados y nosotros". Ed. San Pablo. Buenos Aires.

21. Bettelheim, Bruno (1977): "La fortaleza vacía". Ed. Laia. España. (pag. 67).

22. Brauner, F. y A. (1981): "Vivir con un niño autístico". Ed. Paidós. España.

23. Brown, Wendy (1988): "Practical Guidance for Those who Work with Autistic Children". Ed. The National Autistic Society. Londres. Inglaterra.

24. Cassirer, Ernst (1965): "Antropología Filosófica". Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

25. Chapelier J. B. (1987): "The social hunger. Les psychoterapies de groupe d'enfants aux U.S.A". Revue de psychotérapie de groupe "les groupes d'enfants". Eres, N°7 y 8. Paris, Francia.

26. Clark, F. (1983): "Research on the Neuropathology of Autism and its implications for Occupational Therapy". The Occupational Therapy Journal of Research, N°3, 3-22, USA.

27. Clasificación Internacional de Enfermedades (1978) Edición 9ª. Revisión. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires.

28. Clasificación Internacional de Enfermedades (1992) Edición 10ª. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Ed. Meditor. España.

29. Coleman, Mary (1976): "The Autistic Syndromes". Ed. North-Holland. Amsterdam. Holanda.

30. Coleman, Mary y Gillberg, Christopher (1989): "El autismo bases biológicas". Ed. Martinez Roca S.A.. Barcelona. España.

31. C.O.L.T.O.P. (1988): Terapia Ocupacional en Salud Mental. Buenos Aires.

32. Creak, M. (1961) "The schizophrenic syndrome in childhood". British Med. J. Nº 2, 889, Londres, Inglaterra.

33. Creek, Jennifer (1990): "Occupational Therapy and Mental Health" Ed. Churchill Livingstone, Inglaterra.

34. Christiansen, C. et. al. (1991): "Occupational Therapy". Ed. Slack. New York, USA.

35. Damasio, A.R. (1978): "A neurological model for childhood autism" Arch. Neurol.. 35, 777-786, Londres, Inglaterra.

36. Deaver, G.G. & Brown, M. E. (1945): "Physical Demands of Daily Life". Ed. Institute for the Crippled and Disabled. New York. USA.

37. DeMyer, Marian (1983): "Autismo: Padres e Hijos". Ed. Paidós. España.

38. Diatkine, R. (1959): "Child Psychoses". EMC, Psychiatry. USA.

39. Fejerman, N., Arroyo, H., Massaro, M., Ruggieri, V. (1994): "Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo". Ed. Paidós. Buenos Aires.

40. Fejerman, N. y Fernandez Alvarez, E. y col. (1987): "Fronteras entre neuropsiquiatría y psicología". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

41. Fernandez, H. G. (comp.) (1991): "Autismo. Un síntoma?". Ed. Gabas. Buenos Aires.

42. Fernandez, H. G. y otros (1986): "Comunidad Terapéutica Infantil, Familia e Institución". Ed. Kargieman, Buenos Aires.

43. Finlay, Linda (1989): "Occupational Therapy Practice in Psychiatry". Ed. Croom Helm. Londres, Inglaterra.

44. Finlay, Linda (1993): "Groupwork in Occupational Therapy". Ed. Chapman & Hall. Londres, Inglaterra.

45. Folstein, S., Rutter, M. (1977): "Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs". J. Child Psychol. Psychiatry. 18, 297-321, USA.

46. Freud, S. (1973): "Obras Completas". 3º Edición. Ed. : Biblioteca Nueva. Madrid. España. Tomo III, pag. 3339-3373.

47. Frith, Uta (1991): "Autismo". Ed. Alianza. Madrid. España.

48. Garanto Alós, Jesús (1984): "El Autismo". Ed. Herder. Barcelona. España.

49. Grandin, T. & Scariano, M. (1986): "Emergence. Labeled Autistic". Ed. Arena Press. USA.

50.Griffiths, Rose (1988): "Maths Throug Play". Ed. Macdonald. Londres, Inglaterra.

51.Henry, Diana A. (1992): "Hydrotherapy: A Sensory Integration Treatment Modality". Sensory Integration Newsletter, Vol. 13, Nº 2, AOTA, USA.

52.Hobson, R. Peter (1995): "El autismo y el desarrollo de la mente". Ed. Alianza. Madrid. España.

53.Hochman, J.(1984): "Pour soigner l'enfant psychotique". Ed. Privat. Toulouse, Francia.

54.Houzel, D.(1985): "Le monde tourbillonnaire de l'autisme". Lieux de l'enfance. Nº3. Francia.

55.Huizinga, Johan (1968): "Homo Ludens". Ed. Emecé. Buenos Aires.

56.Hume, C. & Pullen, I. (1986): "Rehabilitation in Psychiatry". Ed. Churchill Livingstone. Edinburgo, Inglaterra.

57. Hutt, S. J. and Hutt, C. editors (1970): "Behaviour Studies in Psycchiatry". Ed. Pergamon Press. Oxford, Inglaterra.
58. Kanner, Leo (1985): "Psiquiatría Infantil". Edición. 5º. Ed. Siglo Veinte. Buenos Aires. (737-738).
59. Kapandji, I. A. (1982): "Cuadernos de Fisiología Articular". Ed. Toray-Masson. España.
60. Kielhofner, Gary (1992): "Conceptual Foundations of Occupational Therapy". Ed. F. A. Davis Company. Philadelphia. USA.
61. Kolvin, I et al (1971): "Six studies in the chidhood psychoses". British Journal Psychiatry, 118, 381-419. Inglaterra.
62. Kramer, Paula & Hinojosa, Jim (1993): "Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy". Ed. Williams & Wilkins. Baltimore, USA.
63. Lawton-Shirley, Nancy (1990): "Craniosacral/Myofacial Techniques Combined with Sensory Integration for Autistic Child". Sensory Integration Newsletter. AOTA. USA.

64. Lockyer, L., Rutter, M. (1969): "A five to fifteen years follow-up study of infantile psychosis". *British Journal Psychiatry*, 115, 865-882. Inglaterra.

65. Lovaas, O. Ivar (1981): "El Niño Autista". Ed. Debate. Madrid. España

66. Llorens, Lela A. (1976): "Application of a Developmental Theory for Health and Rehabilitation". Ed. The American Occupational Therapy Association. USA.

67. Mahler, Margaret S. (1972): "Simbiosis Humana: las Vicisitudes de la Individuación". Ed. Joaquín Mortiz S.A. Méjico. (pag 20, 21, 24, 25, 90,92).

68. McClure, M.K. & Holtz Yotz, M. (1991): "The effects of sensory stimulatory treatment on an autistic child". *American Journal of Occupational Therapy*, Vol: 45, Nº12:1138-42, USA.

69. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (1980).
Ficha Centro de Estudiantes de Psicología.

70. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III R (1987).
Ficha Centro de Estudiantes de Psicología.

71. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (1995)
Ed. Masson. Barcelona, España.
72. Martijena, Nidia (1995): "Ecología Humana". Ed. Gráfica Centauro.
Buenos Aires.
73. Martino, R., Barrera, E. y col. (1988): "El niño Discapacitado. Aspectos
Pediátricos y Pedagógicos". Ed. Puma. Buenos Aires.
74. Maturana, Humberto R. y Verden-Zöller, Gerda (1993): "AMOR Y
JUEGO. Fundamentos olvidados de lo humano". Ed. Instituto de Terapia
Cognitiva. Chile.
75. Mazet & Lebovici (1991): "Autismo e psicoses da criança". Ed. Artes
Médicas. Porto Alegre. Brasil.
76. Meltzer, D. y otros (1984): "Exploración del autismo". Ed. Paidós.
Buenos Aires.
77. Miller, B., Sieg, K., Ludwig, F., Shortridge, S., Van Deusen, J. (1988):
"Six Perspectives on Theory for The Practice of Occupational Therapy".
Ed. Aspen. USA.

78. Muñoz, P. J., Tebo, S. y otros (1986): "Play. A Skill For Life". Ed. The American Occupational Therapy Association. USA.

79-Olson, L. (1989): "Parent-child activity group treatment in preventive psychiatry". Occ. Ther. in Health Care, 6 (1), 29-43. USA.

80.Ornitz, E.M.& Ritvo, E.R. (1968): "Perceptual inconstancy in early infantile autism". Am.J. Psychiatry, 18,76-98. USA.

81.Ornitz, E.M. (1985): "Neurophysiology of infantile autism". Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, 251-262. USA.

82.Paluszny, María (1991): "Autismo". Ed. Trillas. Méjico.

83.Park, Clara C. (1979): "Ciudadela sitiada los primeros ocho años de una niña autista". Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

84.Parquet, PH. J., Bursztein, C., Golse, B, (1992): "Autismo: Cuidados, educación y tratamiento". Ed. Masson. Barcelona, España.

85-Payton, O. (1994): "Research: the validation of clinical practice". Edition 3°. F.A. Davis Company. USA

86. Pratt, Pat Nuse & Allen, Stevens Anne ((1989): "Occupational Therapy for children". Edition 2°. Ed. C. V. Mosby Company. USA.

87. Penso, Dorothy E. (1987): "Occupational Therapy for Children with Disabilities". Ed. Croom Helm. Londres, Inglaterra.

88. Reed, Kathlyn L. (1984): "Models of Practice in Occupational Therapy". Ed. Williams & Wilkins. Baltimore. USA.

89. Reed, Kathlyn L. (1991): "Quick Reference To Occupational Therapy". Ed. Aspen. USA.

90. Reilly, Mary (1974): "Play as Exploratory Learning". Ed. Sage Publications. Beverly Hills, California, USA.

91. Ritvo, E.R. et al (1985): "Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins". American J. Psychiatry, 142, 74-77.

92. Riviere, A., Belinchon, M. y otros (1988): "Evaluación y Alteraciones de las Funciones Psicológicas en Autismo Infantil". Ed. Centro de Publicaciones. Madrid, España.

93. Rothstein, J.M. (1985): "Measurement in Occupational Therapy". Ed. Churchill Livingstone, New York. USA.

94. Rutter, M (1968): "Concepts of autism: a review of research". J. Child Psychol. Psychiatry, 9, 1-25. USA.

95. Rutter, M. & Schopler (1984): "Autismo". Ed. Alhambra Universidad, España.

96. Sanders, Donna (1992): "Selected Literature and Case Studies Supporting the Effectiveness of a Sensorimotor and Behavior Modification Approach to Autism". Sensory Integration Newsletter. AOTA. USA.

97. Schaefer, C. E., O'Connor, K. J. (1988): "Manual de Terapia de Juego". Ed. Manual Moderno. México.

98. Schopler, Eric & Mesibov, Gary (1983) "Autism in adolescents and adults". Ed. Plenum. New York, USA.

99. Schopler, Eric & Mesibov, Gary (1994) "Behavioral issues in autism". Ed. Plenum. New York, USA.

100.Schopler, Eric & Reichler, Robert (1979): "Individualized Assesment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children". Ed. University Park Press. USA.

101.Sheridan, Mary D. (1977): "Spontaneous Play in Early Childhood". Ed. NFER-NELSON. Inglaterra.

102.Tantán, Digby (1988): "A Mind of One's Own". Ed. The National Autistic Society. Londres, Inglaterra.

103.The Inge Wakehurst Memorial Trust Fund (1979, 1983,1987): "Autistic Children" "Collection of Papers" Londres. Inglaterra

104.The Inge Wakehurst Memorial Trust Fund (1985-1986): "The Autistic Adolescent & Adult". "Collection of Papers". Londres. Inglaterra.

105.Tinbergen, N. y Tinbergen, E. A. (1985): "Niños autistas Nuevas Esperanzas de curación". Ed. Alianza, Madrid. España. (pag.23, 24, 182).

106.Tustin, Frances (1977): "Autismo y Psicosis Infantiles". Ed. Paidós. Buenos Aires.

107. Tustin, Frances (1992): "Estados Autísticos en los Niños". Ed. Paidós. Barcelona.

108. Wing, Lorna (1988): "Children Apart". Ed. The National Autistic Society. Londres, Inglaterra.

109. Wing, Lorna (1988): "The Handicaps of Autistic Children". Ed. The National Autistic Society". Londres, Inglaterra.

110. Wing, Lorna (1982): "Autismo Infantil. Aspectos Médicos y Educativos". Ed. Santillana. Madrid, España.

111. Young, Mary E. & Quinn, Evelyn (1992): "Theories and Principles of Occupational Therapy". Ed. Churchill Livingstone. Inglaterra.

112. Zappella, Michele (1992): "No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil". Ed. Paidós. España.

TESIS

VOL 1

Nombre: "TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO DEL NIÑO AUTISTA"

Autores: TO Ana Maria PAPIERHEISTER

Integrantes del Jurado:

TO CALDERONE

LIC SEGHESIO

TO PAGANIZZI

Fecha de defensa: 28/08/96

Calificación: 9. - (buena)