

**NEUROPSICOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN EL AUTISMO DE
ASPERGER
(ESTUDIO DE CASO)**

**Álvaro Molina B⁽¹⁾
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”**

A comienzos del siglo XX se comenzaron a describir casos de niños con un trastorno mental grave que implicaba una alteración en el desarrollo. Éstos eran diagnosticados como “demencia precoz” o esquizofrenia infantil (Ramos, 1995).

El término autismo proviene del griego “autos”, el cual quiere decir “si mismo”, y fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1911 para referir un trastorno del pensamiento, identificado en pacientes esquizofrénicos, el cual consistía en la continua autoreferencia que hacen estos sujetos ante cualquier suceso. Sin embargo, este síntoma, como afirma Bleuler, no se puede aplicar en el caso del autismo infantil. Aunque Bleuler es el primero en mencionar el término “autismo”, Leo Kanner, en 1943, observa que un grupo de once niños que sufren alteraciones extrañas en el comportamiento no está dentro de ningún grupo nosológico; siendo coincidentes las alteraciones dentro del grupo estudiado, pero diferentes del resto de los niños con alteraciones psicopatológicas. Kanner describe esto

¹ Alvmo_@hotmail.com

como un “síndrome de comportamiento” que se manifiesta a partir de la alteración de las relaciones sociales, del lenguaje y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida. Kanner define al autismo como “una innata alteración autista del contacto afectivo” (Ramos, Ob. cit.).

Posteriormente Rutter, en 1978, discrepa con Kanner en lo referente al contacto afectivo como un síntoma primario y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, consecuencia de una alteración afectiva. Kanner considera que el autismo es un “síndrome conductual”, Rutter hace hincapié en que las alteraciones lingüísticas deben tomarse como síntoma primario, dada la incapacidad de la alteración emocional para explicar por si sola este trastorno. (Ramos, Ob. cit.).

Luego, en 1977, la National Society for Autistic Children a partir de una aproximación no científica y compartiendo la concepción de Rutter señala que el autismo es una alteración en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con otras personas, sucesos u objetos. Aunque actualmente continua la controversia sobre si los factores cognitivos o socioafectivos son determinantes para el diagnóstico de autismo, se concluyó en el DSM III (APA, 1980) que el autismo es un “trastorno general del desarrollo”, con la finalidad teórica de alejarlo de la clasificación de las psicosis. En otras clasificaciones, como CIE – 10, 1992; DSM IV, 1994, se tomaron en cuenta rasgos primarios; tanto los factores cognitivos como los socioafectivos. (Ramos, Ob. cit.).

En la actualidad el trastorno autista se encuentra clasificado dentro del DSM IV (1994) como un trastorno general del desarrollo; caracterizándose por: “una alteración primaria del desarrollo de la comunicación y de las habilidades sociales” (Parmelee, 1998).

Los criterios diagnósticos del trastorno autista se basan en la identificación de alteraciones múltiples en el desarrollo de las funciones básicas psicológicas como ser la atención y la percepción, las cuales intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y del lenguaje (Parmelee, Ob. cit.).

Según el DSM IV (1994), el diagnóstico requiere de la presencia de alteraciones cualitativas en la interacción y la comunicación social. Éste se divide en tres categorías: relaciones sociales recíprocas anormales, alteraciones de la comunicación y juego imaginativo y, finalmente, limitación de la gama de actividades e intereses. Para diagnosticar a un adulto con trastorno autista, éste debe presentar al menos 6 de los 12 criterios

El DSM IV (1994) utiliza criterios centrados en el desarrollo humano, por lo que no parte exclusivamente en la exploración del niño, sino que el diagnóstico requiere la evidencia de un retraso o funcionamiento anormal antes de los tres años (como mínimo) en una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje comunicativo social y juego simbólico o imaginativo.

En resumen, el diagnóstico del trastorno autista se debe tener como mínimo dos elementos relacionados con una alteración cualitativa de la interacción social, uno de la categoría de alteración cualitativa de la comunicación y otro de los patrones restrictivos, repetitivos y estereotipados del comportamiento. Siendo también que existe el trastorno autista atípico, que por lo general es confundido con niños con retardo mental intenso y profundo, el autismo atípico corresponde a los casos que no cumplan todos los criterios del trastorno autista debido a una edad de inicio avanzada, síntomas atípicos, o que no estén especificados dentro los otros trastornos generales del desarrollo (Parmelee, Ob. cit.).

Síndrome de Asperger

El síndrome de Asperger fue presentado por primera vez por Hans Asperger en 1944. Describió inicialmente este síndrome como una “psicopatía autista”. Tras esta primera descripción se realizaron distintas comparaciones con el síndrome autista clásico descrito por Kanner. Siendo que este síndrome comparte características comunes con otros síndromes incluidos en los trastornos generales del desarrollo, como ser: alteración del aprendizaje social – emocional, y el trastorno de personalidad esquizoide (Ramos, 1995).

Sin embargo, existen argumentos que señalan diferencias con el síndrome autista clásico, como ser: funcionamiento cognitivo elevado, demostrado en que un niño con síndrome de Asperger se sitúa en los límites normales de los test de inteligencia y, al mismo tiempo, presentado una habilidad especial; esta descripción nos lleva a pensar en una entidad nosológica diferenciada. Otro punto de comparación es el pronóstico al cual lleva el síndrome de Asperger, siendo este bueno debido a su evolución positiva; que, en comparación con el síndrome de autismo clásico, el pronóstico de este último es deficiente debido a que sólo es bueno en un 5 a 20% de los casos (Parmelee, 1998).

Para considerar la inclusión del síndrome de Asperger en el CIE 10 o DSM IV, muchos autores afirmaron que este síndrome forma parte de un “espectro autista” y que no debe diagnosticarse como una entidad aislada; sin embargo, otros consideraron que puede existir un espectro continuo del autismo, debido a que este síndrome es lo bastante definido como para considerarlo una entidad nosológica diferente. Actualmente, el síndrome de Asperger se lo presenta como una entidad aislada tanto en el DSM IV como en el CIE 10 (Parmelee, 1998).

El Síndrome de Asperger tiene una prevalencia mayor en hombres que en mujeres y Asperger consideró que el síndrome que había identificando se transmitía genéticamente. Afirmó que las manifestaciones características del mismo tendían a agruparse en familias, especialmente en el padre de los individuos que presentaban este síndrome (Parmelee, 1998).

Las características esenciales del trastorno de Asperger son: una alteración grave y persistente de la interacción social (Criterio A) y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivos (Criterio B). El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos (por ejemplo, se utilizan palabras simples a los 2 años de edad y frases comunicativas a los 3 años de edad) (Criterio D). Además, no se observan retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo

ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia (Criterio E). No se establece el diagnóstico si se cumplen criterios de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (Criterio F, DSM IV, 1994).

El síndrome de Asperger tiene varios problemas en cuanto a su identidad nosológica, debido a que no está demostrado hasta qué punto es una entidad diferente del autismo clásico descrito por Kanner o es un subtipo del mismo, ya que ambos presentan déficits cualitativos comparables (Ramos, Ob. cit.).

Por lo tanto, para el diagnóstico de síndrome autista de Asperger, el psicólogo se encuentra frente a un problema de identificación nosológica, tanto en la diferenciación del trastorno con otros trastornos del desarrollo, como en la diferenciación del espectro autista en el que se encuentra el paciente.

Actualmente son muchas las explicaciones etiológicas que se definen para explicar al Trastorno Autista, como ser: deficiencia genética, problemas pre – post natales, procesos neuroquímicos, y neuropsicológicos. Siendo esta última la que va a aclarar los procesos cognitivos como, los tipos de procesamiento de información en el cerebro, y su relación de cada uno de estos procesamientos con las diferentes estructuras y funciones cerebrales. (Benedet, 1986).

Neuropsicología del autismo

Rosseli y Ardila en 1990) comenzaron a estudiar un modelo neuropsicológico del trastorno autista, este comienza a moverse en un terreno poco familiar, pues aun no ha desarrollado propuestas congruentes que expliquen la estructura de la función afectivosocial y el sustrato cerebral que lo controla, no sólo en la corteza cerebral, también muy probablemente en un gran número de estructuras profundas subcorticales. Este sustrato podría incluir el lóbulo temporal anterior, las áreas prefrontales y el complejo amigdalóide, así como otras estructuras del sistema límbico y del tallo cerebral. Esto obliga a pensar que el asiento

neurobiológico de las funciones afectivo sociales se encuentra ampliamente diseminado en el encéfalo. Por otro lado, se puede suponer que hay funciones cognoscitivas implicadas directamente en el intercambio afectivo social y que, por lo tanto, requieren una relajación más estrecha con otras motivaciones para su desarrollo (lenguaje comunicativo, simbolización); en tanto que otras funciones cognoscitivas (procesos visoespaciales, habilidades sensoriomotrices) se desarrollan con mayor autonomía.

El modelo teórico afectivosocial, desde una perspectiva neuropsicológica, explica que el trastorno principal del autismo infantil debe ser organizado en una estructura puramente psicobiológica; ello con el fin de preservar la coherencia conceptual y proporcionar guías adecuadas de validación empírica, ya que el estudio del comportamiento del niño autista debe ser observado en su contexto social familiar. En general, esta aproximación debe entender el comportamiento y el cerebro como dos elementos compuestos por una misma sustancia, en dos estados diferentes, pero con las mismas leyes intrínsecas (leyes de información) y con atributos y leyes extrínsecas diferentes. Una concepción así permite explicar la actividad de doble vía: cerebro – comportamiento, como una íntima interrelación modificadora, a través de la organización de la información de ambos estados. Adicionalmente, la concepción se debe asumir desde una perspectiva holística y ontogénica, y acomodarse a las limitaciones en el conocimiento actual de las neurociencias (Hutt y col, 1965).

Establecer la naturaleza del sustrato neural del autismo infantil depende de un gran aparato tecnológico experimental, que apenas comienza. Definir las características propias del síndrome implica diseñar una metodología de observación comportamental que vaya más allá de los datos proporcionados por los esquemas de la psicología cognoscitiva; es decir, que investigue la formalización de las señales, los signos y los rasgos distintivos, además de las probables combinaciones que formarían el esquema profundo de los comportamientos afectivosociales (Hutt y col, 1965).

Por lo tanto, una investigación de este tipo debe trascender los marcos de la psicología cognoscitiva y comportamental y asumir los modelos propuestos por la lingüística

estructural y descriptiva (lingüística moderna) y por la gramática generativa transformacional (lingüística contemporánea). Esto significa que dicha investigación permitirá superar el nivel intuitivo de observación para precisar si el trastorno nuclear en el Síndrome Autista es cognoscitivo, formal, verbal, comunicativo verbal o afectivosocial (Rosseli y Ardila, 1990).

Según Rosseli y Ardila (1990), se interpreta como reciprocidad social a la relación de influencia mutua que ejercen entre si dos personas cuando actúan socialmente. Este intercambio de modificación mutua variable es una de las dos formas de sincronía que hacen posible la actividad afectivosocial. La otra sincronía: nivel, hace referencia al sustrato orgánico que se desarrolla simultáneamente con otras funciones psicobiológicas: actividad afectivosocial, atención, memoria, psicomotricidad y lenguaje. Esta sincronía bicomportamental implica la existencia de una base biológica innata que permite al niño desde el mismo estado neonatal entamar en su propia actuación los actos sociales de los demás, con lo cual se modifica dramáticamente el comportamiento del mismo niño.

La función afectivosocial se considera como una serie de señales y signos con rasgos pertinentes, organizados como un sistema de oposiciones, que se relacionan entre si según leyes combinatorias determinadas para conformar moldes o estructuras profundas discretas, las cuales generarían, a través de innumerables combinaciones, un número infinito de comportamientos afectivosociales posibles. Igual a como sucede con el lenguaje, entre todos los sonidos posibles producidos por el aparato fonoarticulador humano, el cerebro del niño selecciona un número discreto de ellos y los organiza en estructuras profundas, propias de su comportamiento lingüístico, dependiendo del medio lingüístico (lengua) al que se expone las primeras etapas de su desarrollo. De la misma manera, las primeras relaciones afectivas determinan el número de señales y signos afectivosociales que el cerebro del niño elegirá para formar sus patrones o esquemas profundos, propios de su agrado social e histórico, determinados biológicamente (Rosseli y Ardila, 1990).

Al potencial afectivo social de cada individuo se le llamará competencia afectiva. Esta competencia se define como la aptitud innata del cerebro para desarrollar comportamientos

que permitan establecer relaciones afectivas sincrónicas y recíprocas con otros seres humanos dentro de una matriz social determinada. Así, al actuar socialmente, el individuo da cuenta de si mismo (autoconcepto), y de los vínculos suyos con los demás. Las relaciones iniciales del niño, generalmente con la madre, actuarían como detonador para que la competencia afectiva se exprese como patrones o comportamientos determinados socialmente (Papalia, 1995).

La competencia afectiva sería otra estructura mental profunda formada por esquemas que asocian los rasgos, las señales, y los signos afectivos, mediante las reglas propias de cada grupo social (Rosseli y Ardila, Ob. cit.).

Igual a como sucede en el proceso psicolingüístico, la competencia afectiva se expresa en la “actuación” de comportamientos que se generan a partir de la estructura profunda mediante procesos de sustitución, elisión, permutación, repetición, etc. Esto quiere decir, primero, que mediante este proceso lógico se puede generar un número infinito de comportamientos sociales, y segundo, que estos comportamientos no son una copia de los esquemas profundos; por lo tanto, en cada comportamiento afectivosocial hay una gran cantidad de sutilezas y particularidades, algunas creativas. El límite de estas expresiones es establecido por las leyes acordadas previamente en el contexto social específico, el cual determina la validez de la acción social. A esta acción social apropiada se la puede llamar “pragmática social”. La matriz social obligaría al individuo mediante procesos de reforzamiento a emitir con más frecuencia comportamientos que generen reciprocidad sincrónica (Rosseli y Ardila, Ob. cit.).

Por sus características intrínsecas, la competencia afectiva esta ligada estrechamente, como en efecto sucede y se verifica en la observación clínica, a la competencia lingüística, es decir, al “órgano mental del lenguaje” de Chomsky. Aun más, la propuesta es que la competencia afectiva ejerce una influencia determinante, o de jerarquía, sobre la función comunicativa de la competencia lingüística (Papalia, 1995).

A los comportamientos efectivamente ejecutados en la acción social se les llamará estereotipos afectivos sociales, que equivaldrían a las “estructuras superficiales” del modelo generativo transformacional chomskyano. Así, como los estereotipos verbales (habla) de cada sujeto son un producto generado a partir de la estructura profunda (lenguaje), y los estereotipos afectivos sociales proceden de los esquemas profundos de la competencia afectiva, los estereotipos comunicativos: sociales y lingüísticos, se originan por interacción jerárquica y heterárquica entre la competencia lingüística y la competencia afectiva (Papalia, 1995).

En consecuencia, según Rosseli y Ardila (1990), en el autismo infantil se encuentran grados de incompetencia afectiva y social, tan benignos que sólo se expresan como un uso inadecuado de los estereotipos afectivos sociales en situaciones poco familiares o complejas, o tan graves que produzcan un aislamiento social total.

Estructura familiar del autismo

Según Minuchin (1974), el hombre no es un ser aislado, sino más bien un miembro activo y reactivo de grupos sociales; por lo tanto, el ser humano está en constante interacción con su entorno, siendo que la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio.

El contexto inmediato con el que se relaciona el ser humano es la familia. La familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior. En muchos casos se la puede considerar como una parte extra cerebral de la mente (Minuchin, Ob. cit.).

La familia se encuentra gobernada por reglas, (Ríos, 1984). Éstas se definen como acuerdos relacionales que establecen dos o más personas y que prescriben las formas de comportarse: quién hace qué, en qué momento y de qué manera.

Dentro de un sistema existen subsistemas que forman un conjunto de elementos en interacción dinámica. Según Minuchin (1982), en una familia los subsistemas pueden estar

formados por generación, sexo, interés o función. Siguiendo el último criterio, función, se puede diferenciar cuatro subsistemas básicos: conyugal, parental, filial y fraterno. Un criterio básico de la teoría general de sistemas es la función que ejerce cada uno de sus miembros y cómo la cumple en cada subsistema al cual pertenece. Según Minuchin (1982), los límites entre subsistemas son esas fronteras invisibles que definen la pertenencia de un miembro al subsistema correspondiente. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Si los límites son claros en el subsistema, es posible que cada miembro desarrolle sus funciones sin interferencia. Sin embargo, también deben permitir el suficiente contacto entre los miembros de diferentes subsistemas. Según Minuchin (1984), los límites difusos estarán identificados en las familias aglutinadas, donde la conducta de cada miembro de la familia afecta inmediatamente a los otros, respondiendo con excesiva rapidez e intensidad. Por último, los límites cerrados pertenecerán a las familias desligadas, en las cuales se favorece mucho la individualidad y autonomía personal, y la poca interacción con otros subsistemas (Santiago, Ob. cit.).

En un sistema familiar existen ciertas expectativas y normas que se tienen con respecto a una posición y conducta de un individuo, situación o contexto; a esto se llama rol. Los procesos de organización de una familia pueden verse como la formación de una jerarquía y la atribución de un rol “expresivo” o “instrumental” a cada individuo perteneciente a este sistema; considerando que un rol cambiara como consecuencia de las etapas del ciclo vital de los integrantes de la familia y de la familia como sistema (Santiago, 1984).

El síndrome autista adquiere una alta relevancia social y emocional debido a que no sólo ocasiona el sufrimiento del niño afectado por el problema de incomunicación, sino que también afecta de manera muy significativa su entorno; siendo el más afectado la familia y el entorno social inmediato del niño (Parmelee, 1998).

La familia se puede ver afectada con su desestructuración, ya que ante la presentación de este síndrome, los roles y las funciones de la familia pueden ser alteradas y cambiadas, de manera que no evolucionarán dentro de un ciclo vital estándar o conocido. Los límites de este sistema tendrán la tendencia a ser rígidos, flexibles o inexistentes, siendo inesperada la

combinación de estos límites lo cual dependerá de la reestructuración de la familia y las actitudes que tome ésta frente al problema latente. También en estas familias es inesperado el tipo de relación que habrá dentro de este sistema, ya que las alianzas y coaliciones se reestructurarán y se conformarán en torno al niño con síndrome autista (Parmelee, Ob. cit.).

Por otra parte, para una familia, el tener un niño con síndrome autista no significa solamente la reestructuración de la misma implicándose de esta manera todos los componentes emocionales, sino que también estará inmersa la afectación económica; todos los gastos médicos, farmacológicos y terapéuticos.

Uno de los componentes que subyacen en la relación de una familia de un niño con síndrome autista es la íntima alianza y simbitización de la madre con el hijo afectado, debido a la sensación de frustración de aquella en cuanto a la maternidad y productividad del niño, asemejándose a la culpa y a la infortuna de haber dado a luz a un niño que no es normal (Parmelee, 1998).

Por otra parte, dentro del sistema se puede observar que la relación con el padre se vuelve distante, ya que se lo ve periférico y de acuerdo con la alianza de la madre con el hijo afectado, ateniéndose a dicha alianza (Ramos, Ob. cit.).

La relación de los hermanos en el sistema juega un papel muy importante en cuanto a la reestructuración de la familia, ya que éstos también se encuentran de acuerdo con la alianza, tomando parte de la misma. Alguno de los hermanos tomará la función de niño cuidador. Esta relación pasará de manera generacional, siendo primero el hermano más inmediato al hermano afectado y posteriormente, cuando éste ya no pueda hacerse cargo, pasará la función al siguiente hermano (Rolland, 2000).

Método.

La presente investigación, al manejarse dentro la psicología clínica del enfoque sistémico relacional y exploración neuropsicológica, utiliza la metodología de investigación descriptiva; respondiendo a una metodología experimental “caso único”. Se aplicará este

estudio ya que las características ambientales no controladas han hecho del estudio de caso sea una fuente única de información que complementa y contribuye a la teoría, investigación y práctica, ya que este procedimiento ha servido de fuentes de ideas e hipótesis acerca del comportamiento humano (Kazdin, 2001).

Se considera importante el estudio de caso debido a que la población de niños autistas con síndrome de Asperger es reducida y muy pobremente diagnosticada. Siendo de esta manera casi imposible el poder reunir una muestra significativa de niños diagnosticados con autismo de Asperger (Coolican, 1994).

El niño evaluado en la presente investigación tiene 3 años y 11 meses, con talla y peso de acuerdo a su edad cronológica; fue diagnosticado con Síndrome Autista de Asperger por el Dr. Gastón Smith². Por otra parte, el niño evaluado en la investigación tiene una familia estructurada por: Madre, Padre y un hermano menor.

Los instrumentos utilizados fueron: Los instrumentos en la presente investigación serán: a) Evaluación neuropsicológica de Lefèvre, adaptación Pinto, 1994; b) Test de habilidades psicolingüísticas Illinois (ITPA, 1983); c) Entrevista estructural profunda; y d) Análisis del genograma.

Resultados.

Sistema familiar

El sistema familiar del niño es aglutinado. Este tipo de sistemas tienen la característica de tener una preferencia del lenguaje “no verbal” sobre el “verbal”, teniendo susceptibilidad a expresiones faciales y tonos de voz. En las entrevistas con los padres señalaron que las discusiones de pareja comienzan a partir de expresiones no agradables para uno de los miembros de la pareja o el tono de voz utilizado por uno de los mismos. Estas susceptibilidades pueden ser consideradas como respuestas condicionadas, las cuales pueden ser reforzadas por la satisfacción de necesidad del niño, lo cual se relaciona con las

² Medico Neuropediatra en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz

funciones cognitivas intactas, como respuestas de mediación necesarias para la comunicación del niño con el sistema familiar.

Por otra parte, las familias que establecen límites rígidos, no permiten el acceso de otros miembros o la interacción con otros sistemas familiares, teniendo en cuenta que la familia se encuentra en la etapa de “hacerse padres” y “formación de la pareja”, esta no cuenta con límites establecidos y debido a la situación familiar crea límites rígidos, impidiendo de esta manera la interacción con otros sistemas, por lo tanto, se refuerza el tipo de relación “simétrica” de la pareja.

En cuanto a la comunicación en la familia, se organiza a partir de un lenguaje verbal; sin embargo, existen situaciones en las que la pareja establece un relación simétrica como ser: agresión física o verbal, que se establece a partir de la interpretación de comportamientos “no verbales”: llanto y gestos faciales.

Si bien existe una preferencia de comunicación verbal en la pareja, la comunicación “no verbal” juega un papel importante en la comunicación de familiar, ya que este tipo de comunicación también es llevado a cabo en el sistema paternal, como por ejemplo: teniendo en cuenta la edad cronológica del hermano del niño, se pudo observar en las entrevistas a profundidad que éste no tiene la necesidad de hablar para conseguir objetos de su necesidad (mamadera, juguetes y/o comida). Por lo tanto, la comunicación a nivel paterno tiene una preferencia de tipo no verbal; sin embargo, existe la interacción del lenguaje verbal y no verbal.

Los padres del niño, en las entrevistas a profundidad, señalaron que cuando juegan sus hijos “es como si fueran mudos”, ya que solo emiten sonidos sin significado; es decir, que la comunicación a nivel fraterno es analógica, teniendo en cuenta que la comunicación digital transmite al receptor un solo significado y la comunicación analógica transmite varios significados. Por lo tanto, se puede señalar que en la comunicación entre hermanos está regida por la emisión y recepción de varios significados.

Sistema de comunicación

De acuerdo a la evaluación neuropsicológica y psicolingüística se puede señalar que N.E. (niño experimental) tiene un sistema de comunicación analógico ya que, en las pruebas aplicadas, el niño entiende y responde de manera no verbal; es decir, que el niño comprende estímulos visuales como ser dibujos, melodías y expresiones faciales, así como también las respuestas del niño son no verbales, como ser: el señalamiento. Es importante resaltar que no existe una alteración a nivel cerebral de la comprensión y expresión verbal, más bien los resultados refieren a que el niño N.E. tiene una preferencia de comunicación no verbal, dominada por funciones cognitivas visuales.

Según la definición teórica se entenderá al código como el conjunto de símbolos que se usa para hablar; es decir, las letras, las palabras. Ejemplos de código son: el idioma castellano, el inglés, el francés, incluso dentro del mismo idioma, diferentes dialectos son también códigos distintos (Cazau, Ob.cit.). El niño se comunica a través de los recursos de comunicación intactos (funciones visuales), los cuales serán establecidos como “funciones mediacionales” en el procesamiento de la información, necesarias para la comunicación del niño (*Ver figura 1*).

La mediación cognitiva en el niño evaluado descrita en la figura anterior, ejemplifica el proceso de mediación del niño autista de Asperger, donde se puede observar que se encuentra compuesto por:

- Estímulo.- El cual se refiere a cualquier tipo de estímulo, ya sea visual, auditivo ó somestésico, teniendo en cuenta que dicho estímulo proviene de un contexto ya establecido. Como, por ejemplo, la melodía de una canción, la cual es reconocida por el niño evaluado; sin embargo, el niño no responde a estímulos auditivos verbales. Existe una preferencia por recibir estímulos visuales, como en la prueba de evaluación neuropsicológica del niño de Lefèvre (1989), el niño reconoce figuras y las completa; como ser en el armado de los rompecabezas. Así también el niño puede percibir táctilmente un objeto y r

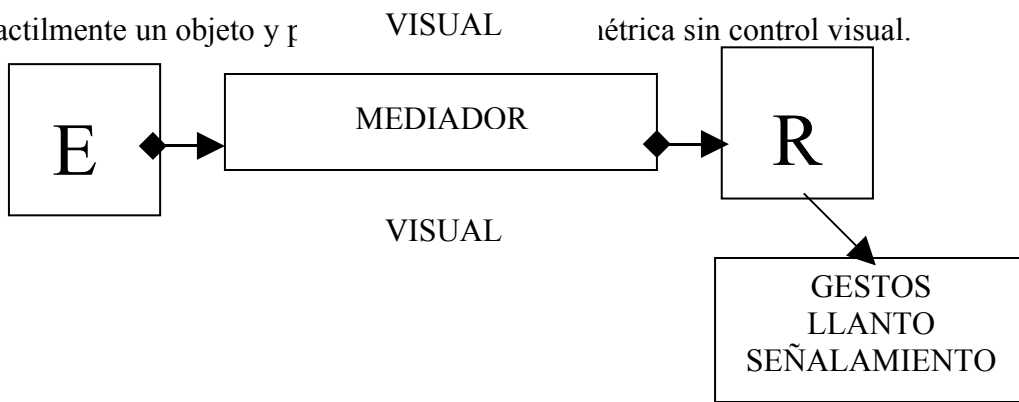


Figura 1: Mediación cognitiva

- Mediador.- Osgood, en 1976, señaló que el mediador por excelencia en el ser humano es el Lenguaje oral, descrito como una función cognitiva superior; sin embargo, en el niño autista de Asperger evaluado, el mediador cognitivo por excelencia es la función visual – táctil. Teniendo en cuenta que existe una limitación en cuanto a la integración de la información, dicha función tiene prioridad sobre las demás (somestésica, auditiva, motora, etc.). Es importante señalar que si existe una preferencia en el mediador cognitivo utilizado por el niño autista de Asperger evaluado, éste resulta tener un contenido netamente analógico, por lo que la respuesta se dará también con un contenido netamente analógico (llanto, gestos, señalamiento). Por ejemplo, si al niño se le presenta un rompecabezas desarmado señalando que lo arme, sin ninguna instrucción verbal, (Test Lefèvre, 1989), éste mueve la cabeza de arriba abajo y comienza a armarlo; sin embargo, si al paciente se le indica verbalmente que arme el rompecabezas, el niño se limita a armar el rompecabezas, sin manifestar ninguna otra respuesta verbal o no verbal.
- Respuesta.- En 1976, Osgood plantea que la respuesta producida por la presentación de un estímulo pasa por un proceso de mediación, en el cual la integración de la información (auditiva, visual, somestésica, etc.) juega un papel importante; ya que cada una de estas respuestas se convertirán en respuestas mediadoras, añadiéndose el factor afectivo, el cual dará sentido a la respuesta final. En el niño, la respuesta producida frente a la presentación de un estímulo tiene la característica de recibir información netamente visual, ya que existe una limitación en la integración de la información; por

lo tanto, desechará la información auditiva y somestésica. Como mediadores están las funciones “visuales”, la información entrante se convertirá en respuestas mediadoras netamente visuales. Es importante señalar que los factores intrínsecos, descritos por Osgood en 1976, se refieren en parte a la afectividad, teniendo en cuenta que el afecto es la síntesis cognitiva de la representación emocional, y esta “síntesis cognitiva” no se podrá integrar al estímulo nuevo ya que, una de las características del autismo de Asperger es la limitación en la integración y asociación de los factores cognitivos. Por lo tanto, el niño evaluado, no presenta ningún factor motivacional, ya que éste se limita a la asociación e integración de información (propia del mediador) que tenga un contenido netamente “visual”. De esta manera, una de las características del niño autista de Asperger es que presente perseverancia frente a estímulos que tengan un contenido propio del mediador cognitivo utilizado (visual). Como, por ejemplo, en el niño evaluado se pudo observar que existe una perseverancia en el armado y desarmado de rompecabezas; así como en el ordenamiento de figuras por color; observado en el test de evaluación neuropsicológico del niño Lefèvre, 1989, en el ítem de praxia constructiva, ítem 7.5.

El procesamiento cognitivo de información en el niño evaluado presenta una limitación en la asociación e integración de la información nueva. Teniendo en cuenta que la asociación en el niño autista de Asperger no es automática, el sistema de comunicación en el niño autista de Asperger es limitado, ya que la asociación e integración en el procesamiento de la información es una función voluntaria y no automática. Como, por ejemplo, en un niño sin ninguna limitación en las funciones cognitivas, la integración de la recepción de estímulos de todos los aparatos sensoriales (visual, auditivo, somestésico, afectivo) es automática.

El proceso de información en el niño autista de Asperger evaluado presenta los aspectos tomados en cuenta en el “modelo cognitivo de solución de problemas”, propuesto por Pinto en 1998. Dichos aspectos serán descritos desde la evaluación neuropsicológica y el análisis de la estructura familiar.

En las entrevistas a profundidad con los padres, describieron cómo su hijo juega con el hermano menor, dicho ejemplo será utilizado para explicar el procesamiento de la información y el modelo cognitivo de solución de problemas descrito anteriormente (*ver figura 2*).

Teniendo en cuenta que la situación planteada se lleva a cabo a partir del contexto inmediato del niño que es la familia (sociohistoria), el motivo que definirá el problema será: “jugar con su hermano menor”. La selección de estímulos para el niño van a ser netamente visuales, por lo tanto, la recepción será preferentemente visual; en este caso, el niño seleccionará los juguetes de acuerdo a su color, forma, y tamaño. Posteriormente, acudirá a la memoria a largo plazo, recordando diálogos de la televisión o de juegos pasados. En caso que el hermano menor del paciente quiera mezclar los juguetes, este acudirá a su memoria a corto plazo, seleccionando cual de los juguetes había escogido. Por otra parte, la memoria operativa será perseverante ya el juego girará en torno a los diálogos recordados y los juguetes seleccionados. Siguiendo con el proceso de la información, el afecto del niño en el juego será limitado, ya que éste, para ser integrado a la información visual ya mencionada, tendrá que pasar por un proceso voluntario y no automático; por lo tanto, el juego será perseverante y carente de creatividad. Las estrategias utilizadas por el niño van a relacionarse directamente con los estímulos visuales seleccionados, los cuales se relacionarán con estímulos visuales ya obtenidos (esquemas), los cuales serán generalizados y perseverantes; es decir, el niño jugará con los juguetes seleccionados desde un principio con el diálogo correspondiente a la memoria a largo plazo (diálogos de televisión). El razonamiento en el niño será analógico – intuitivo, ya que el niño jugará con los juguetes de manera analógica, transmitiendo a su hermano menor una serie de significados distintos. En cuanto a la retroalimentación, será positiva si el hermano menor del niño responde a través de los mismos medios cognitivos y será negativa si éste responde de manera digital. Por último, se puede observar que durante todo el proceso cognitivo de la información el mediador cognitivo del niño es “visual”, ya que el estilo cognitivo del mismo se organiza a partir de las funciones visuales, las cuales serán respuestas mediadoras de las mismas hasta la ejecución de la respuesta “analógica”.

Conclusiones.

El ciclo vital de la familia de un niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger, es un muy diferente a la planteada teóricamente, ya que el proceso de aceptación y adaptación al diagnóstico no figura en ninguna teoría, afectando este suceso al ciclo vital descrito por la terapia familiar. Así como el ciclo de vida de la familia se encuentra afectado, las funciones que cumplen cada uno de los miembros se organizará en torno al niño

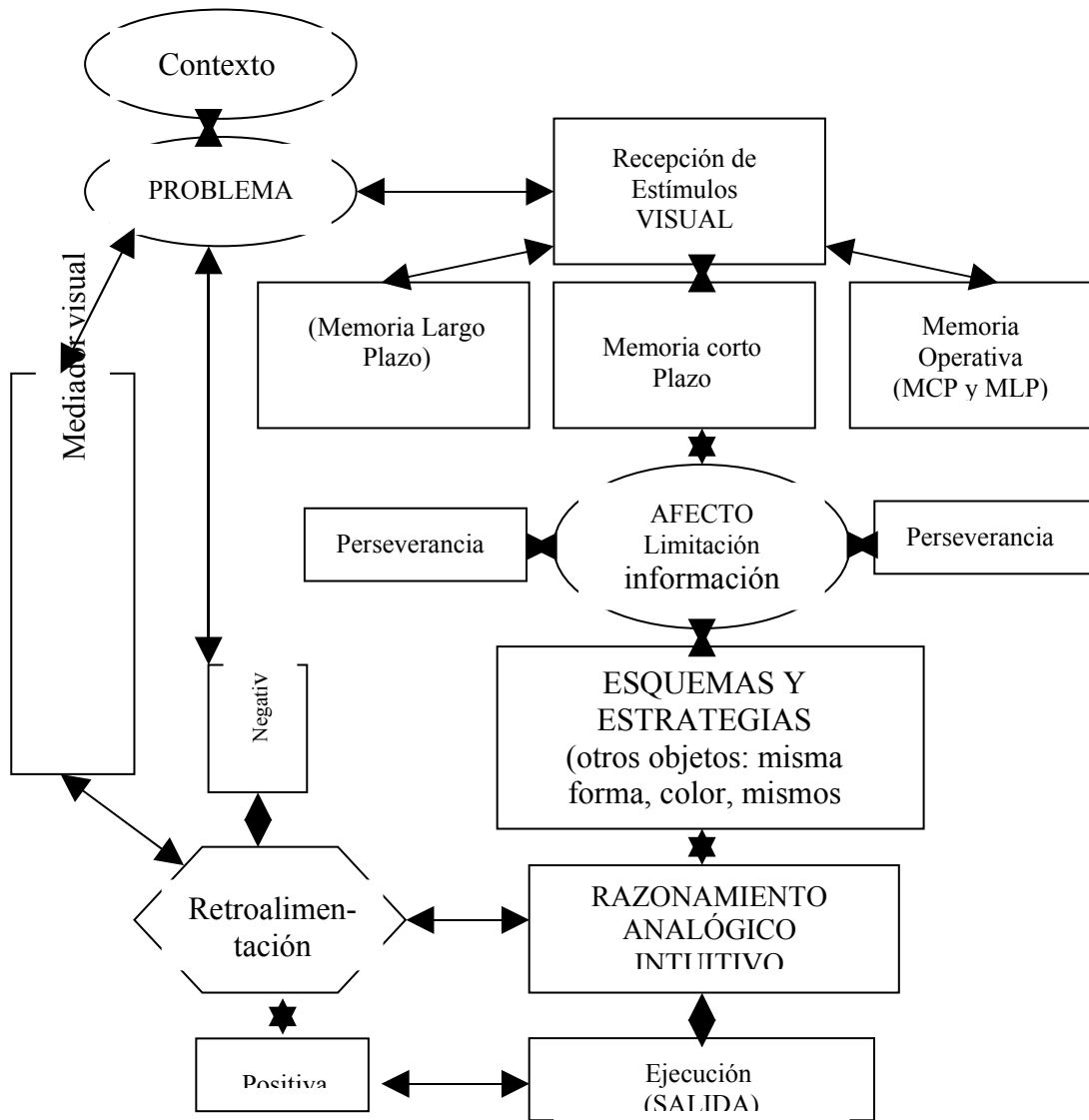


Figura 2: Modelo de procesamiento información del autismo de Asperger

La familia del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger se organiza de la siguiente manera: En la familia de la investigación, teniendo en cuenta la etapa de ciclo vital en la que se encuentra, existe un acercamiento excesivo del niño diagnosticado con la madre, de manera que el padre queda periférico, ocupándose solamente del trabajo y las obligaciones laborales, como ser viajes y horas extra. Por otra parte, existe una sobreprotección del hermano del niño diagnosticado, debido a la poca información sobre la etiología del síndrome autista de Asperger y la posibilidad que éste se pueda repetir en el hijo sano o en algún nuevo miembro de la familia.

En relación con la pareja “parental” del niño diagnosticado con Síndrome Autista de Asperger, en la familia presentada la relación es simétrica, basada en la igualdad, tanto en logros personales como en aspectos de pareja; es decir, que los padres del niño diagnosticado con Síndrome Autista de Asperger triangulan al niño diagnosticado con el fin de evitar los problemas de pareja. Cuando el niño diagnosticado con Síndrome Autista de Asperger deja de ser la preocupación de los padres, los problemas de relación de pareja surgen, y éstos, como se encuentran basados en la igualdad, producen escaladas simétricas en las cuales existe violencia física y psicológica.

La familia del niño diagnosticado con Síndrome Autista de Asperger, con relación a su contexto, presenta límites rígidos, ya que se observó que en la familia de la investigación no existe un contacto social con otras familias, exceptuado a las familias de origen, lo cual muestra que los trastornos del desarrollo se encuentran estigmatizados por la sociedad boliviana. Por otra parte, se puede señalar que si los límites son rígidos frente a un contexto social, ya sea como estigmatización social o como aislamiento social, la dinámica social del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger, encierra a la familia en “un” solo contexto, haciendo a ésta poco tolerante a cualquier tipo de cambio.

Por otra parte, los roles y funciones de la familia del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger son modificados de manera transgeneracional, ya que los límites son difusos; es decir, que como existe un distanciamiento del padre, éste puede ser sustituido en su función por la abuela materna o el abuelo paterno, generando de esta manera una

coalición contra el padre. Las coaliciones en la familia del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger pueden ocasionar triangulaciones desviadoras – atacadoras, poniendo como excusa el diagnóstico del niño para no ver los problemas de relación de la pareja.

Las familias aglutinadas presentan mayor preferencia por la comunicación no verbal, coincidiendo con el sistema de comunicación del niño diagnosticado con síndrome de asperger.

En la familia del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger, el niño es deslegitimizado; es decir, hablan por él, sienten por él, comprenden por él. Dichas respuestas de los padres son reforzadoras de respuestas condicionadas, las cuales se convierten en respuestas mediadoras.

En caso que el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger aprenda a comunicarse verbalmente, utilizará su hemisferio derecho como instrumento de comunicación, recibiendo la información de manera digital o analógica y procesando y asociándola de manera de manera analógica.

Es importante resaltar que la forma de percepción y expresión utilizada por el niño autista de Asperger es analógica. Por lo tanto, el niño podrá: reconocer, asociar, asimilar y expresarse de manera analógica. De ahí que las funciones visuales, motoras y auditivas del niño autista de Asperger se encuentren intactas. Sin embargo, uno de los criterios diagnósticos del síndrome autista de asperger es la torpeza motora, la cual se debe a la limitación en el control de la regularización y secuenciación de movimientos.

El niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger no presenta ninguna lesión cerebral. Es por eso que no tiene ninguna función cognitiva desestructurada; sin embargo, presenta funciones adecuadas que se encuentran por encima de su edad cronológica como ser:

Tabla1. Relación de las funciones cognitivas

FUNCIONES ADECUADAS	FUNCIONES LIMITADAS
Función motora, el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger puede realizar movimientos simples e imitar posturas del cuerpo.	Las praxias constructivas en el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger van a depender del estímulo recibido, teniendo preferencia por estímulos que correspondan a un sistema de comunicación no verbal
Conocimiento acústico, el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger puede repetir una secuencia de 6 ritmos, o completar una melodía familiar.	Las praxias ideatorias en el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger se encuentran limitadas debido a los problemas de secuenciación prefrontal en el niño
Las funciones visuales del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger están intactas; sin embargo, la habilidad de secuenciación se encuentra limitada, debido a los problemas de secuenciación prefrontal del niño autista	La expresión del lenguaje oral del niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger se encuentra limitada, ya que existe un retraso generalizado en la adquisición del lenguaje, presentando dislalias y ecolalias.
	La memoria en el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger se limita a ser visual, ya que ésta corresponde a un sistema analógico de información

La utilización de la medicación cognitiva como proceso de aprendizaje puede ser un recurso educativo para el niño diagnosticado con síndrome autista de Asperger. Este concepto no sólo es aplicable al aprendizaje, sino también a la comunicación del niño con sus padres; ya que el lenguaje no verbal, como ser señalamiento y gestos, pueden ser un factor mediador para conseguir el aprendizaje del lenguaje verbal.

El modelo cognitivo de procesamiento de la información en el niño con síndrome autista de Asperger, se conforma a través de la recepción de estímulos (externos), los cuales pasan a una consola de información. Esta información (nueva), es asociada a otros datos anteriores; sin embargo, este proceso no es automático, ya que el niño con síndrome autista de Asperger procesa de manera particular y diferenciada cada estímulo nuevo que ingresa a su

consola de información y éste, a su vez, de manera voluntaria determina la asociación con conocimientos previos.

REFERENCIAS

- Azcoaga, J., (1981). *Los retardos del lenguaje en el niño* Barcelona: Paidós
- American Evaluation Association, (2006). *The American Journal of Evaluation (AJE)*.
En: <http://www.eval.org>.
- American Psychological Association, (2006). *Elaboración de referencias y citas según las normas de la American Psychological Association (APA), 5ª Edición*. En: <http://www.apa.org>.
- Autismo España, (2006). *Estadísticas de uso del Web Autismo España*. En: <http://www.autismo.com/scripts/estad/estad1.idc?>
- Ardouin, J. (1998). *La adquisición del Lenguaje en los niños*. Madrid: Pablo del Rio
- Bateson, G., (1980). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Buenos Aires.
- Benedet, N., (1986). *Evaluación Neuropsicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bernárdez, E., (1999). *Lenguaje y cerebro*. Madrid: Alianza
- Bertalanffy, L., (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Boada, H., (1986). *El desarrollo de la comunicación en el niño*. Barcelona: Anthropos.
- Bon Foerster, H., (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Bouton, C., (1976). *El desarrollo del lenguaje*. Huemul. Buenos Aires.
- Brown, R., (1981). *Psicolingüística: algunos aspectos acerca de la adquisición del lenguaje*. México D.F.: Trillas.

Cairns, R., (1986). *Social Developmental. Recent theoretical trends and relevans for autism*. New York: Ed. Social Behavior in Autisms.

Calle, E., (1996) *Constructos analógicos y sus alteraciones*. La Paz: UCB

Cazau, P., (2002). *Factores y Funciones del lenguaje*, Buenos Aires: Redpsicologia

Dale, P., (1992). *Desarrollo del lenguaje: un enfoque psicolingüístico*. México, D.F.: Trillas.

Davidoff, L., (1989). *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.

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

Fegerman, N., (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.

Ferreira, A. J (1980). *Interacción familiar*. Buenos Aires: Buenos Aires.

Garton, A., (1994). *Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición*. Barcelona: Paidós.

Gil, E., (1985). *Los depredadores audiovisuales*. Madrid: Juventud urbana y cultura de masas.

Goffman, E., (1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hutt, S. J. (1965). *A behavioral and electroencephalographic study of autistic children*. New York: Plenum Press

Jakobson, R., (1974). *La afasia como problema lingüístico*. Madrid: Cátedra.

Jakobson, R., (1974). *Lingüística y poética* Madrid: Cátedra.

Kazdin, A., (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. 3ra edición. México DF.: Prentice Hall.

- Gimenez, (en prensa), (2005). *Los discapacitados aún son huérfanos*. En: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=8036&SE=SN>.
- Lefèvre. B., (1989). *Neuropsicología Infantil*. San Paulo: Servier
- Luria, A., (1984). *El cerebro en acción*. Madrid: Martínez Roca.
- Luria, A.R. (1956). *Lenguaje y desarrollo intelectual en el niño*. Madrid: Pablo del Río
- McConnell, J., (1992). *Enciclopedia práctica de Psicología*. México DF.: Mcgraw-Hill.
- McGoldrick, M., Gerson, R., (1996). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Miles, B. y Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury park, ca: sage.
- Minuchin, S., (1977). *Familias y terapia familiar*. México DF.: Gedisa Mexicana. S.A.
- Mussen y Kagan (1978). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México, D.F.: Trillas.
- Osgood. (1976). *Psicología experimental 2* New York: Vintage.
- Offer, D. y Sabshin, M., (1966). *Theoretical and clinical concepts of mental health*. New York: Basic books
- Papalia, D., (2001). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw Hill.
- Parmelee, D., (1998). *Psiquiatría del niño y adolescente*. Madrid: Casanova.
- Piaget, J., (sin fecha). *Lenguaje y pensamiento en el niño*. Madrid: Ediciones de la Lectura.
- Pinto, B., (1987). *Variables Intercurrentes en la Afasia; un estudio Neuropsicológico*. La Paz: UCB
- Pinto, B., (1998). *Neuropsicología de los problemas de aprendizaje escolar*. La Paz: Cero.
- Pinto, B., (2003). *Estructura individual, familiar y conyugal de los trastornos de personalidad*. La Paz: UCB

- Ramos, F., (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.
- Reiss, D., (1981). *The family's construction of reality*. California: Cambridge
- Rios, C., (1984) *Orígenes y alcances de la teoría del significante*. Londres: Karnac books
- Rolland, J., (1994). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rosselli, M., Ardila A., (1992). *Neuropsicología infantil*. Medellín: Prensa Creativa.
- Santiago, L., (2004). *Apuntes de Terapia Familiar*. Barcelona: Kine Centro de Terapia Familiar y de Pareja.
- Scheflen, A., (1984). *Sistemas de la comunicación humana*. Barcelona: Kairos.
- Simon, F., (1984). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gredisa.
- Tustin, F., (1987). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Umbarger, C., (1983). *Terapia familiar estructural*. En: Rodríguez, A. (1996). *Recursos humanos en la administración pública*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Valcarcel, E., (1984). *La neuropsicología una nueva rama en el conocimiento psicológico*. La Habana: Pueblo y educación.
- Watzlawick, P., (1981). *Teoría de la comunicación*. Barcelona: Herder.
- Winners, P., (2004). *El autoconcepto en niños de 9 – 11 años con bajo rendimiento escolar*. La Paz.: UCB.