



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

“Lenguaje y comunicación en niños con T.E.A”

Estudiante

Br. Marcos Moliné 4719300-0

Tutora

Prof. Adj. Mag. Andrea Viera

Revisora

Prof. Adj. Mag. Esther Angeriz

Montevideo, 2 de mayo del 2019

Índice

Resumen	3
Introducción.....	3
Capítulo 1: Evolución histórica del concepto “Trastorno del Espectro Autista”	
1.1 Origen del concepto “autismo” y primeras formas de tratamiento.....	4
1.2 Conceptualización y diagnóstico del autismo en la actualidad... ..	8
Capítulo 2. Aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos alterados en el TEA.....	
Capítulo 3. Lenguaje y comunicación en niños con TEA	
3.1 ¿Aprendizaje o adquisición del lenguaje?.....	14
3.2 Adquisición del lenguaje por Jerome Bruner.....	16
3.3 Adquisición del lenguaje en niños con TEA.....	18
3.4 Alteraciones en la comunicación y el lenguaje en niños con TEA.....	21
3.5 Criterios diagnóstico del lenguaje y comunicación en niños con TEA.....	23
Capítulo 4. Intervenciones en lenguaje y comunicación en niños con TEA	
4.1 ¿Por qué intervenir desde la psicología en el lenguaje y comunicación de los niños con TEA?.....	25
4.2 Posibles intervenciones en la comunicación y lenguaje del niño con TEA desde la psicología.....	28
Capítulo 5. Intervenciones psicológicas en el ámbito educativo de niños con TEA	
5.1 Zona de Desarrollo Próximo e inclusión educativa.....	36
5.2 Inclusión educativa de niños con TEA en Uruguay.....	40
Capítulo 6. Consideraciones finales.....	
Referencias Bibliográficas.....	43

Resumen

En el presente trabajo final de grado, pretendemos abordar una temática de gran importancia social en la actualidad: el lenguaje y la comunicación de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus posibles intervenciones psicoeducativas en el Uruguay.

Uno de los objetivos fue identificar, mediante la revisión bibliográfica, los diferentes factores alterados en el desarrollo del niño con TEA implicados en la adquisición del lenguaje y en el desarrollo de recursos comunicativos. Esto nos permitió aproximarnos a las posibles intervenciones psicoeducativas tempranas que favorezcan la adquisición del lenguaje y la ampliación de recursos comunicativos.

A través del análisis del concepto de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), impulsado por Vygotski se interpela la inclusión educativa de estos niños y se traza el segundo objetivo de este trabajo, problematizar las posibilidades reales de su acceso a la enseñanza en el Uruguay.

Las principales perspectivas teóricas abordadas fueron: psicología cognitiva, psicología del desarrollo, psicología socio-cultural y la psicología educacional; ahondando principalmente en los aportes de Jerome Bruner, Lev Vygotski, Ángel Riviere, Juan Martos, Baron-Cohen y Mel Ainscow.

Finalmente, esperamos que el trabajo sirva de insumo para problematizar las intervenciones psicológicas de los niños con TEA a nivel nacional y permita reflexionar sobre la importancia de su inclusión educativa.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, lenguaje, comunicación, inclusión educativa.

Introducción

La siguiente monografía se encuadra dentro del trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La elección de la temática se basa en mi trayectoria laboral como acompañante terapéutico desde el año 2014 a la fecha con niños, adolescentes y adultos con TEA y en mi trayectoria educativa, cursando actualmente la Licenciatura en Fonoaudiología en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica.

El presente trabajo, pretende abordar el campo del lenguaje y la comunicación de los niños con TEA y sus posibles intervenciones psicoeducativas en el Uruguay. El primer objetivo, consiste en realizar una exposición teórica sobre el TEA y sus posibles intervenciones en el lenguaje y la comunicación desde una perspectiva clínica. El segundo objetivo, refiere a problematizar las posibilidades reales de acceso a la enseñanza de los niños con TEA en el Uruguay, desde un enfoque de DD.HH.

En el primer capítulo, se realiza una historización sobre el concepto del autismo, partiendo desde la primera descripción en 1911 por el psiquiatra Eugen Bleuer como un “síntoma autista”,

producto de un trastorno esquizofrénico severo, hasta llegar al Trastorno del Espectro Autista (TEA) descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual estadístico de los trastornos mentales (DSM), quinta edición (V), en el año 2013. Desde el DSM V, el TEA es un trastorno del neurodesarrollo que afecta de forma generalizada el lenguaje, la comunicación, el comportamiento y las relaciones sociales de quien lo tenga.

En el segundo capítulo se abordan teorías explicativas sobre las alteraciones neurobiológicas y neuropsicológicas de las personas con TEA y sus consecuencias en el desarrollo.

En el tercer capítulo, exponemos las diferentes corrientes explicativas del surgimiento del lenguaje, retomamos aquí los postulados socio-interaccionistas de Jerome Bruner. Posteriormente, desarrollamos la adquisición del lenguaje de Bruner y lo tomaremos de base para explicar la adquisición del lenguaje en niños con TEA propuesta por Ángel Riviere y Martos. Posteriormente, exponemos criterios diagnósticos del lenguaje y la comunicación en personas con TEA descritos por Alcantud, Narbona & Chevrie. Finalmente, abordamos posibles intervenciones en el lenguaje y la comunicación de los niños con TEA en sus distintos niveles.

En el cuarto capítulo, se aborda la pertinencia de las intervenciones psicoeducativas en el lenguaje y comunicación en niños con TEA. Para ello, tomamos como fundamento postulados de Vygotski, donde afirma que el lenguaje es una función psicológica superior y que el desarrollo del pensamiento está determinado por el desarrollo del lenguaje. Finalmente, Soto afirma que el lenguaje no solo oficia como herramienta de interacción, sino que se encarga de regular su comportamiento y el de los demás.

En el quinto capítulo, retomamos el concepto de ZDP para fundamentar el rol de la educación en el desarrollo psicológico del niño. Se aborda el acceso a la educación desde un enfoque de DD.HH y desde el paradigma de inclusión educativa. Posteriormente, se desarrolla la importancia de la inclusión educativa de los niños con TEA y posibles intervenciones psicológicas para que la misma se pueda llevar a cabo. Finalmente, abordamos la inclusión educativa en Uruguay y problematizamos sobre el real acceso a la enseñanza de los niños con TEA actualmente, basándonos en datos oficiales postulados por el PRONADIS y el CEIP.

Capítulo 1: Evolución histórica del concepto “Trastorno del Espectro Autista”

1.1 Origen del concepto “autismo” y primeras formas de tratamiento

A lo largo de la historia, la conceptualización del autismo ha sido un campo en disputa, donde se enfrentaron la perspectiva de diversas disciplinas, especializaciones y corrientes teórico-técnicas como la psiquiatría, el psicoanálisis, la psicología cognitiva, el conductismo, la pedagogía, la genética, entre otras, con el fin de dar cuenta sobre su origen y su tratamiento. La

conceptualización del autismo se puede dividir en tres etapas. Comenzaremos a desarrollar la primera etapa, donde los principales pioneros en conceptualizar el autismo fueron psiquiatras.

Eugen Bleuler fue el primer psiquiatra en hablar de autismo, mediante la elaboración del concepto “síntoma autista”, el cual describe y desarrolla en su monografía *“Dementia praecox or the group of schizophrenias”* publicada en el Tratado de psiquiatría en Viena en el año 1911.

Este concepto se desarrolla en la obra de Cuxart y Jané (1998), donde exponen que Bleuler consideraba que el autismo es un síntoma dentro de un trastorno esquizofrénico severo, donde se ven alteradas las funciones mentales complejas del sujeto. Bleuler describe al “síntoma autista” como una conducta donde el sujeto rechaza de manera absoluta o parcial la realidad exterior y se retrae patológicamente en su vida interior. Según Bleuler, los sujetos con el síntoma autista, consideran ilusoria la información sensorial recibida del mundo exterior y consideran reales sus fantasías provenientes de su mundo interior.

El psiquiatra Leo Kanner, parte del concepto de “síntoma autista” descrito por Bleuler y crea la teoría del “síndrome autista” que desarrolla en su artículo titulado “Trastornos autistas del contacto afectivo” publicado en la revista “Nervous child” en 1943. El “síndrome autista” fue teorizado mediante el estudio de 11 niños menores de once años, que presentaban alteraciones severas en el área comportamental, cognitiva, el lenguaje y la comunicación.

Siguiendo a Kanner (1943), los sujetos dentro del “síndrome autista” experimentan soledad autista desde su nacimiento y poseen escasa o nula conexión con el mundo exterior; mantienen relaciones obsesivas y repetitivas con los objetos y presentan alteraciones en la adquisición del lenguaje, retraso mental en algunos casos e incapacidad innata para formar contacto afectivo normal con las personas.

Leo Kanner fue el primer pensador de la hipótesis de las “madres neveras”, donde planteaba que el origen de este trastorno afectivo era ambiental y consistía en un inadecuado vínculo afectivo entre el niño y sus figuras de crianza en la primera infancia, que dejaron como consecuencia una personalidad trastornada. Siguiendo esta hipótesis, el niño con el “síndrome autista” posee una perturbación emocional y de relación producto de este vínculo distante con su madre y/o padre, que no le permite expresar su inteligencia.

Esta idea tuvo gran influencia psicoanalítica de la época y en esta primera etapa de la conceptualización del autismo, se creía que la mejor manera de abordar a un niño con el “síndrome autista” era mediante una terapia psicodinámica que le permitiese volver a establecer vínculos saludables.

En 1944, el psiquiatra Hans Asperger, publica su obra titulada *“Les psychopathes autistiques pendant l'enfance”* en la cual conceptualiza al autismo como un trastorno de la personalidad donde el individuo se encierra en sí mismo. La causa del autismo, provenía de alteraciones emocionales y relacionales con su madre y/o padre desde el nacimiento del niño. Asperger puso énfasis en la importancia de la educación especial en el tratamiento de los niños con autismo, por el cual desarrolló su trabajo en el ámbito de la “pedagogía curativa” en el cual

realizaba un tratamiento mediante el aprendizaje con el fin de mejorar la calidad de vida del niño.

Estas ideas sobre la conceptualización y tratamiento de las personas con autismo fueron debatidas y confrontadas por los estudios empíricos de la psicología experimental. Es aquí donde nace el segundo período de la conceptualización del autismo y su tratamiento. En la década de los 60' y 70', se comenzó a estudiar el autismo mediante un abordaje científico y se colocó el foco en el estudio de las alteraciones cognitivas como causantes de las dificultades relacionales, en el lenguaje, la comunicación y la flexibilidad mental de los niños con autismo.

En 1961, el psicólogo Charles Fester y la psiquiatra infantil Miriam K.DeMyer, mediante una perspectiva conductista, consideraron al autismo como una “conducta autista” y que la misma podría ser abordada mediante los métodos de “modificación de conducta”. Estos métodos operantes fueron utilizados por muchos padres en la época, los cuales obtuvieron resultados provechosos.

Siguiendo en la línea de Riviere (1997), estos métodos de modificación de conducta con resultados favorables, impulsaron la creación de muchos programas de aprendizaje efectivos para desarrollar el lenguaje, eliminar conductas alteradas, fortalecer la comunicación y las conductas sociales, promover la autonomía y acrecentar las capacidades cognitivas de las personas con autismo. Estos programas de aprendizaje le asignaban un rol de gran importancia a la educación en el tratamiento de las personas con autismo.

En 1964, el psiquiatra Bernard Rimland publicó su libro *“Infantile Autism: The Syndrome and Its Implication for a Neural Theory of Behavior”*, en el cual aborda el autismo desde estudios de neurofisiología, genéticos, bioquímicos, entre otros. Rimland plantea que el autismo es el resultado de defectos “bioquímicos” provocados por agresiones ambientales y existe una predisposición genética que genera que los niños tengan el trastorno.

Los aportes de Rimland se contraponen con la teoría de las “madres nevera” iniciada por Leo Kanner y desarrollada por el psicoanalista Bruno Bettelheim en su obra “La fortaleza vacía”, donde explicaban que el autismo se origina por una profunda perturbación emocional y relacional entre el niño con sus figuras de crianza y no por motivos genéticos. Rimland cambia radicalmente la visión que se tenía del autismo y coloca a la comunidad científica en disputa. Esta contribución de los estudios genéticos propone como tratamiento las terapias biomédicas y conductuales en lugar de las terapias psicodinámicas en el autismo.

En la década de los 80' nace la tercera etapa de conceptualización del autismo que permanece hasta la actualidad, donde se produce un cambio cualitativo y cuantitativo en la comprensión del origen, diagnóstico y tratamiento del trastorno. Los estudios de genética, investigación neuroquímica, exploración citológica, neuroimagen, electrofisiología, entre otras, identifican alteraciones neurocognitivas como posibles causas del autismo.

En 1979, la psiquiatra infantil Lorna Wing y la psicóloga clínica Judith Gould conceptualizan al autismo como un “espectro”. Las autoras definen al autismo como

... un continuo más que como una categoría diagnóstica, como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales, que en un 75% se acompaña de retraso mental, que hay otros cuadros con retraso del desarrollo, no autistas, que presentan sintomatología autista (Wing y Gould, 1979).

El término de “continuo” o “espectro” fue de gran relevancia en la comunidad científica ya que permitió comprender al autismo no como una entidad unánime sino como un espectro, compuesto por diferentes grados de afectación, que pueden manifestarse en forma de trastorno autista o de sintomatología autista, presente en otros cuadros con alteraciones en el desarrollo.

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-III conceptualiza al autismo como un “Trastorno profundo del desarrollo”, sustituyendo la categoría de “psicosis infantil” postulada hasta el momento. Este cambio es crucial, ya que diferencia al autismo con la esquizofrenia, atribuyendo sus causas a alteraciones biológicas (genéticas, infecciosas y metabólicas) que trastornan como consecuencia aspectos del neurodesarrollo. Según el DSM III (1980), las principales características del autismo infantil son la baja o nula capacidad de respuesta a las personas, deficiencia en las habilidades comunicativas y respuestas extrañas a diversos aspectos del medio que lo rodea.

En 1985, Baron Cohen, Leslie y Frith descubrieron que las personas con autismo tenían una incapacidad específica de entender sus estados mentales (creencias, deseos, intenciones, imaginación, emociones, entre otros) y el de los demás, lo que los llevaría a no poseer “teoría de la mente” concepto elaborado por Permack y Woodruff en 1978. Esta teoría, logra dar cuenta de las afectaciones en la reciprocidad social y emocional en el autismo y lo atribuye a componentes biológicos alterados en el neurodesarrollo de las personas con autismo.

Con respecto al tratamiento, el psicólogo cognitivo Ángel Riviere y el psicólogo Juan Martos (1997), enfatizan la importancia de las intervenciones tempranas de los niños con autismo en el ámbito de la educación, siendo la primera infancia un momento evolutivo de gran importancia para el desarrollo neurocognitivo, donde se deberá tener como principal objetivo, estimular con gran intensidad (en cantidad de horas y de profesionales) las funciones comunicativas, el lenguaje y la estabilidad emocional (umbral de frustración y ansiedad).

En suma, a lo largo de la historia, la conceptualización del autismo ha sido debatida por la comunidad científica desde el “síntoma autista” presente en la esquizofrenia infantil descrito por Bleuler en 1911 hasta el “trastorno del espectro autista” descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría presentada en su DSM-V en 2013. La integración de los estudios de diversas disciplinas, especializaciones y corrientes teórico-técnicas como la genética, psiquiatría, psicología cognitiva, psicología experimental, neurofísica, bioquímica, entre otras, hicieron posible una mayor especificidad del estudio del autismo y su tratamiento.

1.2 Conceptualización y diagnóstico del autismo en la actualidad

En la actualidad, el origen, la conceptualización, diagnóstico y los tipos de tratamiento del autismo continúan siendo un campo en disputa en la comunidad científica. Coexisten dos criterios diagnósticos y conceptualizaciones predominantes del autismo en el DSM IV y el DSM V, por el cual se deberá tomar posicionamiento sobre la clasificación que más se ajusten a cada perspectiva.

En 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV conceptualiza al autismo como

... uno de los trastornos del desarrollo de la infancia definidos conductualmente. Por autismo se entiende un defecto de severidad variable en la interacción social recíproca y en la comunicación verbal y no verbal y en la actividad imaginativa, asociado con un repertorio escaso y repetitivo de actividades e intereses. (DSM IV, 1994, p.80)

Según el DSM IV, las principales características del trastorno autista son la presencia de intereses y actividades restringidas, alteraciones persistentes en la interacción y la comunicación social. Los recursos comunicativos permanecen alterados, viéndose afectadas las habilidades verbales y no verbales y se manifiesta un retraso o no adquieren el lenguaje oral. Manifiestan ausencia de juego simbólico y se ve alterada la reciprocidad social o emocional, no participando ni comprendiendo los rituales sociales con los demás. Presentan patrones de comportamiento y actividades rígidas, repetitivas y estereotipadas. Los síntomas del trastorno autista se manifiestan antes de los tres años de edad, viéndose alterada o retrasada la adquisición del lenguaje, la interacción social, la comunicación social y/o el juego simbólico.

El DSM IV, ubica al trastorno autista dentro de la categoría “trastornos generalizados del desarrollo” junto al Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno generalizado del desarrollo no especificado y Trastorno desintegrativo infantil, cuadros similares al trastorno autista. Estudios epidemiológicos indican que se diagnostican 2-3 casos de trastorno autista cada 10.000 niños.

En 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría lanzó su última versión, el DSM-V, donde conceptualiza al trastorno autista de la siguiente forma

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. (DSM-V, 2013, p 80).

La Asociación Americana de Psiquiatría realizó un cambio de nomenclatura en el DSM-V, donde agrupó al Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Autista, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, bajo la categoría “Trastorno del Espectro Autista” (TEA).

El DSM-V, contempla los estudios de la psiquiatra infantil Lorna Wing y la psicóloga clínica Judith Gould, donde conceptualizan al autismo como un espectro o un continuo, ampliando la heterogeneidad de la presentación clínica y perfeccionando sus criterios diagnósticos, indicando niveles de severidad, trastornos asociados y síntomas autistas.

En esta edición, se posiciona al TEA dentro de la categoría “Trastornos del neurodesarrollo” que consisten en un conjunto de alteraciones neurocognitivas de inicio temprano en el desarrollo del sujeto, que producen deficiencias a nivel social, personal, académico y/o ocupacional. Las afectaciones de estos trastornos poseen diversos grados, pudiendo ser leves como alteraciones específicas del aprendizaje y las funciones ejecutivas hasta alcanzar alteraciones más severas involucrando la inteligencia y las habilidades sociales.

Los criterios diagnósticos del TEA descritos en el DSM-V son los siguientes

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, 5 actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Híper- o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p.ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo. (DSM-V, 2013, p 50-51).

El DSM V establece tres niveles en el diagnóstico del TEA, referidos como grados, en los cuales clasifica la severidad de los síntomas y su situación de dependencia.

Grado 1: Necesita ayuda, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes de funcionamiento. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos.

Grado 2: Necesita ayuda notable, presentando deficiencias graves en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.

Grado 3: Necesita ayuda muy notable, las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción. (DSM-V, 2013, p 52).

En síntesis, consideramos que dentro de las categorías diagnósticas vigentes, la conceptualización del autismo desde el DSM-V, contempla estudios más recientes y aborda al trastorno de forma más completa. El TEA, desde este manual es descrito como un trastorno del neurodesarrollo, donde se encuentra afectada de forma generalizada la comunicación, el lenguaje, el comportamiento y las interacciones sociales de quien lo tenga.

Capítulo 2. Aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos alterados en el TEA

Conceptualizando al TEA como un trastorno del neurodesarrollo, resulta imprescindible profundizar los estudios que dan cuenta de aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos alterados en el desarrollo de estos niños. Para ello, abordaremos los estudios que el psicólogo cognitivo Daniel Valdez y el neurólogo infantil Víctor Ruggieri se focalizaron en su obra “Autismo. Del diagnóstico al tratamiento” publicada en 2011. Según los autores, los estudios de mayor relevancia sobre la cognición de los TEA, son las afecciones de la amígdala, teoría de la mente, trastorno de mini columnas en las redes neuronales, teoría de las neuronas espejo y teoría de la empatización y sistematización.

Valdez y Ruggieri (2011) enfatizan la importancia de estudiar la amígdala en las personas con TEA, ya que

... está directamente relacionada con nuestras respuestas emocionales, con el reconocimiento del significado afectivo del estímulo, la memoria a largo plazo, la orientación del estímulo social, la percepción de orientación de la mirada y las asociaciones cruzadas. (Valdez y Ruggieri, 2011, p 148).

Las emociones influyen nuestra conducta y se expresan mediante una respuesta fisiológica, generando una expresión facial cuya regulación, modelará nuestra conducta social. Las personas con TEA, presentan una alteración en la percepción de expresiones faciales, lo cual crea un obstáculo para interpretar las manifestaciones emocionales de los demás.

Los déficit relacionados con una afección en la amígdala son tres, el déficit de reconocimiento facial, el déficit en la detección de la expresión emocional y el déficit de la mirada egocéntrica y la escasa lectura ocular, que afectan en su conjunto a la conducta social.

Valdez y Ruggieri analizan la relación de estas alteraciones en la amígdala con la denominada “ceguera mental” o ausencia de “teoría de la mente” en las personas con TEA, término elaborado por Permack y Woodruff en 1978 y abordado en 1985 por Baron-Cohen, Leslie y Frith en su obra “*Does the autistic child have a “theory of mind?”*”.

Baron-Cohen (2001) puntualiza que cuando se refiere al término “teoría de la mente”

... we mean being able to infer the full range of mental states (beliefs, desires, intentions, imagination, emotions, etc.) that cause action. In brief, having a theory of mind is to be able to reflect on the contents of one's own and other's minds. Difficulty in understanding other minds is a core cognitive feature of autism spectrum conditions. (Baron-Cohen, 2001, p 4).

Como plantea Baron-Cohen (2001), la teoría de la mente se desarrolla entre los tres y cuatro años de edad y para acceder a ella los niños deberán tener consolidadas estructuras cognitivas como la atención conjunta, el control del movimiento ocular, intención comunicativa,

entre otras. La teoría de la mente funciona como un mecanismo cognitivo, donde el niño deberá evaluar el contexto y los estados mentales del otro antes de iniciar una interacción.

Valdez y Ruggieri (2011) plantean que, al verse alterado el desarrollo de estructuras cognitivas implicadas en las afecciones de la amígdala en las personas con TEA, ocurre una “ceguera mental” o “ausencia de teoría de la mente”. Esto consiste en que el sujeto afectado no puede atribuir segundas intenciones, comprender las miradas, deseos y conductas de los demás, damnificado como consecuencia su conducta social.

Respecto a las bases fisiopatológicas del TEA, Valdez y Ruggieri enfatizan el estudio de trastornos de mini columnas en las redes neuronales, que da cuenta de “la existencia de redes neuronales dedicadas al desarrollo social y el estilo cognitivo, cuya alteración genera un compromiso primario de la socialización y la conducta” (Valdez y Ruggieri, 2011, p 152). Las redes neuronales están compuestas por mini columnas, que agrupadas, generan columnas múltiples, macro columnas y redes a gran escala, permaneciendo interconectadas entre sí.

Valdez y Ruggieri (2011) plantean que las mini columnas son

...unidades básicas de procesamiento conceptualizados como microprocesadores o microcircuitos, generados a partir de la proliferación neuronal y compuestos por 250 neuronas ubicadas entre las capas 2 y 6 de la neo corteza que están conformadas en forma vertical, y que cumplen una función específica e interconexiones que aumentan en relación con la complejidad de su funcionamiento (Valdez y Ruggieri, 2011, p 152).

En un estudio realizado por Casanova y Trippe en el año 2009 titulado “*Radial Cytoarchitecture and Patterns of Cortical Connectivity in Autism*”, analizaron nueve cerebros de personas con autismo fallecidas, donde encontraron en todos, un mayor número de mini columnas de tamaño menor con menor cantidad de neuronas en cada una, quedando menor espacio para las proyecciones gabaérgicas.

Valdez y Ruggieri (2011) describen que estas alteraciones en las mini columnas podrían generar

...mayor especificidad con una menor generalización, desarrollar una hiperconectividad focal sin generalización y, en consecuencia, generar una hiper sistematización responsable de conductas repetitivas, perseveraciones y una débil coherencia central” (Valdez y Ruggieri, 2011, p 153).

En síntesis, este estudio nos indica la existencia de alteraciones fisiopatológicas en el cerebro de las personas con TEA, donde se ve aumentada la cantidad y alterada la composición de las mini columnas en las redes neuronales. Esto genera como consecuencia una decodificación híper sistematizada de la información y alteraciones en el comportamiento.

Valdez y Ruggieri (2011), enfatizan la importancia del estudio de las “neuronas espejo” para comprender la falla en la intersubjetividad de las personas con TEA.

En 1996, Giacomo Rizzolatti y Laila Craighero en su estudio *“The mirror-neuron system”* descubren que al interactuar los monos, un grupo de neuronas se activaban cuando llevaban a cabo una acción y también cuando la observaban sin ejecutarla, es cuando se comenzó a entender la capacidad de imitación que poseen las “neuronas espejo”.

Siguiendo a Rizzolatti y Craighero (1996), hay evidencias empíricas provenientes de experimentos neurofisiológicos y de imagen cerebral que indican la existencia de las neuronas espejo en seres humanos.

Las neuronas espejo son las responsables de la imitación, que permite ver, comprender y reproducir gestos, acciones y expresiones faciales que realizan los demás, mediante la observación. Se agrupan bajo el sistema de neuronas espejo (SNE) el cual está ubicado en el área de Broca. Estas neuronas son la entrada a la comprensión de las intenciones, sentimientos y deseos de los demás y están implicadas en el desarrollo de la empatía, la constitución de la intersubjetividad y el proceso de adquisición del lenguaje del sujeto.

Valdez y Ruggieri (2011) plantean que los estudios de las neuronas espejo de las personas con TEA son cruciales para comprender las alteraciones que comprometen su intersubjetividad. Los autores plantean una hipótesis, en la cual la cognición social del SNE, se constituye a través de la imitación, donde el sujeto puede corporizar y comprender las emociones y sentimientos de los demás, generando así la empatía. De esta manera, para el desarrollo de la intersubjetividad, el niño deberá tener un adecuado funcionamiento de su SNE, el cual deberá codificar esta información en su sistema límbico.

Finalmente, Valdez y Ruggieri abordan la “Teoría de empatización y sistematización” elaborada por Baron Cohen en su obra titulada *“Autism: The empathizing-Systemizing (ES) Theory”* en 2009. Según el autor, la teoría de la mente tuvo éxito en explicar las afecciones sociales y de comunicación de las personas con TEA, pero no podía explicar los aspectos que no son sociales que hacen parte del trastorno. Esta teoría, nos permite articular los estudios de las afectaciones de la amígdala, la teoría de la mente, trastornos de mini columnas de las redes neuronales y las neuronas espejo, creando una nueva explicación sobre el funcionamiento neurocognitivo del autismo en sus aspectos sociales y no sociales.

Baron Cohen en su obra *“The essential difference: the male and female brain”* escrita en 2005, plantea la hipótesis de que los cerebros tienen sexo y que en función de ello, poseerá mayor o menor cantidad de rasgos femeninos o masculinos. El autor agrupa los rasgos femeninos bajo la capacidad de empatizar y los rasgos masculinos bajo la capacidad de sistematizar, medidos en “cociente de empatía” y “cociente de sistematización”. Esta hipótesis es la base de su “teoría de la empatización y la sistematización” elaborada en 2011.

Baron-Cohen (2011) plantea que la teoría de la empatización y sistematización

....explains the social and communication issues seen in autism and Asperger syndrome in connection, on the one hand, to delays and deficits in empathizing. The strengths in assimilating narrow areas of interest, on the other hand, involve an intact or even superior skill in systemizing (Baron-Cohen, 2011, p 346).

Según esta teoría, el cerebro de las personas con TEA es “híper masculinizado”, al poseer un déficit de empatización (rasgos femeninos) y una excesiva sistematización (rasgos masculinos).

Como plantean Valdez y Ruggieri sobre el estudio de Baron-Cohen (2011) para desarrollar la empatía, el sujeto deberá reconocer las expresiones faciales (función de la amígdala), tener desarrollado una “teoría de la mente” y un correcto funcionamiento de las NE que le permitan corporizar los sentimientos y emociones de los demás. El déficit de empatización de las personas con TEA produce alteraciones cualitativas en la comunicación, las interacciones sociales y ausencia de teoría de la mente.

Según esta teoría, este déficit en el cociente de empatía suele ser compensado con una sobreexpresión de los procesos cognitivos de sistematización, lo que da lugar al origen de una obsesión por los sistemas y conductas estereotipadas.

Las personas con TEA sistematizan los objetos y eventos en pequeñas partes, la dificultad se centra en la comprensión del objeto o evento en su totalidad. Esto le genera dificultades para predecir los acontecimientos, por el cual lo lleva a detenerse a analizar repetidamente las partes para poder entenderlas y luego poder predecirlas.

En síntesis, la teoría de la empatización y sistematización concibe que los déficit sociales y no sociales del autismo se originan por consecuencia de una híper sistematización y un déficit en la empatización en los procesos cognitivos.

Capítulo 3. Lenguaje y comunicación en niños con TEA

3.1 ¿Aprendizaje o adquisición del lenguaje?

En el transcurso de la historia, diversas perspectivas teóricas como la psicología experimental, psicolingüística experimental, antropología lingüística, psicología social pragmática, psicología cognitiva, psicología evolutiva, entre otras, han querido fundamentar sobre el surgimiento del lenguaje en el niño. Términos como “adquisición” y “aprendizaje” del lenguaje, indican corrientes pertenecientes a distintos paradigmas epistemológicos que concebían al lenguaje de diferente forma, donde el mismo se podría “adquirir” o “aprender”.

Se pueden destacar tres grandes paradigmas que teorizaron históricamente sobre el surgimiento del lenguaje en el niño, el paradigma conductista, el paradigma innatista y el paradigma interaccionista.

El paradigma conductista surge de la empirismo inglés de Locke, cuya postura epistemológica considera a los datos y resultados experimentales como principal fuente de construcción del saber por sobre los modelos teóricos. El conductismo surgió en principios del siglo XX con los estudios experimentales de Watson y Pávlov, con el fin de crear una psicología científica con resultados exactos. Watson, consideraba al lenguaje como una conducta más, que el sujeto aprenderá mediante un proceso de estímulo-respuesta y será condicionado por los reforzamientos positivos o negativos, desarrollados posteriormente por el filólogo y lingüista Leonard Bloomfield en 1933 y el psicólogo Frederic Skinner en 1957.

El paradigma innatista surge en contraposición del conductismo con la obra "*Logical Structure of Linguistic Theory*" postulada por Noam Chomsky en 1957, en la cual cuestiona el aprendizaje del lenguaje teorizado por Skinner en su obra "*Verbal Behavior*" en 1957. Su base empírica es racionalista, donde se considera a la razón como construcción del saber de verdades universales, en contraposición con el empirismo. Chomsky plantea que la adquisición del lenguaje se sostiene en una capacidad biológica, innata, universal y específica de los seres humanos. A esta capacidad biológica intrínseca, la denominó "*language acquisition device*" (LAD) y contiene reglas universales que nos dirige hacia una percepción sistemática del lenguaje, generando un conjunto de reglas internas.

El paradigma interaccionista surge en contraposición de los modelos de base epistemológica empirista y racionalista, apoyado en los enfoques pragmáticos de 1960, donde el objeto de estudio era el lenguaje en contexto de uso, focalizando la importancia de las interacciones sociales y el momento en el que se interactúa. Estos enfoques acentúan y desarrollan el estudio de la etapa pre verbal del niño y su pasaje a la etapa verbal. Los principales teóricos de este paradigma fueron Jerome Bruner y Claudia Lemos. En este paradigma, estudios como el "*baby talk*" indican la interacción de la madre-bebé sería el estímulo central para la adquisición del lenguaje, ideas debatidas por Bruner, quien enfatizó la importancia de todas las interacciones en la adquisición del lenguaje. Según Bruner, para adquirir el lenguaje el niño deberá adquirir la sintaxis, la semántica y un buen uso del componente pragmático, donde atravesará "formatos" que lo trasladarán de la etapa pre verbal a la verbal. Esta corriente es heterogénea y está compuesta por una gran cantidad de estudios que dividen este paradigma en dos, el interaccionismo y el socio-interaccionismo.

Dentro de los paradigmas existentes que explican el surgimiento del lenguaje en el niño, consideramos que la teoría de adquisición del lenguaje postulada por Bruner, aborda al lenguaje de forma más completa. La adquisición del lenguaje de Bruner pertenece al paradigma interaccionista y su origen tiene gran influencia de Jean Piaget, Lev Vigotsky, Noam Chomsky,

entre otros, los cuales logra articular para dar cuenta de este fenómeno desde sus componentes genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

3.2 Adquisición del lenguaje por Jerome Bruner

Para explicar la adquisición del lenguaje, nos basamos en las obras "*the formats of language acquisitions*" postulada en 1982 y "*Child's talk. Learning to use language*" postulada en 1983 por Jerome Bruner.

Bruner, postuló que la adquisición del lenguaje comienza en la etapa pre verbal, donde el desarrollo de facultades cognitivas, el funcionamiento de algo similar al Dispositivo para la Adquisición del Lenguaje (DAL), en interacción con un Sistema de Apoyo para la Adquisición del Lenguaje (SAAL), le permitirán al niño adquirir lenguaje, herramienta primordial para la absorción cultural.

Bruner, plantea la existencia de cuatro facultades cognitivas necesarias para la adquisición del lenguaje desarrolladas en el estadio sensorio-motor, la disponibilidad de medios, transaccionalidad, sistematicidad y abstracción.

La disponibilidad de medios se desarrolla en contextos interactivos, donde el niño se encuentra auto-impulsado a la acción y realiza actividades con apoyo del adulto para cumplir objetivos, donde transformará estas experiencias en estructuras cognitivas. Los niños están predispuestos a responder a la voz, los rostros, las acciones y los gestos de los humanos, haciendo uso de sus medios sensoriales (Bruner, 1983).

La transaccionalidad consiste en una dimensión donde el niño puede identificar a su madre y/o su cuidadora, emitir sonidos, realizar e imitar gestos, miradas, con fines comunicativos y sociales. Cuando la madre y/o cuidadora comienzan a dar respuesta a los actos comunicativos del niño y comienzan a comprender sus motivos de llanto y dar respuesta a sus pedidos, comienza a desarrollarse la reciprocidad. Esta facultad cognitiva es la base de la intersubjetividad y el desarrollo de la atención conjunta (Bruner, 1983).

La sistematicidad consiste en que el niño realiza gran parte de sus primeras actividades dentro de su sistema familiar mediante actos repetitivos con un alto grado de sistematicidad. Desde la manipulación de objetos hasta los primeros juegos, tienen un orden estricto y su finalidad es la exploración del entorno. Esta facultad cognitiva le permite al niño ingresar al mundo del lenguaje y la cultura con una disposición para el orden, mediante la comprensión y la creación de formas sistémicas que se adapten a los requerimientos sociales y las formas lingüísticas (Bruner, 1983).

La abstracción consiste en que los niños poseen reglas en sus actos sistemáticos que les permiten relacionarse con el tiempo, el espacio y la causalidad. Mediante estas reglas abstractas, el niño busca invariabilidad y permanencia en el medio que lo rodea. Esta facultad cognitiva le permitirá al niño realizar distinciones abstractas que le permitan organizar su mundo

e incorporar el sistema de reglas del lenguaje, necesarias para su posterior adquisición. El lenguaje, oficiará como amplificador, especificador y expansor de las distinciones que el niño tiene del mundo (Bruner, 1983).

Bruner (1983) afirma que el desarrollo de estas cuatro facultades cognitivas, son requisitos previos fundamentales para la adquisición del lenguaje en el niño. Sin embargo, el niño no accedería al lenguaje si no tuviera una capacidad específica para aprenderlo, por el cual el autor afirma la existencia de algo similar al DAL, conceptualizado por Noam Chomsky en su obra "*Logical Structure of Linguistic Theory*" en 1975.

Bruner (1983) realiza una descripción del DAL de Chomsky, donde plantea la existencia de un dispositivo abstracto capaz de generar la estructura sintáctica y formal del lenguaje en cualquier idioma sin necesidad de realizar interacciones con el medio. Esta estructura se denomina DAL, que consta en un dispositivo con una capacidad universal, innata y específicamente humana ubicada en el cerebro, que posibilita la adquisición del lenguaje en cualquier idioma del mundo. El DAL le permitirá al niño (aprendiz de hablante) reconocer regularidades profundas de la estructura del lenguaje que está implicado en su desarrollo, producto de un conocimiento innato profundo del lenguaje.

Bruner (1983) afirma la existencia de una capacidad biológica similar al DAL, que es responsable de generar la estructura lingüística del niño. Sin embargo, el autor considera la postura innatista "radical" y afirma la existencia de una estructura similar al DAL, la cual estaría en constante interacción con el medio y sería moldeada por lo que el autor agrupó bajo el término SAAL.

El SAAL es un sistema de apoyo compuesto por rutinas de interacción entre el niño y el o los adultos creados en su mayoría dentro de su sistema familiar. Estas rutinas, se repiten de forma sistemática a modo de que el niño pueda anticipar la respuesta y así, pueda comprender sustancialmente lo que ocurre en las interacciones, dada su capacidad limitada para procesar información. (Bruner, 1983).

Estas rutinas de interacción tempranas, son denominadas por Bruner "formatos de adquisición del lenguaje" y adquieren un rol preponderante en la adquisición del lenguaje.

Bruner (1982) define al formato como

... un microcosmos, definido por reglas, en el que el adulto y el niño hacen cosas el uno para el otro y entre sí. En su sentido más general, es un instrumento de la interacción humana regulada. Los formatos, al regular la interacción comunicativa antes de que comience el habla léxico-gramatical entre el niño y la persona encargada de su cuidado, constituyen unos instrumentos fundamentales en el paso de la comunicación al lenguaje (Bruner, 1982, p 179).

Los formatos pueden ser concebidos como escenarios en el cual deberá haber como mínimo un adulto y un niño, donde habrá una interacción en el cual se genera una reciprocidad, de manera que cada uno dependa de la respuesta del otro con el fin de cumplir un objetivo. Los

formatos son asimétricos, donde el o los adultos tienen un desarrollo cognitivo superior con respecto al niño y orientarán su atención y/o acción para que pueda producir actos de habla e introducirse en la comunidad lingüística.

Bruner (1982) describe la existencia de formatos de atención conjunta, formatos de acción conjunta y formatos mixtos.

En el primer año de vida, los primeros formatos son de acción conjunta y se dan en forma de juegos repetitivos, estructurados y ritualizados, tales como el escondite, está y no está, entre otros. Cuando el niño aprende cómo debe responder en estos formatos, los empieza a provocar esperando que aparezcan. Con la aparición del gesto de señalar, el niño comienza a regular el juego, tomando un rol activo en la interacción y es aquí donde se desarrollan los formatos de atención conjunta (Bruner, 1982).

En la primera mitad del segundo año de vida, aparecen los formatos de atención conjunta, en el cual el niño mediante el gesto de señalar, solicita ayuda para la acción y dirige la atención del adulto hacia un objeto visible o invisible con el fin de obtener una respuesta. En estos formatos se dan las interacciones triádicas y surgen las primeras palabras (Bruner, 1982).

En la segunda mitad del segundo año de vida, aparecen los formatos mixtos en el cual el niño comienza a formular frases cortas y realizar peticiones al adulto, que le exigirá una mayor explicación de su intencionalidad. Esta petición, estará compuesta por el adulto, la acción requerida y el objeto deseado. De esta manera, el adulto ayuda al niño a enfocarse en su objetivo y reduce sus opciones enunciativas respecto al léxico y la gramática, estructurando sus vocalizaciones con la acción, operando como un organizador lingüístico y ayudando al niño a cumplir sus intenciones mediante el lenguaje (Bruner, 1982).

Estos formatos se van complejizando a medida que el niño va atravesando sus diversas etapas del desarrollo y va tomando distintas formas.

En suma, Bruner describe la adquisición del lenguaje mediante un proceso interactivo en el cual el niño deberá tener desarrollados componentes biológicos que junto con el DAL mediados por el SAAL introducirán al niño en la comunidad lingüística. Los aportes de Bruner y el estudio de los formatos nos sirven no solo para teorizar la adquisición del lenguaje sino para diagramar las intervenciones en esta área.

3.3 Adquisición del lenguaje en niños con TEA

Como describimos anteriormente, los niños adquieren el lenguaje mediante un conjunto de componentes biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, el TEA al ser un trastorno del neurodesarrollo que posee una alteración generalizada en los componentes biológicos, psicológicos y sociales, ¿cómo adquieren lenguaje los niños con este trastorno?

Para dar cuenta de ello, nos basamos en los estudios de diversos autores que intentan dar cuenta de los aspectos alterados en la adquisición del lenguaje de niños con este trastorno.

Ángel Riviere y Juan Martos, en su obra “El niño pequeño con autismo” escrita en el 2000, se alinean con la perspectiva teórica de Bruner, considerando que el lenguaje se adquiere y está en constante interacción con el medio que lo rodea.

En sus estudios, indican que los componentes pre lingüísticos se encuentran alterados o desfasados en los niños con TEA, lo cual interfiere directamente en los formatos del lenguaje, provocando un retraso, alteración o no adquisición del lenguaje.

A continuación, utilizaremos la categorización de Bruner sobre las habilidades biológicas necesarias para la adquisición del lenguaje, que están alteradas en los niños con TEA, como describen Riviere y Martos (2000).

Disponibilidad de medios: Los niños de desarrollo normal, antes de los seis meses de edad poseen habilidades biológicas tales como la respuesta sensorial a la mirada, respuesta a la voz, rostros, acciones y gestos humanos. En los niños con TEA, generalmente estos procesos no ocurren antes de los seis meses, viéndose alterado el contacto ocular, la imitación y la atención. Estos son los primeros síntomas que indican la presencia de un TEA (Riviere y Martos, 2000).

Transaccionalidad: Los niños de desarrollo normal, al primer año de vida manejan un dominio privilegiado en sus interacciones con su madre y/o su cuidadora, donde comienzan a vocalizar sonidos, realizan e imitan gestos y miradas con fines comunicativos y sociales. En esta etapa, los niños introducen en su interacción diádica el interés por un objeto o evento del entorno, dando lugar a las interacciones triádicas. En las interacciones triádicas, los niños de desarrollo normal utilizan los actos de referencia social para regular sus emociones y/o su comportamiento, donde le solicitan a otro información sobre cómo debería reaccionar ante determinado comportamiento o expresión emocional que le es desconocida. Los niños con TEA, generalmente fallan en las interacciones triádicas, viéndose alterada su atención conjunta al no realizar el gesto de señalar ni comprender el señalamiento de los otros, no lograr alternar la mirada entre el objeto y el adulto y no desarrollar los actos de referencia social en este período, probablemente, debido a su dificultad en la comprensión de sus emociones. La atención conjunta y la referencia social tienen un rol preponderante en la intersubjetividad, la adquisición del lenguaje y la comunicación social, por lo cual estas alteraciones son un obstáculo en la adquisición del lenguaje de los niños con TEA (Riviere y Martos, 2000).

Sistematicidad: Los niños de desarrollo normal, en el primer año de vida realizan sus primeras actividades dentro de su sistema familiar mediante la realización de actos repetitivos de forma sistemática con un alto nivel de organización, con el fin de explorar el entorno. Estas habilidades cognitivas le permiten al niño introducirse al mundo lingüístico y la cultura mediante la comprensión y la creación de formas sistémicas que se adapten a los requerimientos de estos medios. Baron-Cohen, en su “teoría de la empatización y sistematización” escrita en 2009, plantea que los niños con TEA poseen una hiper sistematización y un déficit de la empatización, lo que produce una ausencia de teoría de la mente, que generaría alteraciones en la comunicación y las interacciones sociales. Según esta teoría, esto será compensado con

una sobreexpresión de sistematización, produciendo obsesiones por actividades rígidas y conductas estereotipadas. Estos procesos dificultan la entrada del niño con TEA al mundo lingüístico, ya que las reglas del cual se adhiere en este período no son parte del espacio común ni las compartidas socialmente y las actividades las realiza de forma estereotipada, sin fines de exploración y con escasez de creatividad (Riviere y Martos, 2000).

Abstracción: a los dos años de edad, los niños de desarrollo normal comienzan a generar reglas abstractas sobre sus actividades que le permiten ordenar su percepción del mundo y su relación con el tiempo, el espacio y la causalidad. La abstracción le permite al niño incorporar habilidades simbólicas de representación, que le dará acceso al juego simbólico y la entrada al lenguaje mediante la vocalización de las primeras palabras. En los niños con TEA, en esta etapa las habilidades simbólicas de representación se ven afectadas al tener alteradas o no desarrolladas la atención conjunta, la imitación y la referencia social, generando como consecuencia, alteraciones o ausencia del desarrollo del lenguaje y generalmente, ausencia del juego simbólico (Riviere y Martos, 2000).

Al verse alteradas estas facultades cognitivas en los niños con TEA, su ingreso a los formatos no se da de manera natural y espontánea, sino que previamente se deberá evaluar y abordar las facultades alteradas en cada niño para luego poder enriquecer sus interacciones diádicas y alcanzar las triádicas. Las facultades de atención conjunta, referencia social, imitación y habilidades simbólicas de representación resultan alteradas en niños con TEA y esto retrasa la adquisición del lenguaje.

Con respecto a los datos estadísticos de adquisición del lenguaje en niños con TEA, Ángel Riviere y Mercedes Belinchón (2003) afirman que

En todos los sujetos con autismo se dan, en muy diversos grados, retrasos en la adquisición del lenguaje expresivo (que llegan al "mutismo" total que muestra aproximadamente el 50% de los niños de cinco años, Rutter, 1977), trastornos severos de la comprensión verbal y pautas desviadas de evolución lingüística, como la ecolalia, la inversión de pronombres, la escasez y concreción del vocabulario o las alteraciones prosódicas y articulatorias (Riviere y Belinchón, 2003, p 20).

Los niños con TEA tienen una gran variabilidad en su perfil lingüístico, según su desarrollo intelectual y social, por el cual se destaca la singularidad respecto a la adquisición del lenguaje en cada niño, pudiéndose dar en tiempos y formas diferentes en cada caso.

Con respecto al pronóstico en la adquisición del lenguaje de niños con TEA, Narbona & Chevrie (1997) afirman que

La regla empírica es que los niños que no hablan pasados los cinco años tienen un pronóstico negativo en lo que refiere al lenguaje y a la inteligencia aunque haya ocasionalmente niños autistas que llegan a hablar tan tarde como hacia los 10 años (Narbona & Chevrie, 1997, p 370).

En suma, los niños con TEA presentan alteraciones en facultades cognitivas que deberían desarrollarse antes de los tres años de edad, como la abstracción, sistematización, transaccionalidad y disponibilidad de medios. Estas facultades cognitivas son necesarias para acceder al juego simbólico y adquirir el lenguaje. El perfil lingüístico de cada niño con TEA es variado y dependerá de su desarrollo intelectual y social, por el cual se destaca la importancia de valorar los diferentes niveles de afectación en cada singularidad.

3.4 Alteraciones en la comunicación y el lenguaje en niños con TEA

Los niños con TEA tienen una gran variabilidad en su perfil lingüístico y comunicativo, que varía según la edad, cognición, nivel de severidad del trastorno, comorbilidad con otras deficiencias y condiciones ambientales de cada persona y la etapa del desarrollo en la que se encuentre. Esta variabilidad abarca desde el mutismo total hasta el manejo de un vocabulario rico y fluido donde hablen en profundidad sobre temas de su interés, manteniendo alteraciones pragmáticas.

Soto (2007) en su artículo “Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista”, afirma que las principales dificultades en la comunicación de personas con TEA son las fallas pragmáticas. Los niños con TEA, al no tener teoría de la mente y no poder transmitir ni interpretar deseos, creencias, emociones, entre otros aspectos, no pueden generar interacciones fluidas con otros, aspecto que dificulta la construcción de habilidades simbólicas de representacionalidad y altera finalmente su comunicación social y el uso del lenguaje.

Para el estudio del lenguaje y la comunicación en niños con TEA, es necesario separar a los niños verbales de los pre verbales.

Los niños pre verbales con TEA, realizan actos comunicativos protoimperativos y no acceden a los protodeclarativos. Siguiendo a Gómez y Cols (1995) los actos protoimperativos y protodeclarativos fueron descritos por Bates para referirse a las funciones comunicativas más relevantes en los niños. Los actos protoimperativos refieren a la petición que realiza el niño mediante un gesto para conseguir que otra persona haga algo y los actos protodeclarativos cuando el niño realiza un gesto para captar la atención de otra persona con fines interactivos.

Los niños pre verbales con TEA no desarrollaron el gesto de señalar (de gran relevancia al ser intencional, intersubjetivo y simbólico) y no desarrollaron la atención conjunta, de esta manera, no logran establecer interacciones triádicas entre el, el adulto y el objeto, dificultando la realización de actos de comunicación protodeclarativos. Sin embargo, compensan el señalamiento con gestos protoimperativos de petición para solicitar un objeto, una acción o actividad de manera no convencional y disfuncional, generalmente no considerando la atención del otro, no estableciendo contacto ocular, entre otros aspectos.

Los niños pre verbales con TEA no desarrollaron la imitación y la referencia social, por el cual presentan dificultades en la expresión y comprensión de los estados emocionales,

generando actos comunicativos con expresiones faciales no acordes a la situación o sin ninguna expresión emocional y no comprendiendo las expresiones emocionales de los demás.

Por otro lado, los niños verbales con TEA, generalmente acceden al lenguaje mediante el uso de la ecolalia y lo adquieren de forma tardía.

Para describir los niveles alterados en el lenguaje en el polo de expresión y comprensión de los niños con TEA, utilizaré la clasificación de Baron-Cohen y Bolton (1998) y los estudios de Riviere y Martos (2000).

Nivel fonético-fonológico: Este nivel está compuesto por los fonemas, que son las unidades de sonidos del habla y la fonología que refiere a los fonemas en relación a su función en la lengua. Los niños con TEA, manifiestan alteraciones prosódicas, donde su entonación y el volumen del habla no se adaptan al contenido de las palabras ni a su contexto de producción, y no saben identificar estas variables en el habla del otro, afectando la expresión y comprensión (Baron-Cohen y Bolton, 1998).

Nivel morfosintáctico: Este nivel está compuesto por la morfología, que estudia la estructura interna de cada sintagma y la sintaxis que estudia el orden y la relación de cada sintagma dentro de una oración. En este nivel, los autores no destacan que haya alteraciones significativas en la gramática de los niños verbales con TEA en comparación con la gramática de un niño de desarrollo neurotípico, sin embargo, generalmente se producen alteraciones en la expresión y comprensión de los pronombres personales (Baron-Cohen y Bolton, 1998).

Nivel léxico-semántico: Este nivel está compuesto por el léxico, que estudia las palabras y expresiones utilizadas por un conjunto de personas dentro de una región y la sintaxis, que estudia la secuencia en el cual el sujeto ordena los sintagmas y palabras, el uso que se le da en situaciones concretas y las funciones que cumplen. En los niños con TEA, al estar alteradas las habilidades simbólicas de representación, la comprensión y el uso de las palabras en torno a eventos concretos se ve limitada. Se crean grandes dificultades a la hora de interpretar un mensaje verbal, ya que les cuesta acceder a su significado y al componente simbólico de la misma, no comprendiendo las ironías, los chistes complejos, entre otros (Baron-Cohen y Bolton, 1998).

Nivel pragmático: Este nivel es abordado en profundidad por Riviere y Martos (2000), donde afirman que los principales aspectos del componente pragmático alterados en los niños con TEA verbales son la regulación temporal del intercambio social, el lenguaje corporal, las habilidades de escucha, entonación del habla y volumen del habla.

La regulación temporal del intercambio social, regula el tiempo de intercambios comunicativos con otra persona, es necesaria para mantener un diálogo fluido y le otorga significado a lo que decimos, mediante el uso y lectura del lenguaje corporal, identificación de la comprensión de nuestro mensaje por el otro, entre otros aspectos. Este componente se ve afectado o no desarrollado en niños con TEA, generando dificultades o imposibilidad de establecer una conversación con otro (Riviere y Martos, 2000).

El lenguaje corporal se compone por tres aspectos, la expresión facial, el gesto y la postura. Dentro de la expresión facial, el contacto ocular en niños con TEA se encuentra alterado y en algunos casos no se logra establecer. Las expresiones de los niños con TEA son estáticas y presentan poca variedad, se puede identificar la expresión de sus emociones en su rostro, pero de manera monótona y a ellos se les dificulta mucho realizar una lectura de la expresión facial de las emociones de los demás. Los niños con TEA presentan alterados o no desarrollados los gestos de señalar, despedirse, asentir y negar con la cabeza, hacer señas, entre otros, lo cual interfiere en el proceso de adquisición del lenguaje y en su uso. La postura y su interpretación está alterada en niños con TEA, generando dificultades como el no saber posicionarse ante un intercambio comunicativo con otra persona y no entender los cambios posturales de los otros (Riviere y Martos, 2000).

Las alteraciones en el uso y la lectura del lenguaje corporal y en la regulación temporal del intercambio social, genera que el niño con TEA tenga alterada su habilidad de escucha. A los niños con TEA se le dificulta prestar atención en las palabras y en el lenguaje corporal del otro, por el cual generalmente no logra comprender hacia quien se dirige la comunicación y que intenta transmitir (Riviere y Martos, 2000).

En cuanto a la entonación y al volumen del habla, el niño deberá adaptar la intensidad y el énfasis de su voz según el mensaje que quiera transmitir, la distancia entre el emisor y el receptor y el grado de atención del interlocutor a la interacción. Estos componentes pragmáticos se ven alterados o no son desarrollados en niños con TEA, generando alteraciones pragmáticas en la prosodia (Riviere y Martos, 2000).

En suma, las alteraciones del lenguaje y la comunicación en los niños con TEA son variadas, por el cual se deberá evaluar los componentes alterados en cada caso. Los niños con TEA pre verbales, generalmente no desarrollaron la atención conjunta y las habilidades de referencia social, por el cual aún no lograron establecer interacciones triádicas ni adquirir el gesto de señalamiento. Los niños con TEA verbales en su mayoría adquirieron el lenguaje mediante el uso de la ecolalia y al no tener desarrolladas determinadas facultades cognitivas elementales, su lenguaje y comunicación tendrán alteraciones en todos los niveles, fundamentalmente en el pragmático.

3.5 Criterios diagnósticos del lenguaje y comunicación en niños con TEA

Con respecto a los criterios diagnósticos de la comunicación en niños pre verbales y verbales con TEA, Alcantud (2013) en su obra "Trastornos del espectro autista, detección, diagnóstico e intervención temprana" propone la siguiente clasificación

Nivel 1: Es el nivel más severo, donde hay falta de intencionalidad comunicativa, presencia de mutismo (total, parcial o funcional) y sordera central o falta de respuesta al lenguaje

Nivel 2: Únicamente conductas instrumentales de petición, gestos, palabras sueltas o ecolalias a nivel expresivo y comprensión de frases simples asociadas a la propia acción.

Nivel 3: Conductas comunicativas de petición, lenguaje no discursivo con producciones creativas, junto a ecolalias y comprensión de enunciados.

Nivel 4: Conductas comunicativas para diversidad de funciones como declarar, comentar, informar, etc; habla formal adecuada, dificultades pragmáticas y conversacionales, alteraciones prosódicas; dificultades en la comprensión del significado intencional de las emisiones. (Alcantud, 2013,p 125).

Esta clasificación en niveles aprecia las diferentes áreas afectadas en la comunicación de los niños con TEA e identifica los aspectos a intervenir con el fin de ampliar sus funciones y modalidades comunicativas.

Para introducirnos en el diagnóstico del lenguaje en niños con TEA revisamos el trabajo de Narbona & Chevrie en su libro "El lenguaje del niño", escrito en 1997. Los autores problematizan que las alteraciones en el lenguaje de personas con TEA no son exclusivamente del TEA, sino que son trastornos del lenguaje presentes en otras patologías, que están presentes en el autismo. De esta manera, Narbona & Chevrie (1997) exponen la clasificación de los trastornos del lenguaje en las personas con TEA propuesta por Allen y Cols en 1998.

Esta clasificación describe la agnosia auditiva verbal, el síndrome fonológico-sintáctico, el síndrome léxico-sintáctico, trastorno semántico-pragmático del lenguaje, déficit pragmáticos verbales y no verbales, ecolalia y déficit prosódico.

Agnosia auditiva-verbal: Es el déficit más severo en el lenguaje de las personas con TEA, donde presentan dificultad para descifrar el lenguaje presentado mediante la vía auditiva externa. En este trastorno, los niños dentro del espectro autista para satisfacer sus necesidades suelen arrastrar la mano de sus adultos referentes hacia lo que desean, en lugar de señalar y vocalizar. Si este trastorno persiste de manera severa en el tiempo, el pronóstico es que el niño permanecerá sin lenguaje (Narbona & Chevrie, 1997).

Síndrome fonológico-sintáctico: Los niños con TEA que tienen este síndrome, tienen una buena comprensión del lenguaje. La expresión del lenguaje es entrecortada, los niños realizan un gran esfuerzo para hablar y carecen de palabras de función sintáctica, como los artículos, conjunciones, preposiciones, entre otras. La fonología se encuentra alterada, los niños suelen generar distorsiones y sustituciones que afectan la inteligibilidad (Narbona & Chevrie, 1997).

Síndrome semántico-pragmático: En este síndrome, se ve alterada la comprensión del lenguaje. Los niños con TEA que tienen este síndrome, suelen verbalizar palabras sofisticadas aunque en contextos menos apropiados y sin una clara comprensión de lo que dicen. Es probable que no comprendan las preguntas que inicien con "qué", "quién", "cómo", "cuándo" y "dónde" y respondan a una palabra de la pregunta y no a su totalidad. Están alterados los

aspectos formales del lenguaje (sintaxis, léxico, fonología y prosodia) y su uso social y comunicativo (Narbona & Chevrie, 1997). .

Síndrome léxico-sintáctico: Dentro de este síndrome los niños con TEA presentan un inicio del lenguaje tardío, las primeras producciones verbales se caracterizan por tener una estructura gramatical y una fonología alterada. Los niños tienen graves dificultades para encontrar las palabras (Narbona & Chevrie, 1997). .

Déficit pragmático verbal y no verbal: Este déficit es característico del TEA, donde el uso del lenguaje verbal y no verbal es deficitario. Los niños con TEA, presentan graves dificultades para entablar conversaciones significativas, donde brindan información no verbal errónea y les cuesta mantener el tópico y el intercambio. Hablar sin intención comunicativa, con la mirada perdida y de espaldas al interlocutor, no realizar señalamiento ni hacer gesto de “sí” y “no” con la cabeza, son algunos de los aspectos alterados en este déficit (Narbona & Chevrie, 1997). .

Ecolalia: La presencia de ecolalia hace parte de la adquisición del lenguaje de los niños de desarrollo neurotípico antes de los tres años de edad. En los niños con TEA, puede aparecer de manera inmediata o diferida. La ecolalia inmediata podría indicar un trastorno de comprensión y procesamiento semántico. La ecolalia diferida es la repetición literal de frases o expresiones en contextos erróneos. La misma podría indicar un trastorno en la comprensión de la proposición que realiza y/o en la idea que quiere transmitir (Narbona & Chevrie, 1997). .

Déficit prosódicos: Dentro de este déficit los niños dentro del espectro presentan una calidad monótona en su habla, entonación ascendente, articulación de las palabras extremadamente minuciosa y un ritmo rígido (Narbona & Chevrie, 1997). .

En suma, resulta imprescindible profundizar el estudio de los criterios diagnósticos de la comunicación y el lenguaje en niños con TEA, para identificar en qué situación se encuentra cada niño y saber cómo podemos intervenir. Las intervenciones en lenguaje y comunicación de niños con TEA resultarán imprescindibles para estimular el desarrollo de facultades cognitivas, que serán la base para el desarrollo de la intersubjetividad y su introducción en el mundo lingüístico.

4. Intervenciones en el lenguaje y comunicación en niños con TEA

4.1 ¿Por qué intervenir desde la psicología en el lenguaje y comunicación de los niños con TEA?

Dada la temática abordada en esta monografía, nos compete cuestionarnos sobre la pertinencia de las intervenciones psicológicas en el lenguaje y la comunicación de las personas con TEA. Para ello, abordamos varios estudios que nos permitieron elaborar una hipótesis

sobre la importancia de las intervenciones psicológicas en estas áreas y su influencia en la subjetividad del sujeto.

En primer lugar, abordamos la teoría socio-cultural del desarrollo de Lev Vygotski postulada en su obra "El desarrollo de los procesos psicológicos superiores" escrita en 1979. Esta teoría, sustenta que la estructura psíquica del niño se desarrolla mediante la interacción de factores biológicos denominados Funciones psíquicas Elementales (FPE) con factores socio-culturales, que mediante un proceso de internalización, logra modificar su estructura dando lugar al surgimiento de las Funciones psíquicas superiores (FPS).

Las FPE se desarrollan de manera natural, y están vinculadas a la formación de la memoria, la atención, percepción, entre otros factores y no son exclusivos de los seres humanos, siendo compartidas con otras especies animales.

No obstante, Vygotski (1979) plantea que las FPS son específicamente humanas y se desarrollan cuando el niño mediante las interacciones sociales logra integrar las herramientas y los signos brindados de forma interpersonal a sus actividades psicológicas intrapersonales.

Las FPS, tienen un rol regulador en la acción del sujeto y su conducta, moderándola de forma consciente voluntaria o inconscientemente mediante la internalización de instrumentos de mediación.

Vygotski realiza una clasificación de las FPS, dividiéndolas en Funciones Psicológicas Superiores Rudimentarias (FPSR) y Funciones Psicológicas Superiores Avanzadas (FPSA). Las FPSR se desarrollan mediante la internalización de actividades organizadas socialmente como el uso del habla, mientras que las FPSA requerirán de la instrucción de un adulto mediador, en un contexto de aprendizaje específico, como las instituciones escolares.

Vygotski clasifica al lenguaje como una FPSR, donde el niño interiorizará de manera inconsciente el habla y esto le permitirá enriquecer sus interacciones sociales, solucionar problemas complejos, satisfacer sus necesidades, regular su acción, fortalecer el pensamiento, entre otros aspectos.

Siguiendo esta línea, la segunda teoría abordada es la obra "Pensamiento y lenguaje" escrita por Vygotski en 1982.

Vygotski (1982) afirma que el pensamiento y el lenguaje provienen de raíces ontogenéticas y filogenéticas diferentes, no obstante, con la adquisición del lenguaje y las primeras producciones verbales, el pensamiento comenzará a ser verbal y el mismo estará atravesado por una determinación histórico-cultural que dictará las leyes generales de este nivel de comportamiento.

Vygotski (1982) en su análisis filogenético, afirma que en el pensamiento y el lenguaje se puede observar una fase pre intelectual en la gestación del habla y una fase pre lingüística en la formación del pensamiento. En su análisis ontogenético, el autor afirma que en un momento del desarrollo del niño, el pensamiento y el lenguaje se encuentran, produciendo un pensamiento verbal y un lenguaje racional.

Concluyendo la interrelación del desarrollo del pensamiento y el lenguaje, Vygotski (1982) afirma que

... el desarrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje, es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia socio-cultural del niño. Esencialmente, el desarrollo del lenguaje interiorizado depende de factores externos; el desarrollo de la lógica en el niño, como lo han demostrado los estudios de Piaget, es una función directa del lenguaje socializado. El crecimiento intelectual del niño depende del dominio de los medios sociales del pensamiento, esto es, del lenguaje (Vygotski, 1982, p 44).

Posteriormente, revisamos el estudio de Soto, titulado “Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista” publicada en 2007. En este estudio, el autor se realiza la interrogante, ¿por qué abordar el lenguaje y la comunicación en niños con TEA?

Soto (2007) afirma que los niños con TEA presentan dificultades en interactuar de forma abstracta y manipular el mundo físico, lo cual les genera serias dificultades en el relacionamiento interpersonal. Al no tener desarrollados los conceptos del espacio, tiempo, cantidad, calidad y causalidad, su lenguaje y su comunicación se ven alterados y se encuentra amenazada su autonomía, dificultando su toma de decisiones, el control de sus acciones, la regulación de su conducta y la de los demás, entre otros aspectos.

En suma, desde la perspectiva teórica expuesta por Vygotski y el estudio de Soto, podríamos afirmar la importancia de la adquisición del lenguaje en el desarrollo del niño y su estrecha relación con el pensamiento, siendo este, no solo una herramienta de comunicación, sino una FPS que le permitirá regular sus acciones y su conducta, enriquecer sus interacciones con el medio, los objetos y las personas. Desde esta perspectiva, el lenguaje adquiere un rol imprescindible en el proceso de subjetivación del sujeto, siendo la principal herramienta de absorción cultural y determinante en el desarrollo del pensamiento.

Desde nuestro punto de vista, el tratamiento de las personas con TEA en el Uruguay representa un desafío para los diversos actores sociales, entre ellos, los psicólogos, en el cual se ven interpelados en sus diferentes ámbitos de intervención a nivel teórico y práctico. Las personas con TEA presentan alteraciones severas a nivel conductual, en el lenguaje y la comunicación, aspectos que transversalizan y obstaculizan las intervenciones psicológicas. Dada la implicancia del lenguaje y la comunicación en el desarrollo y su estrecha relación con el comportamiento de las personas con TEA, resulta difícil dissociar estos aspectos y excluir alguno de estos puntos en nuestra intervención.

Finalmente, en vez de preguntar ¿por qué se deberá intervenir desde la psicología en el lenguaje y comunicación en los niños con TEA? creo que se debería preguntar lo siguiente: Dada la implicancia de la comunicación y el lenguaje en la subjetivación y la calidad de vida de los niños con TEA, ¿es posible pensar una intervención psicológica en los niños con TEA sin abordar el lenguaje y la comunicación?

4.2 Posibles intervenciones en la comunicación y el lenguaje en niños con TEA desde la psicología

En este apartado mencionamos algunas intervenciones clínicas posibles en la comunicación y el lenguaje de los niños con TEA.

Nora Graña (2014) en su obra “Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista” plantea que una intervención en una persona con TEA

“ [...] es cualquier acción terapéutica o de tratamiento diseñada para ayudar a personas con autismo a reducir o curar los síntomas nucleares, mejorar las habilidades adaptativas de la vida diaria, reducir las conductas disruptivas o problemáticas, tratar las condiciones coexistentes o comorbilidades, incrementar el desarrollo cognitivo de habilidades académicas y laborales, y mejorar la calidad de vida (Graña, 2014, p 89).

Graña (2014) enfatiza la importancia de las intervenciones y su inicio temprano en los niños con TEA, aprovechando la plasticidad cerebral en esta etapa evolutiva, donde los niños poseen mayor disposición para el aprendizaje y hay mayor posibilidad de rehabilitar aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos dañados en su desarrollo.

Siguiendo esta línea, revisamos las obras de Valdez y Ruggeri (2011), Riviere y Martos (2000), Soto (2007) y Alcantud (2013), donde enfatizan la importancia de realizar intervenciones tempranas en componentes neurobiológicos y neuropsicológicos alterados en niños con TEA para el abordaje en su lenguaje y comunicación.

Dado el variado perfil lingüístico de las personas con TEA, comenzamos a desarrollar las intervenciones en las facultades cognitivas pre verbales, luego abordamos la estimulación del desarrollo de los instrumentos comunicativos complejos y de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) y finalmente, ahondaremos en las intervenciones en los diferentes niveles del lenguaje.

Los niños pre verbales con TEA presentan alteraciones severas en sus facultades cognitivas involucradas en la adquisición del lenguaje y su comunicación, como los actos de referencia social, la atención conjunta, el gesto de señalar, entre otros. Esto genera como consecuencia que no desarrollen un recurso comunicativo complejo, generando berrinches, llantos y conductas de escape hacia el adulto para poder comunicar su deseo en ese momento.

Valdez y Ruggeri (2011) afirman que toda intervención temprana en niños con TEA deberá tener como objetivo ampliar sus recursos, funciones e instrumentos comunicativos y fortalecer su intención comunicativa. Para ello, se deberá contemplar la singularidad de cada niño con TEA y sus afecciones neurobiológicas y neuropsicológicas para evaluar los aspectos a intervenir que posibiliten el aprendizaje de un código de comunicación.

Siguiendo esta línea, Soto (2007) propone un método de intervención en la comunicación de los niños con TEA basada en la observación de sus actos comunicativos y las respuestas de

sus adultos referentes, con el objetivo de fortalecer la intención comunicativa y la iniciativa comunicacional del niño. Este abordaje, requerirá que el profesional observe los actos comunicativos del niño con TEA con sus adultos referentes en el ámbito clínico, educativo y el hogar, donde deberá analizar en qué situaciones el niño se comunica y toma la iniciativa de comunicarse y como se responde ante sus actos comunicativos. De esta manera, una vez identificados estos momentos, se deberá indicar a los adultos referentes que den respuesta ante los actos comunicativos del niño con TEA y puedan crear situaciones similares de interacción para que el niño tome la iniciativa de comunicarse. De esta forma se fortalece la intención comunicativa y el desarrollo de la causalidad social, donde el niño con TEA observa que sus actos comunicativos generan una reacción en los demás o en su entorno y crea una reacción entre su acto y la respuesta obtenida.

El abordaje de la intención comunicativa, la causalidad social y el fortalecimiento de las interacciones de los niños pre verbales con TEA, deberán ser acompañados por la enseñanza de instrumentos de comunicación complejos que le permitan mejorar sus actos comunicativos y le faciliten el aprendizaje de un código de comunicación y/o le sirva de entrada para la adquisición del lenguaje.

El primer instrumento de comunicación complejo es el gesto de señalar, en el cual el niño establece una interacción triádica entre el, el adulto y el objeto deseado.

Siguiendo esta línea, Riviere y Martos (2000) afirman la importancia de enseñar el gesto de señalar de forma explícita en los niños con TEA pre verbales, ya que no solo le será una herramienta de interacción sino que le servirá para satisfacer sus deseos y demandas de manera rápida, sin acudir a los signos y/o las palabras. Los pasos en la enseñanza del señalamiento son cinco, tocar señalando, señalando a distancia, señalar para escoger, señalar y hacer uso de la mirada y señalar y usar sonidos o palabras.

El primer paso tiene como objetivo que el niño logre adquirir el hábito de tocar con el dedo índice la imagen y/o las cosas que desea y que obtenga una respuesta favorable del adulto referente (Riviere y Martos, 2000).

El segundo paso es más abstracto y tiene como objetivo que el niño logre adquirir el hábito de señalar con el dedo índice a distancia la imagen y/o el objeto que desea y obtener una respuesta inmediata del adulto referente. En este paso, se deberá colocar el objeto y/o imagen que el niño desea dentro de su campo visual, y moldear con la mano el gesto de señalar respetando esa distancia, donde una vez conseguido, se le dará de inmediato el objeto solicitado (Riviere y Martos, 2000).

El tercer paso tiene como objetivo que el niño realice el señalamiento a distancia e incorpore la mirada hacia el adulto referente. Se deberá colocar al niño frente a nuestros ojos para que vaya estableciendo contacto visual y de a poco incorporar como requisito para responder a sus señalamientos a distancia (Riviere y Martos, 2000).

El cuarto y último paso es de gran complejidad e implica colocar pocos objetos de su interés en su campo visual donde al darle el objeto deseado mediante el señalamiento y la mirada se mencionará en voz alta la palabra que representa al objeto. El niño comenzará a realizar sonidos y/o mover los labios e irá aumentando de a poco la complejidad de sus emisiones, donde podrá o no, alcanzar la palabra (Riviere y Martos, 2000).

Una vez trabajado el señalamiento, la intención comunicativa, la causalidad social y se haya abordado el fortalecimiento de sus interacciones con el entorno, se deberá enseñar al niño con TEA que no haya adquirido el lenguaje oral de manera transitoria o permanente un código de comunicación alternativo. Soto (2007) afirma que el cincuenta por ciento de los niños con TEA son pre verbales y no adquirieron el lenguaje, por el cual se deberá acudir al uso y aprendizaje de algún SAAC.

Alcantud (2013) conceptualiza a los SAAC como

... instrumentos de intervención logopédica/educativa destinados a personas con alteraciones de la comunicación y/o del lenguaje, y cuyo objetivo es la enseñanza, mediante procedimientos específicos de instrucción, de un conjunto estructurado de códigos no vocales, necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante procedimientos específicos de instrucción, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos o en conjunción con códigos vocales, o como apoyo parcial, a los mismos, o en conjunción con otros códigos no vocales (Alcantud, 2013, p 253).

Siguiendo esta línea, Valdez y Ruggeri (2011), afirman que las personas con TEA procesan mejor la información de manera visual y concreta y no de manera abstracta. Analizando el lenguaje, el mismo nos demanda un procesamiento primordialmente auditivo-secuencial y abstracto, lo cual dificulta el proceso de adquisición del lenguaje en personas con TEA.

Es por ello que para trabajar la comunicación y el lenguaje en niños pre verbales con TEA se recomienda la utilización de algún SAAC con material visual, para una correcta estimulación de la comunicación y/o favorecer el proceso de adquisición del lenguaje oral.

Alcantud (2013), afirma que la elección de un SAAC deberá basarse en los siguientes principios

- Se deberá tener en cuenta la evaluación de las competencias comunicativas del niño a tratar y de los diferentes contextos en el que desarrolla su vida.
- Se tendrá que valorar la preferencia del niño ante una modalidad u otra, siendo la motivación un pilar esencial para el éxito de la intervención.
- La elección del SAAC deberá ser consensuada junto con las personas significativas de la persona a tratar, ya que las mismas deberán ser aplicadas en su hogar, en la escuela y en la comunidad de manera simultánea.

- Se deberá individualizar y flexibilizar el SAAC según las necesidades especiales de cada persona a tratar.

Siguiendo a Alcantud (2013) los SAAC más utilizados en niños con TEA son el programa de comunicación total de Schaeffer, el sistema de comunicación mediante el intercambio de imágenes PECS de Brody y Frost y las plataformas digitales.

Programa de comunicación total de Benson Schaeffer: Este programa es bimodal y se aplica con ayuda del adulto. Está diseñado para niños que no accedieron al lenguaje oral y tienen graves dificultades en la comunicación. Contiene dos ejes que lo definen, el primero, es el habla signada, donde el adulto le ofrece al niño símbolos de manera visual acompañados de palabras; el segundo, es la comunicación simultánea, donde el adulto utiliza el código oral y de señas simultáneamente para comunicarse con la persona en tratamiento. El objetivo de este programa es facilitar el acceso al lenguaje oral al niño y fomentar su uso espontáneo del código. Se pueden substituir las señas por fotografías o imágenes, se deberá adaptar a las necesidades individuales de la persona a tratar (Alcantud, 2013).

Sistema de comunicación PECS de Brody y Frost: Este sistema tiene como objetivo enseñarle a la persona no vocal a comunicarse de manera funcional. Se aplica inicialmente con ayuda del adulto, que le brinda a la persona a tratar pictogramas de complejidad ascendente, que deberá señalar para obtener el resultado deseado. Este sistema no deja de lado el habla y se divide en fases, comenzando con el señalamiento de imágenes sueltas para obtener un objeto o situación deseada hasta el uso de estructuras gramaticales y semánticas complejas que refieren a diversas funciones comunicativas (Alcantud, 2013).

Plataformas digitales: Con el avance tecnológico, la globalización y el uso de las TICs, diversos SAAC fueron creados en forma de Softwares, pictogramas y manuales digitalizados, por diferentes entes, para facilitar el acceso de las familias y profesionales a sistemas de fácil acceso y uso. El ARASAAC es un portal web aragonés de referencia para profesionales y familiares donde se encuentran digitalizadas fotos, videos, manuales, pictogramas para favorecer una comunicación funcional. Dentro del portal web, se destacan los softwares "Araboard" que permite crear, editar y usar tableros de comunicación y "Araword" que procesa los textos y crea pictogramas. Otra plataforma digital de referencia es el sitio del "Proyecto Azahar" creado por la Universidad de Valencia y la Fundación Orange, el cual contiene diez aplicaciones para usar en dispositivos portátiles y móviles de descarga gratuita que contienen pictogramas, sonidos e imágenes adaptables a las necesidades de cada usuario. Entre ellos, se destacan las aplicaciones "INTERNET-RADIO", abocada al ocio, "HOLA", abocada a la comunicación y "TOC-TOC" abocada a la planificación. Los mismos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con TEA (Alcantud, 2013).

La aparición de las primeras palabras en los niños con TEA suelen adquirirse de manera tardía, en forma de ecolalia inmediata o diferida, mediante el uso de los SAAC o pueden no adquirirse. Para una correcta intervención en el lenguaje de los niños con TEA, se deberá evaluar los diferentes componentes del lenguaje de cada niño e identificar los puntos que necesitan una intervención.

Siguiendo esta línea, revisamos las intervenciones propuestas por Valdez y Ruggeri (2011) en el polo expresivo, comprensivo y el componente pragmático del lenguaje en los niños con TEA.

Expresión del lenguaje: Refiere a la oralización del lenguaje. En este nivel, se deberá estimular el componente léxico-semántico de los niños con TEA para que puedan alcanzar la adquisición de las primeras palabras con valor referencial, ampliar su vocabulario, la categorización semántica y fomentar habilidades de descripción y definición de objetos, animales y personas.

Para estimular la adquisición de las primeras palabras con valor referencial, el niño con TEA deberá tener desarrollados recursos comunicativos complejos que le permitan comenzar a adquirir el lenguaje. Es importante que estimulemos la adquisición de palabras que sean importantes para el niño a intervenir, sea algún objeto de su interés, un alimento, entre otras cosas. La motivación y la singularización de la técnica son primordiales para la obtención de resultados. Es importante buscar términos concretos y no genéricos, ya que podría dificultar la ampliación del vocabulario posteriormente. A modo de ejemplo, la palabra genérica sería “comer” y la palabra concreta sería “pan”, si estimulamos el aprendizaje de la palabra “comer” tempranamente, luego se nos dificultará enseñarle las palabras específicas “pan”, “arroz”, “galletas”, entre otras, ya que el niño generalizará la acción sin necesidad de utilizar los términos específicos. Es prioridad trabajar la intención comunicativa, por ende es primordial estimular el aprendizaje de palabras auto iniciadas, permitir que el niño pueda oralizar la palabra completa por su propia cuenta. Una vez que el niño con TEA pueda oralizar una palabra referencial, es importante no estimular la simplificación de la palabra ni estimular el aprendizaje de sinónimos del término o utilizar ese término para referirnos a otros objetos similares por su uso o por su forma (Valdez y Ruggeri, 2011).

La ampliación del vocabulario dependerá de los intereses del niño y las necesidades comunicativas en los diferentes contextos que atravesare. La agenda visual que se utiliza a diario en la casa y en la escuela son fundamentales para estimular la adquisición de las primeras palabras de referencia y la ampliación del vocabulario del niño con TEA. Con la agenda visual también se puede anticipar acontecimientos en los diferentes contextos, por ejemplo, “vamos a dormir”, “vamos a comer”, “vamos a la escuela”, entre otros (Valdez y Ruggeri, 2011).

Si el niño con TEA amplió su vocabulario, se podrán hacer actividades de categorización semántica, donde mediante juegos se le ayude al niño a aprender a categorizar y agrupar elementos, personas u objetos por semejanza o diferencias (Valdez y Ruggeri, 2011).

Si el niño con TEA domina la categorización semántica y desarrolló un vocabulario extenso con conocimiento de adjetivos y sustantivos, se podrán hacer actividades que trabajen las habilidades de comunicación descriptiva. Las mismas requieren que el niño pueda enriquecer el contenido semántico de los objetos, animales, alimentos, entre otras categorías (Valdez y Ruggeri, 2011).

Comprensión del lenguaje: La misma se encuentra alterada de forma generalizada en las personas con TEA. El grado de alteración varía según la singularidad de cada persona con TEA y su contexto que facilitará o no el acceso a la comprensión del lenguaje. Es recomendable que la familia y los referentes de la persona con TEA puedan hablar con él a una velocidad acotada, con tiempos de espera entre las oraciones y utilizando un número reducido de palabras, esto facilitaría el desarrollo de su comprensión del lenguaje. En niños con un grado de afectación severa en la comprensión, se utilizan códigos de comunicación que apoyan la oralidad, como signos, gestos y/o pictogramas. Un indicador de un bajo nivel de comprensión del lenguaje y desarrollo cognitivo es el uso de la ecolalia. La misma reside en la repetición total o parcial, inmediata o demorada, idéntica o modificada de un mensaje emitido por una persona o un medio de comunicación. Estos mensajes verbales suelen emitirse con alteraciones prosódicas en diversos contextos. De esta manera, se debería elaborar un análisis específico de cuáles son las funciones pragmáticas que cumple y bajo qué circunstancias aparecen estas emisiones verbales, con el fin de comprender el uso comunicativo que oficia la ecolalia para el niño y así poder diagramar los objetivos y tiempos de la intervención. Se deberá responder a la intención comunicativa del niño, fomentar el lenguaje espontáneo y la creación de estructuras sintácticas. La intervención deberá reducir el input lingüístico al nivel de comprensión alcanzada por el niño a tratar y se deberá complejizar a medida que el niño vaya adquiriendo nuevas competencias lingüísticas y comunicativas. El fin de esta intervención es ir sustituyendo el “ecos” por lenguaje espontáneo, flexibilizar estas emisiones verbales y enriquecer el vocabulario del niño con TEA (Valdez y Ruggeri, 2011).

Dentro del componente morfosintáctico, la comprensión y construcción de oraciones sencillas y el uso de pronombres personales se ven alterados, por el cual se deberá intervenir en estos aspectos. Se deberá hacer explícitas las reglas implícitas del lenguaje mediante recursos visuales, que le permitan al niño con TEA mejorar su comprensión del lenguaje. Para la construcción de oraciones sencillas, se recomienda el formato “tren de palabras” donde de manera didáctica y divertida los niños pueden ver la secuencia de las palabras. Se recomienda el material titulado “Enséñame a hablar” publicado por la Universidad de Granada, que contiene dibujos de personas, objetos y acciones para ser trabajados en el formato “tren de palabras”. Cabe destacar que las primeras frases de dos o tres palabras suelen tener la función de

petición de acción o de objeto, por el cual debemos aprovechar estos momentos para estimular el armado de oraciones con mayor contenido sintáctico. Una vez que el niño haya desarrollado recursos comunicativos complejos y no posea un lenguaje predominantemente ecológico, se podrá intervenir sobre la inversión pronominal. Para intervenir en este punto, se recomienda el formato de “tren de palabras” donde mediante apoyo visual, el niño pueda asociar los diferentes pronombres a personas, objetos y acciones (Valdez y Ruggeri, 2011).

Componente pragmático: Refiere al uso social del lenguaje. El mismo se ve severamente alterado en las personas con TEA, dificultando la adecuación del lenguaje a la diversidad de contextos y de oyentes. Para intervenir en este punto, los autores recomiendan abordar el laconismo y la verborrea, trabajar las habilidades conversacionales, la toma de turnos, ampliar y aprender a finalizar conversaciones y crear guiones conversacionales.

Se entiende por “laconismo” al estilo conversacional en el cual la persona responde de manera reducida y poco comunicativa, donde no desarrolla el tema de conversación, adoptando un rol pasivo en la interacción conversacional. Para abordar el laconismo de los niños con TEA, se puede hacer uso de una actividad lúdica, en la cual se debe colocar la imagen de dos niños con dos globos de conversación. Uno de ellos, deberá tener una pregunta o un comentario dentro de su globo, y el niño deberá elegir entre dos respuestas, la más adecuada, una breve u otra extensa para colocar en el globo del otro niño. La dificultad del contenido de la conversación deberá ser ascendente, desde preguntas cerradas si/no hasta preguntas abiertas (Valdez y Ruggeri, 2011).

Se entiende por “verborrea” al estilo conversacional en el cual la persona transmite o responde de manera excesiva contenido en cantidad y relevancia de información en la conversación. Las personas con TEA que poseen verborrea, tienen dificultades para leer las señales del interlocutor que indican desidia y/o desinterés y suelen explayarse por demás ante un tema que esté dentro de su gama de intereses. La intervención en la verborrea consiste en dos aspectos, ayudar a contextualizar los momentos en que surge su tema de conversación de gran interés, trabajando los límites que la misma implica y extender el catálogo de temas de conversación que posee (Valdez y Ruggeri, 2011).

La toma de turnos se ve alterada en los niños con TEA, generando interrupciones o ausencia de reciprocidad en la conversación con el interlocutor. Para abordar la toma de turnos, los autores recomiendan el juego del micrófono y el juego del teléfono. En el juego del micrófono, el niño solo podrá hablar cuando tenga el micrófono en sus manos, luego lo deberá pasar al interlocutor. En el transcurso de la utilización de este juego, se espera que el micrófono vaya desapareciendo de a poco, haciéndolo de manera progresiva más simbólico. El juego del teléfono, se compone por dos vasos de plásticos unidos por un hilo, en el cual el niño deberá colocar el vaso en su boca para poder hablar y posteriormente, deberá colocarlo en un oído

para poder escuchar la respuesta del interlocutor. El niño deberá oscilar entre el rol de emisor y receptor en la conversación, respetando cada turno (Valdez y Ruggeri, 2011).

Otra característica de los niños con TEA es la dificultad para seleccionar temas de conversación acordes a las personas y al contexto en el que están. Para abordar esta característica se recomienda la estrategia visual de Attwood (2009), en el cual se colocan varios círculos concéntricos que hacen referencia a diferentes personas agrupadas en subgrupos de diferentes contextos. Se deberá colocar con el niño temas de conversación adecuados a cada subgrupo de personas en cada círculo concéntrico, esto ayudará a identificar qué temas el niño deberá abordar con cada persona y en cada contexto. Una vez que el niño logre identificar los temas de conversación acordes, se deberá practicar lo aprendido en situaciones naturales (Valdez y Ruggeri, 2011).

Otro aspecto de los niños con TEA es su dificultad para mantener o poner fin a las conversaciones. Para estimular estos aspectos pragmáticos con el fin de ampliar los temas conversacionales, Freeman y Drake (1997) proponen un método con material visual en el cual el terapeuta le da al niño con TEA tarjetas con preguntas y sus respuestas correspondientes, simulando un guion de teatro. De esta manera, el niño utilizará las tarjetas para realizarle preguntas al terapeuta, en el cual abordará un tema y lo ampliará mediante la realización de nuevas preguntas que están en las tarjetas. Estas conversaciones deberán ser recíprocas, y el terapeuta deberá quitar las tarjetas de forma progresiva, con el fin de generar conversaciones más naturales. Posteriormente, se le podrán enseñar mediante entrenamiento, frases armadas que le permitan al niño con TEA finalizar conversaciones de forma adecuada, tales como “lo siento, me tengo que ir”, “discúlpame, estoy apurado” (Valdez y Ruggeri, 2011).

Es importante poder entrenar las conversaciones prototípicas que se desarrollan en diferentes lugares de la vida cotidiana del niño con TEA, para poder mejorar sus habilidades de conversación. Para ello, Freeman y Drake (1997) proponen un guion titulado “respondiendo al teléfono” en el cual le indican al niño con material visual que deberá hacer, que deberá preguntar y que deberá responder cuando atiende un llamado telefónico. Es importante que el terapeuta pueda entrenar las conversaciones y acciones que ocurren cuando vamos al supermercado, la peluquería, entre otros lugares conocidos por el niño a intervenir. Los autores para ello recomienda utilizar material visual que represente cada lugar y mediante guiones, escenificar situaciones que se podrían dar en esos lugares, brindando herramientas conversacionales para que el niño pueda enfrentarlas (Valdez y Ruggeri, 2011).

En suma, el transcurso de este capítulo afirma la importancia de realizar intervenciones tempranas en la comunicación y el lenguaje de los niños con TEA. En edades tempranas, el niño posee una mayor plasticidad cerebral, lo que le proporcionará una mayor disposición para el aprendizaje. Estas intervenciones tendrán como objetivo fortalecer los recursos y funciones comunicativas del niño, fortalecer su pensamiento, ampliar su autonomía, regular su conducta y fortalecer su intersubjetividad.

Capítulo 5. Intervenciones psicológicas en el ámbito educativo de niños con TEA

5.1 Zona de Desarrollo Próximo e inclusión educativa

Para introducirnos en la importancia de las intervenciones psicoeducativas, consideramos necesario ahondar en teorías que sustenten el rol de la educación en el desarrollo psicológico del individuo.

Vygotski (1979), en su obra “El desarrollo de los procesos psicológicos superiores” plantea que la relación entre el desarrollo del niño con su aprendizaje ha sido históricamente un campo en disputa, en el cual se pueden destacar tres posturas epistemológicas.

La primera postura es sustentada por el paradigma cognitivista, donde afirman que el desarrollo cognitivo infantil es independiente de su aprendizaje, que son procesos diferentes y que el aprendizaje surgirá después de que se consoliden las estructuras del desarrollo. Esta afirmación es sustentada por autores como Piaget y Binet, que sostienen la importancia de los estudios experimentales para el estudio del desarrollo cognitivo infantil, que será el requisito previo para el surgimiento de estructuras de aprendizaje (Vygotski, 1979).

La segunda postura es sustentada por el paradigma conductista, donde afirman que los procesos de aprendizaje son parte del desarrollo infantil. James en su teoría de los reflejos, afirma que el desarrollo es el dominio de los reflejos condicionados del niño y el aprendizaje se podría reducir a su formación de hábitos, por el cual el aprendizaje no se podría separar del desarrollo (Vygotski, 1979).

La tercera postura es sustentada por el paradigma evolucionista, donde afirman que el desarrollo y el aprendizaje son dos procesos diferentes pero que se interrelacionan. Autores como Koffka, dan cuenta de la especificidad de la relación entre el desarrollo y el aprendizaje, siendo el primero un proceso amplio llevado a cabo mediante la maduración del sistema nervioso y que el segundo posee una disposición intelectual que le permite transferir principios generales al desarrollo. De esta manera, al integrar un aprendizaje nuevo, el niño avanza en su desarrollo cognitivo (Vygotski, 1979).

Vygotski (1979) afirma que pese a no adherir a ninguna de estas tres teorías, sirven de punto de partida para profundizar la relación entre desarrollo y aprendizaje. El autor plantea que el aprendizaje y el desarrollo están relacionados desde los inicios de vida del niño y para una mayor especificidad en su estudio, se deberá diferenciar la relación entre el aprendizaje y desarrollo de forma general, con las características de esta relación en el contexto escolar.

El autor afirma la existencia de dos niveles de desarrollo, el nivel de desarrollo real que implica el desarrollo de las capacidades mentales del niño para resolver un problema de forma individual y el nivel de desarrollo potencial, que implica la capacidad para resolver un problema con la ayuda de un adulto u otro compañero. A la distancia entre ambos niveles evolutivos, los denominó Zona de Desarrollo Próximo (ZDP).

Vygotski (1979) define a la ZDP como

... la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (Vygotski, 1979, p 133).

La ZDP nos brindará una valoración más precisa sobre el curso interno del desarrollo de las funciones mentales del niño alcanzadas y las que están en estado de formación.

Vygotski (1979) afirma que el aprendizaje en el aula no deberá orientarse hacia el nivel de desarrollo alcanzado por el niño, sino hacia la conquista del nivel del desarrollo que le prosigue, a esto lo denomina “buen aprendizaje”.

Este estudio permitió afirmar la importancia de las acciones educativas en el desarrollo del niño, de esta manera, el aprendizaje y el desarrollo son procesos diferentes, pero se relacionan desde el inicio de la vida.

Siguiendo esta línea, cabe realizar la siguiente interrogante: ¿qué papel cumple el otro en el aprendizaje y en el desarrollo del niño con TEA? Para abordar esta pregunta, analizamos el abordaje de los niños con TEA en el aula desde los enfoques de Necesidades Educativas Especiales (NEE), educación inclusiva y de inclusión educativa.

Valdez (2009) introduce el concepto de NEE que consisten en

... un continuo dinámico de ajustes/desajustes entre el sujeto educativo y los contextos sociales y físicos, procurando evitar el reduccionismo que ubica el problema en un individuo para pasar a analizar los fenómenos en su complejidad, en el seno del dispositivo escolar (Valdez, 2009, p 51).

Desde esta perspectiva, el concepto de NEE propone tratar de disminuir los desajustes del aula y adaptarla a todos sus alumnos, con el fin de satisfacer las necesidades educativas de cada niño.

Ainscow (2004) plantea que las NEE fueron uno de los ejes de la Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las NEE aprobada en 1994 por la UNESCO. Esta declaración, afirma que todos los niños que tengan NEE tienen derecho a acceder a una escuela normal, la cual deberá introducirlo dentro de su dispositivo pedagógico, garantizando la satisfacción de sus necesidades educativas.

Esta declaración afirma que “las escuelas normales con orientación inclusiva son el medio más eficaz para combatir actitudes discriminatorias, para construir una sociedad inclusiva y para alcanzar la educación para todos” (Ainscow, 2004, p 2).

Siguiendo esta línea, Blanco (2006) afirma que deberán ser las instituciones de enseñanza quienes se adapten a las NEE de los niños y no al revés. La autora plantea que actualmente, los niños con NEE con alguna discapacidad son el colectivo más excluido del ámbito educativo,

habiendo en muchos países un alto porcentaje de estos niños sin recibir ningún tipo de educación o siendo escolarizados en escuelas especiales.

Partiendo de esta perspectiva teórica, para garantizar el acceso a la enseñanza de los niños con TEA, ¿será suficiente pensándolo desde las NEE?

La Mesa de Educación del XII Congreso de la Asociación Española de profesionales del Autismo (AETAPI) en sus jornadas de orientaciones sobre la calidad educativa de los alumnos con TEA, afirmaron que para garantizar el acceso a la enseñanza de estos niños, las instituciones educativas deberán adoptar un modelo comprensivo con un enfoque de educación inclusiva (Valdez, 2009).

La educación inclusiva, citando a Valdez (2009)

... implica procesos para aumentar la participación del alumnado y la reducción de su exclusión en la cultura, en los diseños curriculares y en la vida de la escuela, lo que supone reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de las escuelas para que puedan atender a la diversidad del alumnado. La inclusión se refiere a los procesos de mejora de las escuelas, resaltando la preocupación por superar las barreras para el acceso y la participación de un alumno o alumna, percibiendo la diversidad no como un problema a negar o excluir del sistema, sino como una riqueza para apoyar el aprendizaje de todos (Valdez, 2009, p 171).

Valdez (2009) afirma la necesidad de promover una educación inclusiva, que brinde las condiciones necesarias para que los niños con TEA puedan acceder a la enseñanza.

Para promover una educación inclusiva, Booth y Ainscow (2012) proponen crear culturas inclusivas, elaborar políticas inclusivas y desarrollar prácticas inclusivas.

Siguiendo esta línea, Ainscow (2004) problematiza el concepto de educación inclusiva, siendo este abocado a la inclusión de los niños en las escuelas normales y aborda el concepto de "inclusión educativa", en la cual afirma, que las escuelas de mayor eficacia son las escuelas inclusivas. Ainscow, plantea que la inclusión educativa es un proceso de búsqueda permanente de formas más adecuadas para atender a la diversidad del alumnado, que deberá centrarse en la identificación y eliminación de barreras que impidan que se garantice la participación, asistencia y rendimiento de todos los alumnos en el aula, teniendo un énfasis especial en aquellos alumnos que corren peligro de ser marginados o con riesgo de no alcanzar un rendimiento esperable.

Por consiguiente, se considera que la perspectiva teórica de "inclusión educativa", aborda de forma más completa el acceso a la enseñanza de los niños con TEA, aportando mayor información sobre las diferentes dimensiones implicadas y ampliando las intervenciones institucionales para que efectivamente pueda llevarse a cabo.

Valdez (2009) desde su experiencia, afirma la existencia de dificultades en la inclusión educativa de los niños con TEA, que dadas sus características, muchas veces son rechazados

en las escuelas normales y las escuelas especiales, viéndose vulnerado su derecho a la educación.

Siguiendo esta línea, Riviere y Martos (2000) plantean que para garantizar la inclusión educativa de los niños con TEA, las instituciones educativas deberán adaptarse a sus demandas y no al revés. Para ello, deberán adaptar e individualizar las propuestas pedagógicas de estos niños en el aula, respetar sus diferentes tiempos de aprendizaje, valorar los diferentes intereses manifestados por los niños y no castigar su falta de permanencia en el aula.

Con respecto a las propuestas pedagógicas individuales, Riviere y Martos (2000) plantean que deberán abordar de forma explícita, funciones que se desarrollan de forma implícita en niños de desarrollo neurotípico, tales como el lenguaje, la comunicación, la negociación, la cooperación con los demás, la atención y acción conjunta, entre otros aspectos. Los autores plantean que el psicólogo en diálogo interdisciplinario deberá crear programas individualizados, que contengan rutinas de interacción con juegos circulares, en el cual el niño pueda mejorar su contacto ocular, ampliar su respuesta a la acción, crear hábitos de relación, entre otros aspectos. Por su parte, los autores advierten que los niños con TEA con retraso mental asociado, generarán una mayor dificultad para motivarse en relacionarse con los demás.

En síntesis, Riviere y Martos (2000) proponen que una correcto abordaje del niño con TEA en el aula deberá componerse por los siguientes ejes

- Organización del entorno (escolar, familiar) de manera que se pueda predecir lo que va a suceder en una jornada; respeto hacia su ritmo de actuación.
- Paciencia ante sus modos de obrar y comunicarse.
- Utilización de sistemas de lenguaje verbal y no verbal, considerando su ritmo de comprensión. Motivación permanente mediante elogios de sus acciones; generación de rutinas en todos los ámbitos de la vida; propuesta de actividades diversas, que eviten el aburrimiento y la falta de interés.
- Concreción en la solicitud de tareas.
- Respeto a las distancias que imponga el niño, sin que sienta invadido su espacio, pero tampoco abandonado.
- Manifestación de afecto, a pesar de sus posibles "rabiets". Hay que tener muy en cuenta sus miedos, fobias u obsesiones; exigencia rigurosa de todo cuanto pueda hacer.
- Orden y tranquilidad en el ambiente.
- Estímulo y premio para todo intento comunicativo que manifieste.
- Incorporación plena de la familia a su educación (Riviere y Martos, 2000, p 115).

El psicólogo, deberá comprender la importancia de la ZDP en la subjetivación del niño, por lo cual enfatizará la importancia de abordar su inclusión educativa. El profesional, si así lo requiere, podrá solicitar trabajar de forma conjunta con un acompañante terapéutico, que siendo un agente resocializador, apoyará al niño en el cumplimiento de la propuesta pedagógica en el aula y oficiará de nexo entre la familia, la institución educativa y el equipo de profesionales tratantes.

5.2 Inclusión educativa de niños con TEA en Uruguay

La inclusión educativa en Uruguay, se respalda bajo la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, ratificada en nuestro país por la ley 18.418 en 2008, la ley 18.437 de educación aprobada en 2008 y la ley 18.561 de protección integral de las personas con discapacidad aprobada en 2010.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), conceptualiza a la discapacidad como una interrelación entre las alteraciones físicas y/o mentales permanentes o prolongadas del sujeto con las barreras sociales que dificultan su inclusión en la sociedad. De esta manera, los estados partes deberán cumplir una serie de artículos que les garantice el pleno cumplimiento de los derechos humanos (DDHH) de las personas con discapacidad y su plena inclusión en la esfera social, educacional, laboral, entre otras.

En la legislación Uruguaya, la ley 18.561 de protección integral de las personas con discapacidad (2010) en su artículo 2, conceptualiza a la discapacidad de la siguiente manera

Artículo 2°- se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (Ley 18561, 2010).

La ley 18.437 de educación (2008) integró los requisitos pactados en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y en sus artículos 8, 18, 33 y 72 afirma la responsabilidad del estado en la protección del derecho de acceso a la enseñanza y la inclusión educativa.

Con respecto al acceso a la enseñanza y la inclusión social, el artículo 8 de la ley 18.437 (2008)

Artículo 8. El Estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social.

Para el efectivo cumplimiento del derecho a la educación, las propuestas educativas respetarán las capacidades diferentes y las características individuales de los educandos, de forma de alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades (Ley 18437, 2008).

Referente a la inclusión social y educativa de las personas con discapacidad, la ley 18.561 en su artículo 40 propone

Artículo 40.- La equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, desde la educación inicial en adelante, determina que su integración a las aulas comunes se organice sobre la base del reconocimiento de la diversidad como factor educativo, de forma que apunte al objetivo de

una educación para todos, posibilitando y profundizando el proceso de plena inclusión en la comunidad.

Se garantizará el acceso a la educación en todos los niveles del sistema educativo nacional con los apoyos necesarios. Para garantizar dicha inclusión se asegurará la flexibilización curricular, de los mecanismos de evaluación y la accesibilidad física y comunicacional (Ley 18561, 2010).

En Uruguay, el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), afirma que no hay cifras exactas, pero se estima que en el país 1 cada 88 niños es diagnosticado con TEA.

En el 2012, el Sistema Nacional de Educación Pública (SNEP), afirmó que Uruguay posee 82 escuelas especiales que trabajan con niños y niñas con discapacidad, distribuyéndose 27 en Montevideo y 55 en los otros departamentos del país.

No obstante, actualmente tenemos dos escuelas especiales que trabajan específicamente con niños con trastornos del neurodesarrollo, la escuela N° 231 en Montevideo y la escuela N° 126 en salto. La escuela N° 231 se inauguró el 18 de diciembre del 2018, se ubica en Montevideo y atiende a 86 niños con TEA y psicosis infantil de entre 4 y 17 años. La escuela N° 126 se ubica en Salto y atiende a aproximadamente 70 niños con TEA y posee una larga lista de espera.

6. Consideraciones finales

En este trabajo se desarrolló la evolución histórica del término “autismo”, desde el “síntoma autista” en la esquizofrenia infantil postulado por Eugen Bleuer, hasta el “Trastorno del Espectro Autista” (TEA) expuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría. El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que afecta diversas áreas que comprometen la autonomía del sujeto, especialmente la comunicación, el lenguaje y sus relaciones sociales.

La explicación del origen del autismo hasta la actualidad se mantiene en disputa, por el cual se abordan teorías neuropsicológicas y neurobiológicas como la “teoría de la mente”, “teoría de la sistematización y empatización”, “teoría de las neuronas espejo”, entre otras, que intentan explicar el surgimiento del mismo.

Al estar alterados o no desarrollarse habilidades cognitivas de gran importancia como el contacto ocular, el señalamiento, las expresiones faciales, entre otros aspectos, el desarrollo de los recursos comunicativos y el proceso de adquisición del lenguaje en los niños con TEA se ven severamente afectados, por el cual requieren de intervenciones tempranas.

Como primera conclusión, la revisión bibliográfica que hemos realizado nos permitió afirmar la importancia del lenguaje en el desarrollo psicológico del niño, siendo este, no solo una herramienta de comunicación, sino una FPS encargada de regular su conducta, enriquecer sus interacciones, desarrollar el pensamiento, la lógica, ampliar su autonomía, construir su intersubjetividad, entre otros aspectos. Es por ello, que las intervenciones psicológicas

tempranas deberán abordar el lenguaje y la comunicación de estos niños de forma conjunta con el equipo tratante y su familia, como indican autores de referencia internacional en el TEA.

La segunda conclusión, parte del concepto de ZDP, y consiste en afirmar la importancia de la acción educativa en el desarrollo psicológico del niño. En este caso, consideramos que el psicólogo deberá tomar un rol activo en la inclusión educativa de estos niños, proponiendo reflexiones sobre las prácticas que promuevan integrar un enfoque de DD.HH de forma tal, que permitan abordar la búsqueda de estrategias en el aula. De esta forma, el psicólogo deberá abordar la inclusión educativa de los niños con TEA, mediante la interlocución con el equipo de profesionales tratantes, disminución de las barreras en el aula, planificación e implementación de un plan pedagógico individualizado de forma interdisciplinaria, entre otras intervenciones posibles. En nuestra experiencia, así como lo confirma la bibliografía consultada, el psicólogo resulta un actor clave para viabilizar el trabajo del acompañante terapéutico, en la tarea de cumplir con la propuesta pedagógica del niño.

Uruguay es pionero en la región en materia de integración educativa de personas con discapacidad en la educación, aunque en términos de inclusión educativa, aún queda un largo camino por recorrer para que efectivamente, la totalidad de niños con TEA en el Uruguay pueda tener un real acceso a la enseñanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista, detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Ainscow, M (2004). El desarrollo de sistemas educativos inclusivos: ¿Cuáles son las palancas de cambio? Manchester, Reino Unido. *Revista Journal of Educational Change*, 5 (4). 1-13. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6565/mel_ainscow.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría (1984). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM III. España, Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM IV. España, Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM V. España, Barcelona: Cibersam.

Baron-Cohen, S & Bolton, P (1998). *Autismo una guía para padres*. Madrid, España: Editorial Alianza

Baron-Cohen, S (2001). Theory of mind in normal development and autism. Cambridge, UK. *Revista Prisme*, vol.34, N° 174-183.(pp 4-15). Recuperado de: <http://www.curriculumconnection4sped.com/uploads/1/2/6/4/12648571/tom-in-td-and-asd.pdf>

Baron-Cohen, S. (2011). Autism, empathizing-systemizing (e-s) theory, and pathological altruism, En B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, and D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp 345-348). Oxford: Oxford University Press.

Blanco, R. (2006). La Equidad y la Inclusión Social: Uno de los Desafíos de la Educación y la Escuela Hoy. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, vol.4, N°3, (pp 4-5). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55140302.pdf>

Bruner, J. (1986). *El lenguaje del niño*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Bruner, J (1984). *Los formatos de la adquisición del lenguaje*. Madrid, España: Editorial Alianza.

Cuxart, F & Jané, Ma (1998). Evolución conceptual del término 'autismo': una perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 19, N°2-3, (pp 370-371). Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf

Gómez, J, Sánchez, S, Tamarit, J, Brioso, A, Dorrego, E (1995). Los inicios de la comunicación: estudio comparado de niños primates no humanos e implicaciones para el autismo. Barcelona, España. Centro de Publicaciones Secretaría General Técnica. Recuperado de: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/61317/00820062000188.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Grañana, N (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Kanner, L. (1943) Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista española de discapacidad intelectual siglo cero*, vol. 2 N° 217250, (pp 34-35). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/282648145/Trastornos-Autistas-Del-Contacto-Afectivo-Leo-Kanner>

Ley N° 18.437. Uruguay. Ley General de Educación. *Diario Oficial*, Montevideo, 28 de diciembre de 2008. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5668104.htm>

Ley N° 18.651. Uruguay. Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. *Diario Oficial*, Montevideo, 09 de marzo de 2010. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Narbona, J & Chevrie-Müller, C (1997). *El lenguaje del niño: Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona, España: Editorial Masson S.A.

Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Curso de Desarrollo Normal y Autismo. Tenerife, España.

Riviere, A y Martos, J (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid, España: Asociación de padres de niños autistas.

Riviere, A y Belinchón, M (2003). *Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo*, Vol II. Madrid, España: Editorial médica panamericana.

Rizzolatti, G y Craighero, L (1996). The Mirror-Neuron System. Parma, Italia. *Revista Anual Reviews Neuroscience*. Vol.27, N° 169-192, (p 174). Recuperado de: <http://psych.colorado.edu/~kimlab/rizzolatti.annurev.neuro.2004.pdf>

Valdez, D (2009). *Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Valdez, D y Ruggieri, V (2011). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Vigotsky, L (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Editorial Crítica.

Vigotsky, L (1982). *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Wing, L y Gould, J (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 9 N° 1. (p 11-29). Recuperado de: [https://www.academia.edu/6715040/Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children Epidemiology and classification?auto=download](https://www.academia.edu/6715040/Severe_impairments_of_social_interaction_and_associated_abnormalities_in_children_Epidemiology_and_classification?auto=download)