

# COL.LABORACIONES

## INTRODUCCION

A fines de enero del corriente año, cuando desarrollé el cursillo sobre afasias en el Colegio de Psicólogos de Valencia, prometí a quienes integran la comisión de logopedia transcribir el tema desarrollado y enviarlo para su publicación en el BUTLLETÍ D'INFORMACIÓ PSICOLÒGICA que el citado colegio edita.

Cuando comencé a redactarlo, en el escaso tiempo que mi labor profesional y tareas de ama de casa y madre me permite disponer, fui invitada por los organizadores del II Symposium Nacional de Autismo, que se desarrolló en Castellón, del 10 al 12 de marzo del año en curso.

El programa de comunicación, ya enviado al Centro de Rehabilitación de Autismo Infantil El Cau, organizador del simposio, y la fecha ya vecina, me obligaron a dedicarme de inmediato a la para mí ardua tarea de compaginar todo cuanto allí podía transmitir, y resumirlo como para poder ofrecer en media hora todo cuanto consideraba que, desde el punto de vista logopédico, debía recalcar.

A su hora el trabajo estuvo listo, y, abocada a este tema, pensé que el mismo podía interesar aún más a todos los psicólogos que aquel otro más exclusivo del campo logopédico.

Por tal he decidido remitirlo precedido por el relato de la experiencia que para mí significó asistir y participar en el simposio.

A medida que se desarrollaba el simposio, con gran satisfacción iba escuchando muchas de las ponencias y comunicaciones programadas, por sentir que a través de las mismas se desarrollaban muchos de los puntos por mí citados resumidamente en mi comunicación.

Hasta momentos antes de exponer el tema, tuve la tentación de anular mu-

chos párrafos de mi escrito y, en su lugar, citar a quienes se había referido a los mismos, destacando el valioso aporte que para todos los allí presentes consideraba habían significado sus exposiciones. Pero... improvisando, corría el riesgo de explayarme demasiado y/o de transmitir algo no lo suficientemente compaginado como para dar al tema el enfoque que pretendía.

Por tal, el trabajo fue expuesto casi textualmente como os lo remito.

Pero en esta ocasión, a modo de introducción al tema, ya que dispongo de todo el tiempo que cada lector quiera destinarle, me atrevo a citar elogiosamente las ponencias de los siguientes especialistas:

**Profesor doctor Edward R. Ritvo**, del departamento de psiquiatría infantil y retraso mental de la Facultad de Medicina de California, quien valoró el trabajo de todos quienes van llegando a imponer definiciones objetivas del síndrome autista, identificando los procesos patológicos que los síntomas, los retrasos del desarrollo y los factores etiológicos pueden producir, llevándonos al descubrimiento de terapias racionales que pueden lograr la disminución e incluso la desaparición de los síntomas total o parcialmente, aunque cierto autismo residual permanezca patente para toda la vida del paciente.

**Doctor Gonzalo Morandé Lavín, doctora Marta Peral Guerra y doctora Celina Díaz Savari**, del equipo de psiquiatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, quienes expusieron sus experiencias y conclusiones de una magistral tarea de equipo. Remarcaron:

- La importancia de la anamnesis para el diagnóstico.
- Lo positivo que para la terapia es orientar a los padres adecuadamente.
- Lo importante que para los padres es sentirse colaboradores en la terapia, recuperando su rol.

— Las posibilidades y éxitos que brinda una enseñanza a través de vivencias y experiencias.

— La necesidad de respetar el ritmo de aprendizaje y de desarrollo del niño, proporcionándoles ejercitaciones sin posibilidad de error.

— La utilidad de emplear en la consulta y en el hogar técnicas y procedimientos psicopedagógicos, como medios y no como fines de la terapia.

— El objetivo de la terapia, que debe ser el de romper el paradigma de procedimiento autista, el de recuperar el ritmo de desarrollo del niño.

**Doctor Joaquín Fuentes**, de Gauteña (San Sebastián): Hizo una amplia reseña de métodos y pruebas de detección de síntomas autistas que condujeron a la conclusión que el autismo debe ser considerado como un síndrome, en el que coexisten múltiples trastornos, entre los que el de la comunicación y el lenguaje es el primordial en todos los casos.

Y sin despreciar ninguno de los demás aportes no mencionados, y sin restar valor a los anteriormente citados, debo destacar especialmente toda la experiencia, conocimiento, sencillez, cariño hacia su labor y buena disposición para con los escuchas, que puso de manifiesto **doña Lorna Wing**, doctora de M. R. C. Social Psychiatry UNIT de Londres, en su ponencia de honor, sobre «Relación entre handicap y tratamiento de los niños autistas».

Analizando con detenimiento todo cuanto la doctora Lorna Wing transmitió, solo queda una alternativa: No aventurarse, no ensayar, no pretender descubrir procedimientos inefables, no abocarse a atender un sólo caso sin informarse ampliamente sobre todas las ventajas e inconvenientes que han encontrado en su camino quienes han dedicado ya tantos años de estudio, de especialización y de seguimiento del problema.

El amplio conocimiento y los éxitos obtenidos por quienes se convierten en maestros, permiten a éstos transmitir de manera sencilla y clara las normas más elementales que deben tenerse en cuenta en los procedimientos terapéuticos. Normas que deben tenerse en cuenta sea cual fuere la técnica que se adopte y los síntomas que se traten. Normas, en su mayoría, producto del sentido común.

Es fundamental tener a nuestra disposición no sólo el conocimiento, no sólo los procedimientos y el material idóneo, sino también toda nuestra capacidad de observación, de creación y de dedicación para actuar con sencillez, naturalidad y espíritu de ayuda.

Cada intervención del niño y cada elemento que tengamos a nuestro alcance pueden señalar el punto de partida de todo un proceso de comunicación, de adaptación y de aprendizaje.

Lo espontáneo y lo circunstancial siempre se pondrán a nuestra disposición para la enseñanza si nos convencemos que enseñar no debe ser mostrar, transmitir, imponer, sino crear condiciones propicias para que toda experiencia vaya dejando sus bases.

A continuación os dejo con el desarrollo de la comunicación que he presentado en el II Symposium Nacional de Autismo Infantil, celebrado en Castellón los días 10, 11 y 12 de marzo de 1983.



## **NECESIDAD E IMPORTANCIA DE LA TERAPIA LOGOPÉDICA EN LOS NIÑOS QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y QUE EVIDENCIAN UNA CONDUCTA ATIPICA CON RASGOS SICOTICOS Y/O AUTISTAS**

No me voy a referir a la enseñanza a través de la terapia logopédica de los niños autistas que evidencian:

- Buen potencial cognitivo (aunque con realizaciones aisladas).
- Buenas capacidades motoras y manuales.
- Movimientos delicados y rápidos.
- Coordinación motriz y sutil.
- Buena producción de melodías rítmicas.
- Hábitos motores importantes (aunque sobre un fondo de apatía y desinterés ante los demás, en juegos ritualizados cada vez más notorios).
- Una manera muy estereotipada de emplear los objetos.
- Una comunicación que no se desarrolla, que aparece con retraso y/o con alteraciones o que aparece precozmente, aunque esporádica y con limitaciones (1)

porque estos niños lo que primordialmente necesitan es tratamiento psicoanalítico, tratamiento que posibilitará al niño exteriorizar una organización lingüística ya constituida o en vías de desarrollo.

Cuando el niño haya superado total o

parcialmente sus conflictos y esté en condiciones de integrarse al medio, los refuerzos logopédicos que pueda necesitar serán más sencillos, breves y eficaces.

Me voy a referir especialmente a la importancia que la terapia logopédica tiene en esos casos en los que el diagnóstico no puede efectuarse con absoluta certeza porque los trastornos de la comunicación y/o de la adaptación al medio (detectada o no en su momento) se presentan precozmente.

«El autismo y la psicosis de aparición precoz conducen inevitablemente a un estado deficitario y, frecuentemente, de atraso grave, hasta el punto de que es imposible saber si la deficiencia forma parte del modo de ser del individuo o si es coexistencia de la psicosis.»

«El desarrollo del lenguaje queda trabado por el trastorno relacional sicótico y por la deficiencia, siendo el grado de ésta un factor importante del "no lenguaje"» (2).

En esos casos, los niños presentan desde que nacen, o luego de unos meses de vida:

- como una posibilidad de ir superando cada etapa en el proceso de desarrollo,
- como una renuncia a avanzar, en un deseo de estancarse en cada una de ellas (3).

¿No es más conveniente, para el niño, para sus padres y para nosotros mismos, descubrir qué hay que hacer con cada caso y poner en marcha una terapia global (aquella a la que mejor se adapte el niño), que aventurarse en un diagnóstico que puede encasillarlo erróneamente, agravando aún más su pronóstico?

No en todos los casos en que los exámenes médicos especializados y de rutina no encuentran causas orgánicas ni funcionales que justifiquen los trastor-

nos; éstos deben encasillarse todos dentro de los trastornos psíquicos y atender en ellos solamente el problema de inadaptación al medio que presentan.

Tengamos en cuenta que, en las valoraciones neurológicas de los niños en los primeros meses de vida, se ha descubierto que «las anomalías neuromotoras transitorias son frecuentes y van eclipsándose luego con la maduración del S. N. C.»

«Esto no tendría ningún interés pronóstico si no empezáramos a encontrarlos en condiciones de establecer, una estrecha correlación entre ellas y ciertos trastornos de adaptación.»

«Es posible (según las hipótesis de muchos neurólogos) que a lesiones compensadas se asocien lesiones celulares que se revelan luego en forma de:

- trastornos del lenguaje,
- del comportamiento,
- de la motricidad fina y/o
- del rendimiento intelectual» (4).

Debemos tener esto en cuenta, para reforzar «el concepto de individuo como **unidad biosicosocial**, que nos obliga a interpretar toda conducta con criterio **gestáltico**» (5).

Recordemos también gran parte de la sintomatología, que se destaca en los casos de autismo precoz, como:

- La normalidad al nacer: con manifestaciones de gran vitalidad o de apatía, y/o con llantos incontrolables.
- La falta de movimientos anticipados, cuando van a ser cogidos en brazos.
- La falta de aproximación y acomodación al cuerpo de quien sostiene al niño.
- La no búsqueda de contactos epidérmicos.
- La exploración del mundo que los rodea, sin ninguna actividad constructiva real.

— La preocupación obsesiva por lo idéntico o lo inmutable.

— La docilidad, contrapuesta con las reacciones catastróficas que presentan a veces.

— La pasividad o agitación que demuestran ante todo lo que les rodea en ese mundo que sólo asimilan en forma parcial y del que no utilizan las posibilidades que le ofrece.

— La ecolalia, tan frecuente (6).

Toda esa sintomatología, no lo olvidemos, es propia también de los niños que presentan alteraciones neurológicas o disfunciones englobadas en los retardos afásicos y/o anártricos, estudiados tan minuciosamente por Juan Azcoaga y su equipo (7).

Esa sintomatología coincide también (en distintas combinaciones) con la propia de varios de los síndromes que Quirós y sus colaboradores descubrieron en toda esta tan amplia gama de trastornos que la patología del lenguaje presenta (8).

En todos esos casos, los trastornos psíquicos del paciente infantil son muy frecuentes, pero deben prevenirse y pueden evitarse en gran parte.

Ello depende fundamentalmente de la detección precoz por parte de los padres o de los pediatras y de la participación oportuna del especialista al que le deriven el caso (9).

Transcurrido un tiempo, cuando el cuadro ya se ha complicado, cualquiera haya sido el factor causante de la alteración de la comunicación, según las consideraciones de cada especialista,

— todos los síntomas deben ser los que nos interesen,

— todos los síntomas serán los que nos darán las pautas de los trastornos que el niño padece.

Comencemos a tratar a ese niño, comencemos a ayudarlo con todos los recursos de que dispongamos, y segura-

mente, en el transcurso del tratamiento, podremos determinar en qué cuadro o cuadros se le puede situar.

No olvidemos que en los niños, con muchísima frecuencia, se dan síndromes combinados.

Tampoco olvidemos que «cuando los trastornos de origen psiquiátrico (o de cualquier otro origen) se dan en organismos que están en permanente proceso evolutivo y con fuerte relación de dependencia con el medio, presentan manifestaciones

- cambiantes,
- versátiles y
- muy sensibles a las influencias ambientales».

Por eso «debemos evitar manejarnos con criterios rígidos o conceptos esquemáticos» (10).

Un error en el enfoque del problema, sin duda, puede agravar las perspectivas del caso.

En todo proceso terapéutico es indispensable establecer un buen «raport» con el paciente y es imprescindible graduar convenientemente nuestros objetivos, y ante esta problemática, en especial la de los niños con graves trastornos psíquicos y de aprendizaje, **en la que no podremos lograr que el niño modifique sus actitudes,**

- si el niño no acepta nuestra ayuda,
- si se muestra confundido, reacio, apático...

¿Podemos exponerlo a largas pruebas sicométricas?

¿Podemos sobreestimularlo y sobreexigirlo?

¿Podemos hablarle mucho, para que aprenda a hablar de una vez?

¿Podemos forzarle a que imite acciones, fonemas, palabras o frases, incentivando aún más esa ecolalia que espontáneamente manifiesta?

¿Podemos imponerle una modificación de conducta?

Los niños, cuando acuden a la consulta terapéutica, generalmente ya poseen hábitos adquiridos.

Si en principio limitáramos nuestros requerimientos y nos dispusiéramos a hacer disfrutar al niño de todo cuanto ya ha aprendido (por poco que sea) y, en la práctica de esos hábitos, fuéramos promoviendo el **desarrollo completo de cada etapa evolutiva**, ¿no lograríamos mejores resultados?

Seamos psicólogos, padres, pedagogos o logopedas, no podemos promover el desarrollo de la adaptación y de la comunicación de un niño pequeño sin promover el completo desarrollo de cada una de las etapas evolutivas.

Recordemos que, desde que el niño nace, las sensaciones, las percepciones, los movimientos del niño, se organizan en esquemas de acción.

Esos esquemas de acción pueden organizarse si las condiciones anatomofisiológicas, psíquicas y ambientales, han permitido al niño captar sensaciones, analizar, fijar, ordenar y asociar las percepciones sensoriomotrices en ese tan complejo ordenador que tiene como cerebro.

Si además el niño ha podido repetir suficientemente esos procesos, ha podido recordarlos y relacionarlos, entonces el niño podrá reaccionar manifestando su inteligencia sensoriomotora.

El juego de asimilación y acomodación de los esquemas de acción irá generando la adaptación del individuo al medio.

Las acciones y percepciones coordinadas interiormente posibilitarán las representaciones elementales, y éstas, unidas al lenguaje, irán dando lugar al progreso del pensamiento y del comportamiento. El niño, con el lenguaje, con el empleo de los signos verbales y sociales, transmisibles oralmente, ad-

quirirá una progresiva interiorización de todo lo aprendido (11).

¿Cómo puede promoverse el desarrollo de la comunicación y del lenguaje sin reforzar todas las percepciones sensoriomotoras?

¿Y cómo podemos promover el desarrollo de las distintas etapas evolutivas en niños en los que equis causas coartaran alguno o algunos de los procesos que se dan y desarrollan espontáneamente en los niños sin problemas?

La evolución de los niños sin problemas está en relación con la acción del entorno, y generalmente, cuanto más son estimulados esos niños, más evolucionan.

Sin embargo, en los niños con problemas de aprendizaje que evidencian una conducta atípica, con rasgos sicóticos y/o autistas:

- la inadaptación al medio,
- \* — el rechazo que hacia él mismo manifiestan,

¿no se producirá porque en ese medio, en ese entorno (supongamos que normal), pocas situaciones son lo suficientemente **constantes, claras y estructuradas** como para que el niño pueda **captar, fijar y asociar** todo cuanto en ellas **se presenta, se produce y se sucede**?

La predilección de estos niños por lo inmutable, y las actitudes perseverativas que los caracterizan, ¿no serán la pauta de que necesitan: una simplificación de todo lo que les circunda, una sucesión más constante y sencilla de estimulaciones y acciones, un entorno dispuesto a captar las necesidades peculiares a ese niño y capaz de responder a ellas?

Si puede lograrse el **condicionamiento de los niños autistas**, mediante técnicas rígidas e imperativas («que en rigor científico no curan, ni vuelven a la normalidad al niño, que só-

lo resultan un paliativo, en el ajuste familiar y social de ese tipo de pacientes»), (12) ¿por qué no se va a poder lograr que los niños que parecen ir en camino hacia el autismo sólo se condicionen a una serie de actividades que en el hogar y en la escuela se suceden en forma constante? ¿Por qué no ayudarles a fijar hábitos, **promoviendo** en el desarrollo de los mismos, **con la mayor simplificación y constancia posible, todas las asociaciones sensoriomotrices**, a la vez que el **análisis** y la **síntesis**, indispensables para todo aprendizaje?

Cada actividad que el niño conozca, comprenda y realice, por sencilla que ésta sea, propiciará un aprendizaje, y éste aprendizaje, en sí mismo, podrá constituir un refuerzo positivo para el niño y su desarrollo.

Temo que muchos consideren que todo esto no tiene nada que ver con la logopedia, porque, normalmente, al logopeda se le relaciona con:

- el espejo, los baja lengua, los globos...
- las técnicas respiratorias, fonatorias, articularias...
- la emisión correcta de fonemas, sílabas y palabras para que el paciente las repita...

El término logopeda realmente no es el indicado para denominar al especialista que debe tener a su cargo no sólo la enseñanza de técnicas para la correcta pronunciación, sino también la aplicación de métodos, de sistemas pedagógicos que promuevan el inicio y el desarrollo de la comprensión y de la expresión del lenguaje.

Como terapeuta de lenguaje, debo remarcar lo siguiente:

- Promover o corregir el habla como función fonoarticulatoria o audiofonatoria **no es** enseñar comunicación,

no es propiciar el desarrollo de un lenguaje.

— Promover el desarrollo del lenguaje es promover la capacidad de exteriorizar un pensamiento.

— Y promover el desarrollo del lenguaje oral es enseñar ese tan complejo sistema simbólico lingüístico que los seres humanos normalmente aprendemos en contacto con el entorno.

Analizando las dificultades que encuentra todo individuo que se propone o que quiere aprender otro idioma y la preferencia y mayor comodidad que ese individuo siente cuando su interlocutor se expresa seleccionando y empleando la terminología y las estructuras lingüísticas que el aprendiz de ese idioma domina. Y teniendo en cuenta también la modificación que han sufrido los métodos de enseñanza de idiomas, gracias a toda la investigación lingüística realizada.

Puedo concluir el tema puntualizando que para facilitar el aprendizaje de la comunicación a través del idioma que se emplea en el medio en que vive el niño (si éste no lo adquiere por sí sólo) es necesario:

— Promover el desarrollo de sus condiciones, aplicando una enseñanza sistemática y progresiva de la comprensión y de la expresión del lenguaje.

— A través de todas y cada una de las actividades que el niño realice.

— Empleando todos los recursos fonaudiológicos y pedagógicos, convenientemente asociados.

Algunos padres pueden realizar esta tarea con efectividad, adecuadamente orientados, cuando los niños son pequeños. Pero necesitan demostraciones prácticas. Más que indicarles lo que deben hacer, hay que indicarles cómo lo pueden hacer.

Tanto en Buenos Aires, donde yo trabajaba periódicamente, durante toda la

jornada y año escolar, con grupos de niños en período de adaptación e iniciación para la enseñanza, como en Valencia, donde la tarea en gabinete no nos permite tratar a cada niño más que dos o a lo sumo cinco horas semanales, **he contado siempre** (aunque en mayor o menor grado, con mayores o menores aciertos) **con la colaboración de los padres.**

He comprobado que encargándoles sólo una o dos actividades de refuerzo al mes o a la semana, siempre relacionadas con las actividades hogareñas,

— detallándoles qué pueden ir haciendo, diciendo o proponiendo al niño mientras las realizan;

— haciéndoles presenciar y participar en las clases;

— explicándoles por qué y para qué se realiza cada actividad de determinada manera,

los padres no sólo se disponen mejor para colaborar, sino que valoran más los adelantos del niño, aumentan su confianza sobre las posibilidades que presentan, sobre la terapia y sobre ellos mismos.

Reconozco que he tenido suerte en encontrarme, ante los casos más graves, con madres, padres y/o abuelos con los que se podía contar.

Reconozco también que en muchas ocasiones ello no es factible. Las entrevistas conjuntas de los niños con sus padres, cuando realizamos la primera anamnesis y las primeras pruebas de tratamiento, nos permiten evaluar esa factibilidad.

Ante muchos casos con problemas de aprendizaje, hemos preferido que los padres dejen todo en nuestras manos y en las de las profesoras que en el colegio atienden a los niños. Lo hemos intentado, pero no hemos logrado que sus ansiedades siguieran incidiendo de manera muy perjudicial. Estos son ge-

neralmente los casos en que los niños y los padres lo que necesitan, más que nada, es tratamiento psicoterapéutico, tratamiento que no aceptan, tratamiento que podemos recomendarles recién cuando logramos establecer con ellos un vínculo de mayor confianza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) KANNER, L.: «Psiquiatría infantil», 4.º edición, Edit. Siglo XX, Buenos Aires, 1976.
- (2) BOREL MAISONNY, S., y LAUNAY, CL.: «Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz del niño», Edit. Masson, Barcelona, 1975 (pág. 168).
- (3) FRANCÉS TUSTIN: «Autismo y psicosis infantiles», Paidós, Buenos Aires, 1977.
- (4) AMIEL TISON, CL. y GRENIER, A.: «Valoración neurológica del recién nacido y del lactante», Edit. Masson, Barcelona, 1981 (introducción).
- (5) DE QUIROS, J. B.; COWES, L.; GÜTTER, R.; SCHRAGER, O., y TORMAKH, E.: «Los grandes problemas del lenguaje infantil», Edit. Ares, Buenos Aires, 1976 (pág. 61).
- (6) DE AJURIAGUERRA, J. de.: «Manual de psiquiatría infantil», Edit. Masson, Barcelona, 1977.
- (7) AZCOAGA, J. E.; BELLO, J. A.; CITRINOVITZ, J.; DERMAN, B., y FRUTOS, W. M.: «Los retardos del lenguaje en el niño.», Edit. Paidós, Barcelona, 1981.
- (8) DE QUIROS, J. B.: «Op. cit.».
- (9) KANNER, L.: «Op. cit.» (pág. 552) y prefacio de la primera edición, del doctor PARK E. (pág. 25).
- (10) AZCOAGA, J. E.: «Op. cit.»
- (11) PIAGET, J., YNHOLDER, B.: «Psicología del niño», Editorial Morata, Madrid, 72.
- (12) LIEN, M. C.: «Patología de la comunicación», supl. n.º 8. «Consideraciones sobre la metodología del condicionamiento operante para el logro del habla en niños psicóticos según el programa de Ivar Lovaas». C. M. I. F., Buenos Aires (pág. 30).
- (13) KANNER, L.: «Op. cit.» (pág. 551).

