

881225

10  
ry.



**UNIVERSIDAD ANAHUAC**  
VINCE IN BONO MALUM

**UNIVERSIDAD ANAHUAC**  
**ESCUELA DE PSICOLOGIA**  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS  
A LA U. N. A. M.

**ELABORACION DE UN INSTRUMENTO DIAGNOSTICO PARA EL  
SINDROME DE AUTISMO INFANTIL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

**Shulamit Graber Dubovoy**

**María Gabriela Sodupe Plazas**

**MEXICO, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1986**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

PAGINA

## CAPÍTULO

### - INTRODUCCION.

1.- MANIFESTACIONES CLINICAS DEL AUTISMO INFANTIL....	1
2.- ETIOLOGIA.....	14
2.1 Factores Hereditarios .....	14
2.2 Trastornos de la Transmisión Nerviosa Aferente y Eferente .....	17
2.3 Teorías Psicodinámicas .....	26
2.4 Características e Influencia de los Padres .....	31
2.5 Pronóstico .....	39
3.- DIAGNOSTICO .....	43
3.1 Criterios Diagnósticos del Autismo Infantil .....	43
3.1.1 Criterio Diagnóstico de Kanner, 1943. ....	71
3.1.2 Criterio Diagnóstico de Kanner y Eisemberg, 1956. ....	72
3.1.3 Criterio Diagnóstico de la G.A.P., 1981. ....	73
3.1.4 Criterio Diagnóstico de la DSM III, 1981 .....	74
3.1.5 Criterio Diagnóstico de la O.M.S., 1975. ....	76
3.2 Unificación de Criterios Diagnósticos Realizada por la Sociedad Nacional Inglesa para Niños Au- tistas .....	76
3.3 Conclusiones .....	88
4.- INVESTIGACION .....	93
4.1 Objetivos .....	93
4.2 Sujetos .....	94

	PAGINA
4.3 Materiales e Instrumentos.....	94
4.4 Procedimiento .....	95
4.4.1 Encuesta sobre el Diagnóstico del Autismo .....	95
4.4.2 Selección de los Criterios Diagnósticos .....	96
4.4.3 Elaboración del Instrumento .....	96
4.4.4 Encuesta a Paidopsiquiatras para Validar el Ins trumento.....	99
4.4.5 Aplicación del Instrumento .....	99
5.- RESULTADOS .....	102
5.1 Resultados de las Entrevistas a Paidopsiquiatras en Instituciones .....	102
5.2 Resultados de la Validación del Instrumento ....	103
5.3 Resultados de la Prueba Aplicada .....	107
5.4 Resultados del Cuestionario a las Madres de los Niños .....	134
6.- DISCUSION Y SUGERENCIAS .....	162
6.1 Entrevistas a Paidopsiquiatras en Instituciones..	162
6.2 Encuesta de Validación del Cuestionario .....	162
6.3 Aplicación de la Prueba a Niños .....	162
6.4 Cuestionarios a las Madres .....	166
- APENDICES.	
AP.1 Encuesta a Paidopsiquiatras Sobre su Opinión - Acerca de una Unificación de Criterios Diagnós ticos y la Creación de un Método Objetivo y - Cuantificable para el Autismo Infantil.....	173

	PAGINA
AP.2 Encuesta a Paidopsiquiatras para Validar el Instrumento Diseñado .....	175
AP.3 Prueba de los Niños .....	177
AP.4 Cuestionario a las Madres .....	186
- BIBLIOGRAFIA.....	196

## RECONOCIMIENTOS.

La realización de esta investigación no hubiese sido posible sin contar con el apoyo incondicional de algunas personas que dispusieron de valiosos momentos para apoyar y orientar nuestro trabajo; en primera instancia agradecemos a la Universidad Anáhuac nuestra formación como psicólogas.

Dentro de esta Institución mencionamos en particular a los maestros Martín Villanueva y Xavier Aguilar, quienes además de haber contribuido a nuestra formación académica, dirigieron la presente investigación.

A la Doctora Rosa María Valle, directora de la Escuela de Psicología quien nos brindó su apoyo y su ayuda.

Asimismo, expresamos nuestra gratitud al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro ya que de no haber sido por su confianza y colaboración al prestarnos sus instalaciones y permitirnos el trabajo con los niños de esta Institución, esta tesis no hubiera sido posible.

Merecen un reconocimiento importante el Dr. Jorge Escotto, Dr. Guido Macías y la Psicóloga Elvira Munguía por la ayuda desinteresada y por la ejemplar labor que realizan en favor de los niños autistas.

A todos los psiquiatras tanto a nivel privado como institucional que cooperaron con gran entusiasmo en la realización de este trabajo, les agradecemos su valiosa ayuda.

Consideramos que los que merecen mayor reconocimiento - en este trabajo fueron esos quince pequeñitos que no únicamente hicieron posible la realización de esta tesis sino que con sus miradas tristes y esas manitas que siempre tratan de alcanzar algo, nos hicieron creer en nuestra profesión pero sobretodo crecer un poco más como personas, aumentando nuestra fe y nuestro deseo por superarnos.

Asimismo también queremos agradecer a los padres de los quince niños que nos permitieron la realización de nuestra investigación y el compartir su esperanza por un mejor desarrollo de estos niños.

Quisiéramos mencionar en una forma muy especial por el apoyo y la paciencia que nos impulsó en los momentos difíciles a nuestros padres y hermanos. .

Por toda esa confianza y por nunca dejar de creer ...a Abraham Ezban y Luis Enrique Rodríguez.

A todos, nuestro profundo agradecimiento .....

A DIOS:

Porque mi fé en tí siempre me ha  
impulsado a seguir adelante.

A MIS PADRES:

Por todos esos años de amor, de guía  
y de apoyo.  
Por lo que hoy soy.

A LUIS ENRIQUE:

Porque el camino escogido es el mejor,  
Porque hemos construído un puente  
indestructible....

A SHULY:

Por tu ansia de vivir,  
Porque amas al ser humano,  
Porque cada momento está lleno del  
propio significado.

A TODOS LOS QUE QUIERO:

Por ser mi primer motivo y mi  
meta final....

María Gabriela Sodupe P.

**A MIS PADRES:**

Por su guía y apoyo,  
por su esfuerzo y enseñanzas,  
por su amor y confianza,  
porque los quiero mucho....

**A MIS HERMANOS:**

Porque su compañía siempre fue  
amistosa, y por todo este  
gran cariño que cada día  
nos une más.

**A GABY:**

Con todo mi cariño por ser  
una gran amiga y por el esfuerzo  
compartido....

**A ABRAHAM:**

Quien me ha enriquecido  
realizando el sentimiento de  
mi vida al exaltar el puyo  
propio....

y a todas esas personas que por su  
rostro sincero han llenado mi  
transcurrir....

## RESUMEN.

El diagnóstico del síndrome de autismo infantil ha implicado un reto clínico para los profesionistas relacionados con este campo desde que este síndrome fue descrito por Leo Kanner en 1943. Esta dificultad en el diagnóstico se ha extendido - produciendo una gran incertidumbre en cuanto al pronóstico de los llamados "niños autistas". Ya que al no poder proporcionarles un diagnóstico temprano y acertado se les priva del - tratamiento adecuado y por tanto, del desarrollo de sus habilidades y capacidades.

En cuarenta años que han pasado desde que Leo Kanner describió el síndrome de autismo infantil se han intentado muchos estudios y escrito gran cantidad de trabajos que manejan el tema con distinta orientación y que ofrecen diversas modalidades de tratamiento y que han hecho del cuadro descrito - por Kanner una entidad suficientemente conocida por los especialistas sin embargo, en un intento que hicimos de recopilar datos en México nos encontramos con criterios diagnósticos totalmente distintos desde el punto de vista de la conceptualización del síndrome de autismo infantil.

Por esta falta de unificación de criterios diagnósticos, decidimos elaborar un instrumento diagnóstico a partir de la unificación de los criterios diagnósticos más conocidos, creada por la Sociedad Nacional Inglesa para Niños Autistas. Este trabajo de investigación trata sobre la elaboración de un-

instrumento diagnóstico para el síndrome de autismo infantil, que se pueda aplicar de manera directa a los niños, y que a su vez resulte claro y confiable.

Para validar este instrumento diagnóstico fue necesaria la cooperación de varios p<sup>o</sup>psiquiatras, así como la aplicación del instrumento a quince niños que previamente habían recibido el diagnóstico de autismo infantil.

## INTRODUCCION.

El desarrollo mental y físico de los niños puede desviarse de muchas maneras, en ocasiones resultando en conductas sumamente difíciles. El autismo es una de las formas en la que se puede manifestar una de las desviaciones del desarrollo.

Los niños autistas aparecen a primera vista como niños - totalmente diferentes de los niños normales, o de los niños - con tipos más comunes de trastornos de la infancia. De cualquier forma cada una de las dificultades que muestran, se pueden encontrar en otros niños con problemas, especialmente en aquellos con algún tipo de defecto congénito que afecta el - desarrollo perceptual y de lenguaje.

Es más fácil para los padres enfrentarse a la situación, si pueden visualizar a su hijo como a un niño con problemas, - recordando que ante todo es un niño, con las mismas necesidades como cualquier otro niño, de un hogar, una familia, cariño, seguridad y la oportunidad de desarrollar sus habilidades y capacidades al máximo.

Cada niño autista posee su propia personalidad, la cual, determinará la forma en que reaccione a sus deficiencias y lo cual lo convierte en un individuo único. Por estas razones a los padres y a las personas cercanas a estos niños no les gusta escuchar que se refiera a ellos como "autistas", pues esto

sugiere que su problema es lo único que importa. Ellos son niños que están sufriendo de la condición conocida como "autismo infantil".

Uno de los mayores problemas al escribir sobre niños autistas es que los doctores y otros profesionistas relacionados con este campo tienden a diferir en las palabras que utilizan para describir y nombrar a esta condición. La causa o las causas del autismo en niños son desconocidas y todavía no existen pruebas adecuadas que puedan ser utilizadas para realizar el diagnóstico.

Análisis de sangre, rayos X, electroencefalogramas y -- otros exámenes físicos que ayudan en la medicina general, no pueden dar una respuesta positiva a la pregunta ¿es este un niño autista? La única forma que existe para hacer positivo un diagnóstico es observar al niño detalladamente en cada una de sus conductas y recaudar información igualmente detallada desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico, ya que la decisión depende de la presencia o ausencia de un patrón especial de conducta.

En esta situación la gente busca teorías para explicar el extraño comportamiento del niño, y los diferentes nombres que se utilizan, están relacionados con las ideas que a continuación mencionaremos. Kanner sugirió el nombre de "autismo-

infantil", porque pensaba que el aislamiento y el apartamiento social que se mostraban en los primeros años de la infancia eran las características principales.

La palabra "autismo" utilizada en psiquiatría para referirse al aislamiento emocional y al ensimismamiento viene de la palabra griega "autos" que significa "en sí mismo" (Garfield E. 1982). Otros autores se refieren a esta condición como "esquizofrenia infantil", debido a que la consideran una forma especial de la enfermedad adulta.

Otros a su vez han utilizado términos muy generales, tales como: "psicosis infantil", "perturbación emocional severa", "niños excepcionales" ó "niños que no se comunican", pero estas etiquetas pueden cubrir tantos patrones diferentes de conducta que ocasionan más problemas de los que resuelven.

A pesar de que resulta factible de que siempre hayan existido niños autistas, no fue sino hasta hace cuarenta años que fueron identificados como un grupo y separados de otros niños con perturbaciones severas. El profesor Leo Kanner en 1943 fue el primero en describir a estos niños como un grupo especial. Desde entonces el interés hacia ellos, ha crecido considerablemente.

Se han creado innumerables teorías acerca de las causas; las conductas que presentan estos niños han sido estudiadas con mayor detalle. Asimismo, durante los últimos quince años

se han creado sociedades de padres en muchos países que han luchado para obtener un diagnóstico adecuado, mejores servicios y muy especialmente para la obtención de más y mejores oportunidades para la educación de estos niños. De cualquier forma aún queda un largo camino por andar....

Como Alpern (1970) indicó, tiene que haber una prueba especial para medir las características del síndrome de autismo infantil y evitar utilizar las pruebas estandarizadas ya existentes, ya que estas no miden las habilidades reales de los niños autistas. Asimismo existe la necesidad de una medición cuantitativa para el nivel de funcionamiento de los niños autistas que resulte confiable y válido, evitando así caer en la subjetividad.

Por otra parte resulta importante tomar en cuenta que -- dentro del amplio término "autismo", habrá niños que presenten diferentes combinaciones de síntomas ya que los síntomas no se presentan de forma aislada y por último hay que recordar -- que la mayoría de los criterios diagnósticos para el autismo infantil, se basan en los relatos y las percepciones de los padres, y no en las observaciones directas del niño (MASTERS, 1970).

Por todo lo anteriormente mencionado y debido a que el diagnóstico es la piedra angular de cualquier entidad patoló-

gica y su pronóstico, el presente estudio tratará sobre la -  
elaboración de un instrumento diagnóstico objetivo y cuantifi-  
cable a partir de la unificación de criterios diagnósticos --  
realizada por la Sociedad Inglesa para Niños Autistas.

v

Consideramos que este instrumento para el síndrome de au-  
tismo infantil sí logra medir los síntomas principales que --  
presenta esta entidad patológica a partir de observaciones di-  
rectas con los niños; utilizando un cuestionario para las ma-  
dres de los mismos niños sobre su desarrollo únicamente como-  
una herramienta complementaria a la prueba aplicada a los --  
niños.

Esta tesis intenta ser una ayuda para los padres y los -  
profesionistas que se enfrenten en alguna ocasión con algún -  
niño autista, pero sobre todo este trabajo intenta abrir una-  
puerta y mostrar un rayo de luz a todos esos niños que su mun-  
do está tan lleno de incógnitas....

Nunca me había preocupado gran cosa de la vida,  
No creía que fuese digna del hombre...  
En mis años primeros -no se por qué-  
Yo la miraba con desdén; una condición de duda,  
Una condición que salía lentamente a la superficie,  
Fue quizá lo que me inclinó a resistir y a no  
mostrar mucha disposición a su baile.  
Con sinfonías de colores dulces y suaves  
La vida me cortejó luego, entonces la evasión me  
pareció error.  
Y la evasión sucedió a su canción,  
Y me encendía tanto, que la vida en soledad  
me pareció más triste que la vida entre los hombres.

Thomas Hardy.

## 1.- MANIFESTACIONES CLINICAS DEL AUTISMO INFANTIL.

E. Bleuer introdujo el término autismo para designar la pérdida de contacto con la realidad, acarreado como consecuencia, una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás (Ajuriaquerria, 1980).

El autismo infantil precoz es un trastorno descrito por Leo Kanner en 1943 como "la incapacidad por parte del niño de relacionarse desde el principio de la vida, con personas y situaciones de modo habitual (Freedman y col. 1980 p.p. 705). - Asimismo, Freedman y col. (1980) definen al autismo como "un-síndrome que se desarrolla antes de la edad de tres años, caracterizado por aislamiento, una necesidad obsesiva de que no se produzcan cambios en el ambiente y autismo" (Freedman y col. 1980 p.p. 829).

Los niños autistas no abandonan una participación anteriormente existente con los demás como en el caso de la esquizofrenia, sino que desde el principio, manifiestan una soledad autista extrema (Freedman y col. 1980).

En cuanto a su población se han obtenido datos de que cerca de 80,000 niños estadounidenses sufren de autismo; alrededor de uno por cada 2,500 niños y ocurre unas cuatro o cinco veces más frecuentemente en los niños que en las niñas. - Los niños autistas se encuentran en todos los niveles socio-

conómicos, grupos étnicos y patrones de familia, aunque parece ser más frecuente en familias de inteligencia superior y nivel profesional elevado (Coleman y col. 1980).

El niño autista es de apariencia normal en el momento del nacimiento, siendo a veces despierto y con gran vitalidad y otras apático y llorón; sin embargo, entre el cuarto y octavo mes de vida, se observa en estos niños la ausencia de los movimientos anticipatorios habituales antes de ser tomados en brazos así como de las aproximaciones al cuerpo para adaptarse a la persona que los sostiene. Los padres generalmente los describen como bebés fríos que no lanzaban los brazos cuando se disponía a cargarlos, nunca sonreían cuando se les alimentaba y parecían no percibir el ir y venir de la gente; asimismo, no muestran señales de tener necesidad de afecto y cariño, o bien contacto con alguien; usualmente, parece no preocuparles siquiera quiénes son sus padres (Goldemberg, 1977).

El niño autista manifiesta hábitos motores importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás; progresivamente se encierra cada vez más en juegos ritualizados. (Ajuriaguerra, 1980). "Su retraimiento en un mundo interior, no significa desconocimiento de una determinada realidad, sino que está polarizada y cargada afectivamente o simbolizada fuera del campo de las múltiples posibilidades de utilización social". (Ajuriaguerra, 1980, p.p. 678).

Estos niños presentan patrones especiales de conducta hacia las cosas y las personas, utilizando los objetos que les rodean, de forma estereotipada. Explora el mundo que lo rodea con la finalidad de fijarse en objetos o grupos de objetos definidos únicamente tratando de apropiárselos, ó de manejarlos sin ninguna actividad constructiva real; estos no tienen un valor social significativo, elige más bien objetos simples con los que se recrea haciéndolos desaparecer y reaparecer o destruyéndolos, o bien objetos mecánicos hacia los cuales se sienten atraídos.

Aunque parece interesarse en los movimientos que produce y en los ruidos que desencadena el mismo, reacciona poco a los movimientos o a las reacciones del mundo animado; a las personas no les dirige ninguna mirada de interés y las relaciones que puede a veces establecer, son fragmentadas; es decir, que elige a su compañero, pero no espera nada de él, ni comparte ni intercambia (Goldemberg, 1977).

Aunque no le gustan los contactos epidérmicos con otras personas, a veces participa en juegos de cuerpo a cuerpo con el adulto, pero de una forma agresiva, de la cual no llega a medir las consecuencias destructivas de esta conducta. En relación con su cuerpo, efectúa pocas actividades exploratorias aunque puede interesarse por determinados fragmentos corporales, como por ejemplo: encontrar satisfacción en la movilización estereotipada de su mano o de su cabeza (Coleman y col. 1980).

Bettelheim opina, que los niños autistas no reconocen ningún orden del funcionamiento de su cuerpo; "su cuerpo funciona, a veces, de una manera automática y tratan a su cuerpo y a su espíritu como cosas mecánicas, hechas de piezas que se reemplazan cuando no funcionan bien" (Ajuriaguerra, 1980 p.p. 355).

Otra de las características que presentan estos niños, - consiste en una preocupación obsesiva por lo idéntico o lo inmutable, intentando siempre preservar determinados ambientes, determinados tipos de situaciones ó bien, determinados desarrollos de acciones. Este deseo por el mantenimiento de la - constancia del ambiente, da lugar a una gran limitación de la variedad de conductas ó actividad espontánea; estos niños siempre tienen miedo de los cambios y de lo nuevo, y una vez que han adoptado algo nuevo, lo incorporan al reducido conjunto - de rituales que repiten interminablemente (Freedman y col. - 1980).

Desde una edad muy temprana o precoz, se observa en estos niños que tienen facilidad para el ajuste de objetos, capacidad de ordenamiento de los objetos, y habilidad para la agrupación de los mismos; es decir, presentan capacidades constructivas y de retención anémica generalmente muy especializadas. Sin embargo, aun en la manipulación de objetos, la dificultad con el significado se hace aparente; por ejemplo, cuando tienen que arreglar fotografías de modo que tengan un significa-

do o sigan una secuencia, los niños autistas muestran un bajo nivel de ejecución (Coleman y col. 1980).

Muchos niños autistas muestran un fuerte apego por objetos poco usuales, como: rocas, cerillos ó llaves, u objetos tan extraños y difíciles de transportar que interfieren con otras actividades. Asimismo, cuando se trata de quitar o sustituir estos objetos, alterándose su ambiente familiar, aunque sea un mínimo grado, tienen trances de temperamento violento ó llanto constante que continúa hasta que la situación familiar se restituye nuevamente, por tal motivo se dice que están obsesionados por el mantenimiento de la igualdad (Freedman y col. 1980).

En relación al punto anteriormente mencionado, podríamos concluir diciendo que además de lo que Leo Kanner denomina un buen potencial cognitivo (Ajuriaguerra, 1980), otros autores como son: Coleman (1980), Freedman (1980), Mussen y col. - (1970), etc.... insisten sobre sus buenas capacidades motoras y manuales, sus movimientos delicados y rápidos y su coordinación motriz sutil.

Los trastornos de lenguaje forman parte de la sintomatología autista; puede ocurrir que el lenguaje no se desarrolle, que aparezca precozmente pero sea poco comunicativo ó que aparezca con retraso, presentándose de una manera alterada y pobre (Ajuriaguerra, 1980). Kanner afirma la incapacidad que -

tienen estos niños para utilizar el lenguaje con fines comunicativos; en 3 de sus 11 casos originales, el lenguaje no se había desarrollado en absoluto, los demás repetían "como loros" palabras intelectualmente incomprensibles para ellos -- (Freedman y col., 1980). Asimismo, Leo Kanner entre 1946 y 1951, describió las características particulares del lenguaje del niño autista; por ejemplo: faltan las palabras "yo" y "sí" generalmente hasta el sexto ó séptimo año. "Vosotros" o "tu" se emplean en lugar de "yo" (inversión prenominal), "sí" es indicado repitiendo la pregunta (afirmación por repetición) generalmente presentan "ecolalia diferida" que significa, repetición simple de una expresión o una frase generalmente fuera del contexto y sin finalidad aparente, por ejemplo: la repetición continua de anuncios publicitarios de la radio o de la televisión; por último, existe una insuficiencia o un bloqueo de las formas de lenguaje relacionadas a "tener" y "hacer" (Coleman y col., 1980).

Según S. Wolff y S. Chess (Ajuriaquerria, 1980), uno de los rasgos más llamativos de los trastornos del lenguaje, es la repetición que puede tomar la forma de propósitos no verbales, lenguaje no comunicativo repetitivo, o bien la forma de repeticiones comunicativas. Un comportamiento repetitivo sin finalidad aparente más allá de la propia actividad puede interpretarse como una persistencia de la vida ulterior de modelos de comportamiento normales en un estadio del desarrollo -

muy anterior y aparte del nivel general del desarrollo del niño. Otro tipo de comportamiento repetitivo puede ser la repetición exacta de secuencias ambientales variables; otras veces puede tratarse de una repetición exacta en algo que el niño ha oído en una situación anterior vagamente similar.

R. Diatkine y D. Kalamanson, (Ajuriaguerra, 1980) observan otro trastorno del lenguaje que consiste en melodías rítmicas que no tienen sentido, pero que poseen a menudo un carácter expresivo similar al lenguaje.

El lenguaje de los niños autistas resulta estereotipado y a que en un gran número de ocasiones presentan ecolalia, repitiendo las verbalizaciones de otras personas con precisión, pero sin sentido. Sus afirmaciones, cuando se expresan, consisten generalmente en la repetición de lo que alguien ha dicho, en lugar de la palabra "sí" (Mussen y col., 1979).

Aparte del lenguaje oral, a veces el niño puede comunicarse con los demás mediante ritos que cambian con el tiempo, ya sea mediante cifras o mediante el dibujo de figuras geométricas que tienen para él un valor en el contexto de los mecanismos de defensa que le permiten anular o destruir símbolos que tienen un carácter de permanencia.

Algunos niños autistas son capaces de leer en voz alta sin tener una comprensión aparente del significado de las palabras, como si descargasen afectivamente el lenguaje oral pa

ra valorarlo como pictografía a expensas de su valor comunicativo (Ajuriaguerra, 1980).

La aparición tardía del lenguaje se relaciona con la falta de interés de estos niños para comunicarse con las personas que lo rodean; en ocasiones, hasta los 4 ó 5 años, con el descubrimiento de las personas, comienzan a interesarse por hablar, por las fórmulas abstractas inicialmente cifras, fórmulas matemáticas, por expresarse mediante dibujos estereotipados y por último por su expresión oral. Su retraso oral afecta tanto la comunicación, como la comprensión y como al habla real. A veces leen según un nivel superior y a partir de su lectura puede empezarse a consolidar su lenguaje; sin embargo, tal evolución no es posible sin una reeducación y una psicoterapia conjuntas. Paralelamente hay desplazamiento del interés hacia los objetos inanimados y de su aspecto formal - hacia quienes le permiten alcanzar los mecanismos identificatorios y de identidad, con el uso de los pronombres y de las correspondientes formas verbales. (Mussen y col., 1979, Freedman y col., 1980, Ajuriaguerra, 1980).

Un estudio de seguimiento de niños autistas demostró que la presencia o ausencia de lenguaje útil hacia la edad de cinco años, diferenciaba claramente dos grupos de niños autistas. De 30 niños autistas sin lenguaje efectivo, sólo uno alcanzó posteriormente una adaptación social marginal y después este niño requirió hospitalización psiquiátrica.

En contraste con ello, cerca de la mitad de los 31 niños con problemas de lenguaje han logrado mantener una adaptación social en la comunidad y han progresado en la escuela hasta casi su nivel de edad. Incluso aquellos casos con éxito, sin embargo, siguen caracterizándose por un empobrecimiento de las relaciones humanas, una falta de competencia social y una personalidad esquizoide. Muchos de ellos tienen una conciencia dolorosa de su inhabilidad con respecto a las relaciones interpersonales y tienden a buscar ocupaciones solitarias. (Goldenberg, 1977).

El pronóstico parece estar en función de la gravedad del trastorno más que en el tipo o intensidad del tratamiento; por tanto, es probable que el pronóstico del autismo sea desfavorable en un niño que no ha adquirido el lenguaje a pesar de haber realizado una reeducación y una psicoterapia, pero, recíprocamente no puede decirse que el hecho de adquirir pronto el lenguaje, o de hablar más o menos bien antes de los cinco años, permita hacer un pronóstico favorable (Ajuriaguerra, -- 1980).

Ornitz (1973) opina que un niño que no ha usado su lenguaje consistentemente para comunicarse a la edad de 5 años, es difícil que desarrolle una buena comunicación posteriormente (Mussen y col., 1979).

Lovass (1973) describe una conducta autoagresiva de des-

trucción y autoestimulación en donde figuran el morderse continua y severamente la propia carne hasta sangrar (en algunos casos, hasta el punto de arrancarse el pedazo y poner al descubierto el propio hueso) y la de un severo golpearse la cabeza. Hay quienes opinan que esta conducta de automutilación puede ser una manifestación de la conducta rítmica que presentan o prolongación de la cuna. (esto debe controlarse restringiendo sus movimientos ya sea agarrándolo, amarrándolo por ciertos periodos o bien sentándolo ante un escritorio) (Goldenberg, 1977).

Este mismo autor (O. Ivar Lovass), trabajó con 10 niños y encontró que la conducta de tales niños podía clasificarse en dos categorías: la conducta de autoestimulación y la de producción vocal. La primera se efectuaba del 70 al 95% de las horas en que estaba despierto el niño y la segunda del 10 al 35%. Alrededor del 75% de los niños mostraron conducta violenta y desquiciada como la de untarse sus propios excrementos, morder a los adultos que los cuidaban y automutilación (Mussen y col., 1979).

Una de las características más importantes de los niños autistas, es que no parecen tener un "yo diferenciado"; aparentemente no se perciben a ellos mismos como el centro de su mundo, careciendo de referencia para integrar sus percepciones. Bruno Betelheim, se ha referido a esta condición como la ausencia de yo o fortaleza vacía (Coleman y col., 1980).

Ward (1970), opina que el autismo puede ser visto como una desviación en el desarrollo del ego que tiene como resultado lo que se podría etiquetar como un ego conductual más que un ego fragmentado; se ha postulado que el ego conductual está constituido por conductas repetitivas y estereotipadas que utiliza el niño autista con el objeto de controlar su ambiente.

Este nivel de funcionamiento incluye actividades tales como conductas de auto-castigo repetitivas, la unión o arreglo de juguetes mecánicos, la repetición de frases o comerciales de radio y televisión; es decir, cualquier conjunto de conductas complejas, con el fin de evitar el contacto con la realidad externa.

Pareciera como si algo hubiera ocasionado que el niño autista se detenga en un punto donde únicamente ha experimentado una mínima parte del mundo que lo rodea, con esta pequeña área de experiencia, el niño autista lleva a cabo las mismas actividades de exploración, estimulación y relajación que ocurren en un área de experiencia mucho mayor en el niño sano. Estas conductas deberían ser categorizadas como un tipo de funcionamiento del ego, ya que parecen ser los medios por los cuales el niño autista alcanza sus deseos, experiencias y estimulación. El niño autista guarda estas conductas con el mismo cuidado que el niño normal guarda su cuerpo, y la interrupción de estas secuencias de conductas recibirá una res-

puesta cargada de negativismo y temor por parte del niño, mientras que el dolor físico, no da lugar a respuestas afectivas-observables, y en muchas ocasiones es completamente ignorado por el niño (Ward, 1970).

Es así como el niño autista logra controlar a sus padres, obteniendo sus deseos sin hablar, siendo a la vez el centro de novedad y atención de su medio. Pero sobre todo, el niño autista, logra reducir la realidad a dimensiones que puede llegar a manejar confortablemente (Ward, 1970).

Freedman y col. (1980), opinan que estos niños en general son dóciles y fáciles de dirigir, pero en algunos casos, pueden ser rebeldes y agitados, y en otros, estar en constante movimiento y tocándolo todo, dando vueltas sin cesar en un mundo que sólo asimilan de forma parcial y del que no utilizan las posibilidades que les ofrecen. Estos mismos autores incluyen al niño autista dentro del índice de trastornos del pensamiento, describiendo el pensamiento autista como una gratificación de deseos insatisfechos pero sin tener en cuenta la realidad; término que en cierta manera se utiliza como sinónimo de desrealismo.

Podríamos concluir, diciendo que los niños autistas muestran dificultades en sus relaciones con otras personas, en el funcionamiento perceptual-cognoscitivo, en el desarrollo del lenguaje y en el desarrollo de un sentimiento de identidad. -

Se comprometen en actividades extrañas y repetitivas, se muestran fascinados con objetos poco usuales y muestran una necesidad constante de mantener la igualdad del ambiente (Coleman y col., 1980).

## 2.- ETIOLOGIA.

### 2.1 Factores Hereditarios.

Coleman y col. (1980), afirma que no se ha delineado ninguna patología cerebral en el autismo infantil, y además como resulta raro que se presenten varios casos en la misma fami--lia, esta entidad patológica no se puede atribuir directamen-te a un defecto hereditario.

Asimismo, Coleman y col. (1980), mencionan que en una revisión de factores genéticos de autismo y esquizofrenia infantil, Hansen y Goltesman (1970), no encontraron ninguan evidencía para una base genética del autismo. Sin embargo, Coleman y col. (1980) afirman que persiste la posibilidad de que ge-nes defectuosos o dañados por radiaciones u otras condiciones durante el periodo prenatal juegan un papel importante en la-etiología del autismo. Y a pesar de que Judo y Mandell (1968) fracasaron en encontrar anomalías significativas en los - cromosomas de once niños autistas, no se pueden ignorar cier-tos defectos constitucionales, ya que de hecho, muchos inves--tigadores consideran al autismo como algún tipo de defectos - en la concepción que desajusta el funcionamiento perceptual - cognoscitivo, la habilidad para procesar información así como la habilidad para relacionarse con el mundo.

Por otra parte, Ajuriaguerra (1980) menciona varias de -

las teorías sobre factores hereditarios como responsables de la etiología autista. Entre las más importantes se encuentran las de Rimland, quien reporta un estudio de 14 casos de gemelos, once de ellos monocigóticos, y todos con un cuadro autista manifiesto. Rimland concluyó en este estudio que el autismo está determinado por un carácter innato. Sin embargo en estudios posteriores como los realizados por: Rutter (1967) y Bakwin y Kamp (1964), los datos no son constantes, ya que varían y tampoco son demostrativos. Tal es la opinión de Bettelheim (1967) quien afirma que aunque sólo existiera un caso único en que uno de ellos fuera autista y el otro no, bastaría para poner en duda toda la teoría del origen innato y para apoyar la hipótesis del entorno, puesto que puede ser que los padres tengan una conducta diferente para con los dos gemelos.

En un estudio sobre la base genética Rutter (1971), se preguntó si no existiría un subgrupo determinado genéticamente. Sin embargo, las investigaciones de tipo cromosómico no son demostrativas, a pesar de que se haya descrito un brazo largo del cromosoma poco habitual tanto en algunos niños autistas como en algunos de sus padres en los estudios realizados por Judo y Mandell (1968).

Ajuriaguerra (1980) reporta que a pesar de algunas discordancias, los trabajos de Bender, Kolvin y col. (1971), así como los de Cullocio y Williams (1971) y Lobascher (1970), in

dican que factores desfavorables en el embarazo como por ejemplo rubeola, así como durante el parto y neonatales, son significativos frecuentemente en los niños autistas. Además, algunos autores valoran una sintomatología neurológica así como la existencia de crisis epilépticas.

Schain y Yannet en un grupo de 60 niños a los que se les había diagnosticado como autistas, señalaron la existencia de convulsiones en el 42% de los 60 casos. Aunado a esto, Leo - Kanner reportó que los niños autistas pueden presentar crisis epilépticas en una edad avanzada; y Bender (1969) sugirió que el disfuncionamiento del sistema nervioso central podría ser atribuido a una lesión aunque más posiblemente, se tratara de un retraso madurativo con un modelo de alteraciones de la conducta en todas las áreas del sistema nervioso central característicamente plásticas a un nivel embrionario.

Por último, Ajuriaguerra (1980) reporta que B. A. Ruttemberg (1971) diferenció la etiología autista en cuatro grupos, los dos primeros corresponden a una vulnerabilidad de predisposición y los dos últimos a un impacto del entorno:

1. Defecto inherente específico a la capacidad de utilizar o de responder a los cuidados maternos adecuados para desarrollar una imagen corporal e internalizar la libido; este es el verdadero autismo, el cual es poco frecuente.

2. Vulnerabilidad congénita mucho más general y variada debido a una lesión intrauterina o a un traumatismo obstétrico.

co que provoca disfunciones o trastornos cerebrales. Aunque estas deficiencias implican una predisposición al autismo y a la vulnerabilidad, su efecto puede aparecer más temprano o más tarde según el equilibrio entre el stress y el medio ambiente nutriente para compensarlos. Una madre suficientemente sensible puede impedir la aparición real del síndrome clínico de autismo.

3. A partir de una presión simbiótica de impredecibilidad, de incompatibilidad (doble vínculo o impacto de la patología de los padres que provoca un reforzamiento negativo o una extinción) manipulada por un retiro autista.

4. Carencias de estimulación o superestimulación nociva.

## 2.2 Transtornos de la Transmisión Nerviosa Aferente y Eferente.

### Problemas de los Receptores

Existen varias teorías que atribuyen la etiología del autismo a alteraciones en el procesamiento de la estimulación e información que el niño autista recibe del medio. Algunas de estas teorías son a nivel de la transmisión nerviosa eferente y otras a nivel de la transmisión nerviosa aferente.

Furieux y col. (1981) citan varias de estas teorías, como son la de Goldfarb (1961) quien al referirse a los niños psicóticos en general hablaba sobre la existencia de déficits en la percepción de éstos así como una inadecuada integración

de diferentes aspectos del sistema nervioso. Asimismo, mencionan a Rimland (1964) quien en su libro "Autismo Infantil" da una extensiva revisión sobre la literatura de la etiología autista, concluyendo que la causa primaria de esta entidad patológica, puede ser una lesión en el sistema reticulador activador (S.R.A.); ya que ésta es una estructura cerebral que influencia la excitación, la atención y el sueño, afirmando que la lesión debió haber ocurrido durante el embarazo o durante el periodo cerca del nacimiento, dando como resultado un bajo nivel de excitación en el sistema nervioso del niño, impidiéndole al niño que pueda percibir el mundo adecuadamente.

Este mismo autor opina que la función del sistema reticular activador es básica para la cognición y para darle sentido y utilidad a la información que entra. Sin embargo, Furneaux y col. (1981) también citan a Hutt y Hutt (1964) quienes sugieren lo opuesto, diciendo que el defecto en el S.R.A. causa gran excitación en el niño y por tanto ocasiona un bloqueo de la información y las sensaciones que entran. Los Hutt basaron esta conclusión no sólo en observaciones de niños autistas sino también en patrones de actividad cerebral tomada de electroencefalogramas realizados en estos niños, encontrando que estos patrones eran diferentes que aquellos de niños normales. De cualquier forma, existen problemas al registrar actividad cerebral, por lo que este hallazgo no se puede tomar como una evidencia total como para atribuir la etiología

del autismo a alteraciones en la actividad cerebral, ni para involucrar al S.R.A. Pero esta investigación, de cualquier forma, es importante, pues indica la necesidad de un mayor desarrollo en este tipo de estudios (Furneau y col., 1981).

Asimismo, las conclusiones de Rimland(1964) basadas aparentemente, en la única especulación relacionada con sus observaciones de niños autistas, requieren de mayor experimentación.

El principal problema para dar validez a estas teorías, es que en ocasiones el niño autista se comportará como si estuviera bloqueando las sensaciones, por ejemplo: cuando se tapa los oídos con las manos o cuando no mira a las cosas o a las personas directamente; y en ocasiones, como si deliberadamente estuviera buscando sensaciones, por ejemplo: en sus juegos obsesivos con el agua, o prendiendo y apagando las luces continuamente (Furneau y col., 1981).

Estos mismos autores citan a Deslauriers y Carison (1969) quienes crearon una teoría posterior a las mencionadas anteriormente que parece explicar ambos tipos de comportamiento así como otras de las características del niño autista. Ellos afirmaron que el sistema límbico es una area cerebral media asociada con la autoestimulación, por ejemplo: cuando a los animales se les conectan electrodos en el area límbica, no comen, beben, ni duermen, posiblemente debido a que la estimula

ción de la actividad límbica resulte sumamente satisfactoria. Aunado a esto, Deslauriers y Carison (1969) postulan un modelo de lo que ellos llaman "dos sistemas de excitación" ya que normalmente debería haber un balance entre la actividad de estos dos sistemas en términos de una apropiada mediación con la entrada de estimulación ambiental y aquellos estímulos que provienen del cuerpo. Ellos sugieren que debido a que la colocación de estos dos sistemas de excitación pueda ser defectuosa, bien demasiado baja o bien demasiado alta, el niño podrá ser hipersensitivo o hiposensitivo a diferente estimulación pudiendo resultar en una privación de estimulación adecuada, en una distorsión de la recepción de estimulación o en una sobrecarga de ésta.

Esta teoría es suficientemente compleja y flexible como para aparecer como una área prometedora para su desarrollo; a pesar de que al contrario del trabajo realizado por Hutt y Hutt (1964) no está basada en datos de investigación (Furieux y col., 1981).

Por otra parte, los trabajos de O'Connor, Hermlin, Prith y otros (1967) parecen implicar disfunciones en las modalidades sensoriales como el mayor defecto del autismo. Sin embargo, estos autores no parecen tan preocupados con la investigación o la búsqueda de explicaciones causativas del autismo -- tanto como lo están por encontrar la disfunción específica -- que el niño autista tiene que manejar y cómo esta situación --

puede ser remediada.

Otro punto concerniente a la etiología permanece para -- ser discutido, se trata de la presencia de características autistas mostradas por otros grupos de niños anormales, por ejemplo: niños ciegos o parcialmente ciegos y niños sordos o parcialmente sordos.

La pregunta que generalmente se hace es si las características autistas son una reacción primaria; si este es el caso, entonces por analogía se puede discutir que algo como la explicación sugerida por Deslauriers y Carson (1969) parecería ser la más prometedora. El comportamiento también podría ser una reacción a una condición primaria tal como la ceguera o sordera, pero no todos, ni siquiera la mayoría de los niños ciegos o sordos, o niños con lesión cerebral presentan las características autistas.

Posiblemente exista algo en la combinación del daño inicial y el temprano manejo del niño que sea la causa precipitatoria en aquellos casos donde existen estas combinaciones; - por ejemplo, en casos donde los niños dan pocas o ninguna pista de cómo manejarlos y especialmente a una madre que experimenta a su primer hijo y que raras ocasiones lo manejará correctamente, cualquiera que sea la forma correcta de manejar a este tipo de niños (Furieux y col., 1981).

Por otra parte, Ward (1970) menciona los artículos de -

Anthony (1958) y Ornitz y Ritvo (1968) quienes enfatizan la importancia etiológica de un aparato perceptual defectuoso, - que generalmente se manifestó a través de una excesiva conciencia de la estimulación sensorial, de una excesiva sensibilidad e irritabilidad dando como resultado un miedo o intolerancia a varios estímulos y experiencias, o quedándose sin respuesta a varios tipos de estímulos. Este aparato perceptual defectuoso, presenta un cuadro distorsionado y poco usual de la realidad al niño, aumentando a su vez las dificultades en el desarrollo objetal y en su contacto con la realidad.

Anthony (1958) describió este problema en su definición del desarrollo del autismo secundario mientras que Ornitz y Ritvo (1968) pensaron que los problemas de la integración perceptual son la causa de la mayoría de los casos de autismo y otros tipos de psicosis infantiles.

Ornitz y Ritvo (1968), adjudicaron el desarrollo del autismo infantil a una "infección básica" desconocida, la cual se manifiesta por una ruptura de la regulación homeostática de la entrada sensorial. Esta ruptura tendrá como resultado una inconstancia preceptual que a su vez crea manifestaciones conductuales etiquetadas como "autismo infantil" (Ward, 1970).

Según E. J. Anthony (1962), en las circunstancias patológicas de la psicosis, se puede suponer que en el autismo primario, la barrera constitucional es "demasiado ancha" y aísla

al organismo de manera indiscriminada, de toda estimulación, mientras que en el autismo secundario, se supone que la barrera es "demasiado delgada" en cuyo caso sobreviene una hiperestimulación y el organismo reacciona de manera defensiva creando una barrera psicótica "ancha".

La madre del niño psicótico desempeña forzosamente un rol en el mecanismo de subestimulación-superestimulación, fracasando al no proporcionar al niño la estimulación adecuada o al protegerlo en contra de una estimulación; para E. J. Anthony, la barrera sería más psicológica que fisiológica y varía con el tiempo. Según la cantidad de estímulo que pasa, el niño es hiperreactivo o hiporreactivo (Ajuriaguerra, 1980).

Otros autores se dedicaron al estudio de la "desorganización de los receptores" y de los mecanismos de retroacción en el niño esquizofrénico o en el niño autista. Para W. Goldfarb (1961) el niño esquizofrénico evita el empleo de sus receptores a distancia (visión y audición) como base de orientación y hace un mayor empleo de los receptores próximos (tacto, gusto y olfato); este autor opina que para sostener o coordinar una acción dotada de finalidad, se requiere tanto de información a través de sus receptores externos como información extraída por sí mismo, por sus propias acciones. Por eso, el autor valora las posibilidades del entorno para facilitar una reacción y una conciencia refinada; cuando el entorno es "gris" o cuando el grado de reactividad del entorno social es pobre, no favorece el desarrollo de las funciones discriminativas, -

por tanto, estos niños presentan limitaciones intrínsecas en las capacidades perceptivas e integradoras como resultado de las disfunciones cerebrales y de las limitaciones extrínsecas en las reacciones del entorno para reforzar su conducta.

Según E. Schopler (1965) para explicar el contexto del niño autista, es necesario tener en cuenta dos factores, ambos en relación con el uso de los receptores: un bebé con un déficit neurofisiológico dotado de un potencial de estimulación bajo, apareado con una madre que no compensa su deficiencia por un estímulo adecuado de los receptores próximos en el transcurso del primer año (Ajuriaguerra, 1980).

Para E. M. Ornitz y E. R. Ritvo (1968) el niño autista presenta una incapacidad para mantener la constancia de la percepción, es decir, que percepciones idénticas que vienen del entorno, no son experimentadas como si fueran las mismas cada vez que se experimentan. Esta incapacidad tiene por resultado una subcarga o una sobrecarga del sistema nervioso central. Según B. Hermleín y N. O'Connor, parece demostrado actualmente que los receptores a distancia son activos muy precozmente y la fuerte preferencia que muestran los niños autistas no indicaría simplemente una detención del desarrollo, sino más bien una anomalía del desarrollo (Ajuriaguerra, 1980).

La mayoría de las discusiones condujeron al problema de las aferencias y de los receptores sensoriales, pero no debe-

mos olvidar que el modo de relacionarse con el mundo no se ha ce únicamente a través de lo que recibimos; también hay la - respuesta que se da, es decir, las eferencias. En este punto podemos preguntarnos hasta qué grado algunos niños son, en - una edad más o menos precoz, potencialmente más o menos acti- vos.

Es evidente que si se admite la teoría de los trastornos de los receptores y de los efectores, las distorsiones se pro- ducen a un nivel muy precoz del círculo sensorio-motor. Betel- heim le da una gran importancia a la teoría de Piaget, quien- opina que "antes de llegar a la conciencia de sí mismo, hay - que pasar por un estadio en el cual todos los acontecimientos fueron atribuidos a la propia actividad" (Ajuriaguerra, 1980- p.p. 709).

Por último, Deslauriers (1969) sugiere que el niño autis- ta es aquél que no ha experimentado contacto afectivo porque- nunca ha tenido la capacidad para hacerlo; esta capacidad es- tá relacionada con aquellas habilidades perceptuales a través de las cuáles el niño logra comprender su mundo, sin esta ca- pacidad él no puede darle sentido y las personas que respon- den a él no logran darle sentido a su comportamiento. Si el- niño no logra darle sentido al contacto, calor, alimento y a- fecto de la madre y reacciona sin interés aparente, sin impor- tar lo que la madre haga en respuesta, no es sorprendente que esto provocará confusión y ansiedad, y posiblemente indiferen-

cia defensiva en la madre (Furneauux y col., 1981).

### 2.3 Teorías Psicodinámicas.

Existe una serie de teorías que, a su vez, tratan de explicar la etiología del autismo desde el punto de vista psico dinámico. Entre estas, algunas de las más importantes son - las citadas por Ajuriaguerra (1980), entre las que se encuentran Mahler (1952-1955) quien fue una de las primeras en cons tituir una teoría sobre el autismo infantil a partir de su - teoría evolutiva. A su vez, Betelheim produjo una teoría en la que reprocha a Mahler no haber comprendido que el autismo es una reacción autónoma del niño cuya manera de vivir y expe ri men ta r la vida están condicionadas por la madre, en lugar - de ver en ello una reacción autónoma respecto a la experien-- cia total de la vida de la que la madre no es más que una par te.

Para Betelheim la causa del retiro autista "es la inter pre ta ci ó n correcta hecha por el niño de los afectos negativos con los que las personas más significativas de su entorno seponen en contacto con el" (Ajuriaguerra, 1980, p.p. 709). Es to, a su vez, provoca rabia en el niño hasta el punto de llegar a interpretar el mundo a la imagen de su cólera.

Ajuriaguerra (1980) propone considerar el autismo como - un estado mental que se desarrolla en reacción al sentimiento

de vivir una situación extrema y desprovista de cualquier esperanza, no siendo la actitud de la madre la que provoca el autismo, sino la reacción del niño ante esta actitud; la transformación de esta reacción en enfermedad crónica, depende de las respuestas del entorno.

El autismo está estrechamente ligado con las nociones del tiempo y de la casualidad. "Todos los niños autistas insisten en que el tiempo sea suspendido, si debe de conservarse la identidad, el tiempo debe de detenerse; su mundo no está hecho más que de espacio" (Ajuriaguerra, 1980, p.p. 709).- Por otra parte, el niño autista está aterrorizado por las relaciones, por que todas estas parecen destructivas a su vista, viéndose en la necesidad de ser pesimista para evitar cualquier decepción; su ley es: "no debes esperar que algo pueda cambiar".

Por último Ajuriaguerra (1980) menciona que Mahler (1969) en su última publicación, no se encuentra tan alejada del punto de vista de Betelheim ya que ella opina que en el caso del autismo precoz, una angustia del organismo de tal amplitud, afecta a éste en un estudio tan precoz de madurez, que destruye la percepción de la madre y se percibe a sí mismo como si estuviera funcionando por su propia cuenta. "Una fijación o una regresión a un tipo arcaico de desdiferenciación de la percepción, parece dar cuenta de la percepción particular del autismo, en el cual el síntoma más sobresaliente es que la ma

dre en calidad de representante del mundo exterior, parece que no es percibida en lo absoluto por el niño (Ajuriaguerra, 1980, p.p. 709).

Por otra parte, Ward (1970), menciona las teorías de Green y Shecter (1975) quienes tienen un punto de vista opuesto al de Leo Kanner (1958), el cual considera a la etiología del autismo infantil como íntimamente determinada por la "frieza emocional" de los padres; Green y Shecter (1957) opinan que "las necesidades de investigación, comunicación y contacto del niño con el mundo externos, se ven frustradas por una actitud simbólica de la madre" (Ward, 1970, p.p. 356). Estos autores también sugieren que "el autismo es una defensa severa e incrustada en contra de las relaciones insatisfactorias, y esta defensa se enmascara como una psicosis total", (Ward, 1970, p.p. 356). Es así como estos autores postulan que el autismo aparece como resultado de una intrusión exagerada por parte de la madre, más que por falta de intrusión por parte de la figura materna. Además estos autores consideran que las condiciones del aparato perceptual juegan un papel relativamente menor en la etiología del autismo. Este punto de vista se enfatiza cuando estos mismos autores afirman que "aún en los casos donde hay un déficit constitucional primario, éste sólo actúa como un gatillo ó disparador para el círculo vicioso de las excesivas reacciones y respuestas de los padres" (Ward, 1970, p. 356).

E. Shopler (1965) se pregunta si estos niños están faltos de la organización perceptiva necesaria para hacer distinción de imágenes, objetos vivos e inanimados, etc... o si sus experiencias con los seres humanos fueron tan dolorosas que sentimientos adversos bloquean la conciencia de las experiencias que perciben.

Betelheim opina que el problema que se plantea en el niño autista no estriba en el plano de los receptores próximos o lejanos porque el niño autista sólo mira lo que tiene sentido para él y quiere ignorar todos los estímulos sin importancia; utilizando los sentidos no para aprender del mundo, sino para defenderse de las experiencias aterradoras (Ajuriaguerra, 1980). P. Greencre, basado en lo anterior, opina que se dan incompatibilidades intrauterinas graves entre el feto y la madre lo que denomina reacción negativa autista. En el extremo opuesto vemos que el niño psicótico simbiótico tiene cierta conciencia del principio materno; sin embargo, oscila entre un deseo de fusionarse con el objeto parcial bueno y de evitar el objeto parcial malo. Sus mecanismos de conservación aunque menos arcaicos, son mucho más raros, variados y están basados en un sentimiento de pánico. (En ninguno de los dos síndromes se puede hablar de verdadera relación de objeto). (Ajuriaguerra, 1980).

M. Datman (1967) sugirió que una patología total de los afectos se da de manera primaria, o de manera adaptativa en -

el autismo, con jerarquías de incapacidad para conceptualizar, expresarse e incluso percibir o experimentar el afecto en calidad de parte de una falta de conciencia de sí mismo. La integración de la percepción de objetos, de afectos, exaltaciones, unos con otros y con las cosas, la creatividad así como la imaginación no se desarrollan (Ajuriaguerra, 1980).

Una conclusión importante es que los niños autistas no parecen poseer un "yo diferenciado". Aparentemente no se perciben a ellos mismos como el centro de su mundo y carecen de un punto de referencia para integrar las percepciones. Bettelheim se ha referido a esta condición como la "ausencia del yo" o "la fortaleza vacía".

D. W. Winnicott afirma que en estos casos, teóricamente, en su origen, la personalidad no está integrada y que en la desintegración regresiva, existe un estado primario al cual - lleva la regresión y Winnicott postula por una no integración primaria como base de esta desintegración (Ajuriaguerra, 1980).

Por otra parte, S. Lebovichy Mc. Dougal opinan que puede darse el caso que, frente a la despersonalización, se establezca un angustioso sistema defensivo en que entran en juego objetos exteriores inanimados, ó bien, palabras ó ideas, dándose el origen de la psicosis infantil (Ajuriaguerra, 1980).

A pesar de que muchos autores han contribuido con sus hipótesis y puntos de vista, hasta ahora no existe ninguna razón específica que pueda indicar cuál es el verdadero punto -

de partida del autismo.

#### 2.4 Características e Influencia de los Padres.

Ward (1970), menciona que Kanner (1943) atribuyó la etiología del autismo a una deprivación emocional como resultado de lo que él mismo llamó "padres refrigerador", ya que él afirma que estos padres pertenecen a comunidades académicas y profesionales, estando sus vidas familiares caracterizadas por una intelectualización y meticulosidad obsesivas. Kanner pensó que la falta de espontaneidad emocional y de cariño de estos padres jugaban un papel muy importante en el desarrollo del autismo infantil. Asimismo, Kanner y Lasser (1958) se refirieron al síndrome de hospitalización como un ejemplo en el que existen efectos biológicos como resultado de un "desorden totalmente psicobiológico" (Ward, 1970, p. 355).

Asimismo, Ward (1970) menciona que García y Seneis (1964) tomaron la postura de afirmar que generalmente se piensa en el autismo como una reacción exagerada a un asalto interno o externo en una etapa del desarrollo vulnerable. Sus estudios reportan un número de variables etiológicas reunidas de una investigación llevada a cabo con 100 niños autistas. Estas variables fueron resumidas en las siguientes categorías:

1. Características familiares que promueven el autismo específicamente.
2. Psicodinámicas familiares que dan lugar al autismo.

3. Circunstancias (situaciones sobre las cuales la familia no tiene control).

4. Asaltos en el niño incluyendo una afrenta máxima en el desarrollo y demasiada o baja reactividad en el aparato perceptual.

Todas estas variables etiológicas están relacionadas con la cantidad de estimulación que se le da al niño y/o en las condiciones del aparato perceptual para manejar esta estimulación (Ward, 1970). Por último, este mismo autor menciona que Anthony (1958) a pesar de que dió a conocer la importancia de un aparato perceptual defectuoso en la etiología del autismo, también trató de comprender el desarrollo y funcionamiento del niño autista desde el punto de vista psicoanalítico, ya que sus investigaciones sobre autismo infantil revelaron que los padres de niños con el síndrome de autismo infantil primario, tienen mayores dificultades en sus relaciones interpersonales que los padres de los casos de autismo secundario; al mismo tiempo que los casos de autismo secundario indicaron la presencia de factores orgánicos. Así también, la mayoría de este grupo pertenecían a la clase trabajadora, mientras que los casos de autismo primario, pertenecían a clases sociales de profesionistas, siendo baja la presencia de factores orgánicos en este último grupo. Asimismo, los padres de los casos secundarios aparecieron como personas más cariñosas, más equilibradas y menos críticas que los padres de los casos de au--

tismo infantil primario.

Por otra parte, Coleman y col. (1980) afirman que en sus primeros estudios sobre autismo infantil, Kanner (1943) concluyó que el desorden innato de estos niños era exacerbado -- por una madre fría y distante, lo que a su vez ocasionaba un apartamiento social y mantenimiento del síndrome de aislamiento del niño. Sin embargo, Coleman y col. (1980) reportan que muchos investigadores han fracasado al tratar de encontrar a los niños autistas como personas "emocionalmente frías"; entre los investigadores citados por estos autores se encuentran Schreibman y Koegel (1975); Wolf y Morris (1971).

Asimismo reportan que en un estudio adecuadamente controlado, McAdoo y De Myer (1978) encontraron que las características de la personalidad de los padres de niños autistas, no eran significativamente diferentes de los padres de niño con otros tipos de problemas emocionales; también descubrieron que las madres de ambos tipos de niños, autistas y niños con otro tipo de problemas emocionales, tenían mucho menos conflictos psicológicos que otras madres que estaban recibiendo terapia.

Coleman y col. (1980) concluyen que tal como Harlow (1969) lo señaló, resulta extremadamente difícil señalar causa-efecto en las relaciones madre-hijo; Harlow afirmó que "posiblemente se vuelven autistas por el abandono y deficiencias personales de la madre, pero resulta más factible que muchas ma-

dres tienden a una actitud autista hacia sus niños, debido a la incapacidad que estos muestran desde el primer momento para responder afectivamente a ellas ante cualquier expresión maternal adecuada" (Coleman y col., 1980, p. 504).

Ajuriaguerra (1980) afirma que el modo de relación padres-hijo desempeña un rol en la génesis del autismo infantil. Este autor, a su vez, cita a Anthony (1972) quien opina que los padres de niños autistas tuvieron una vida dura, se les atacó y defendió de manera reiterativa, y son descritos como personas frías, inmaduras, narcisistas y tradicionales. Asimismo, Ajuriaguerra (1980), menciona que existen autores que opinan que la psicosis autista no es provocada directamente por un déficit maternal o por un déficit en el niño, sino por la ausencia de experiencias vitales en el comienzo de la infancia, considerados por estos autores como la condición necesaria para la síntesis del "yo". De igual manera, este autor cita a Schopler y Reischler, quienes opinan y, a su vez, reportan que los padres de sus grupos de niños autistas no mostraron patología mental particular alguna; sin embargo, mostraron su perplejidad y desconcierto a propósito de la crianza de sus hijos, oscilando entre la indulgencia y la rigidez.

Existen otros autores, citados también por Ajuriaguerra (1980) que se oponen esquemáticamente, ya que para O. Rank (1949) el niño psicótico es la víctima de la impotencia materna; mientras que para Escalona, la madre es defendida, juzgan

do completamente comprensible que sea inconsistente y a su vez desequilibrada, dado que está impresionada por las reacciones atípicas y patológicas de su niño frente a actitudes maternas y rutinas perfectamente ordinarias.

Bettelheim, por su parte, sostiene que "es injusto considerar al niño como apéndice despreciable de la patología materna, sin tener en cuenta la reacción autónoma del niño " - (Ajuriaguerra, 1980, p. 712).

Furneaux y col. (1981) afirman que el artículo original de L. Kanner (1943) y otros subsecuentes de este autor y de otros investigadores, por ejemplo, Eisemberg y Kanner (1956), parecen haber implicado a los padres, especialmente a la madre, como un fuerte, si no es que total factor causativo en la aparición y mantenimiento del autismo en su niño. Kanner, en su primer artículo (1943), reportó haber encontrado que los padres de los 11 niños autistas a los que había estudiado eran personas inteligentes, sofisticadas, emocionalmente frías distantes, impersonales y obsesivas. Asimismo, Eisemberg (1956) en otro estudio, dijo haber encontrado que el 85% de los padres de niños autistas tenían serias dificultades de personalidad, y que él pensaba que estas podrían afectar la naturaleza de su relación con sus hijos.

En un contexto diferente, Eisemberg (1971) rechaza cualquier orientación en esta dirección por parte de Kanner y se-

ñala que en el artículo que Kanner escribió en 1943, dijo: - "Aquí tenemos un ejemplo cultural puro de aparición de perturbaciones autistas de contacto afectivo". Sin embargo, tal como Eisemberg señala, en esta misma lectura, existía una "orientación psicogénica" en los Estados Unidos entre 1940 y 1950; - se decía que la madre era en gran parte, si no es que totalmente responsable de la condición del niño, etiquetándola como "madre esquizofrenogénica" o "madre refrigerador", quien no se preocupa o no sabe cómo relacionarse con el niño. Generalmente, no se establecía en qué etapa del desarrollo del niño, la madre había afectado la conducta de éste, se presumía que ella causaba tal condición desde el nacimiento; sin embargo, esta explicación tiene severas limitaciones, ya que hay reportes de niños sujetos a hostilidad severa, rechazo e indiferencia por parte de los padres que causan perturbaciones en el niño, aunque éste no sea de naturaleza autista. Aunado a lo anterior, existen estudios de niños criados en instituciones con un mínimo contacto con adultos o con otros niños, donde ningún niño es reportado por tener comportamiento autista. Pero igualmente existen reportes de niños en instituciones que sí presentaron características autistas, aunque, en este medio, el desorden resultante generalmente se categoriza o considera como apatía o depresión anaclítica, que es una lentificación en el desarrollo, acompañada de llanto, tristeza, y una susceptibilidad incrementada a enfermedades o infecciones (Furieux y col., 1981).

Furneaux y col. (1980), mencionan a Deslauriers y Carson (1969) quienes sugieren que el niño autista es aquél que no ha experimentado contacto afectivo, pues nunca ha tenido la capacidad de hacerlo; esta capacidad, a su vez, está relacionada con aquellas habilidades perceptuales a través de las cuales el niño logra comprender su mundo. Sin ellas, él no puede darle sentido y las personas que se relacionan con él, no logran darle sentido a su comportamiento. Si el niño no logra darle sentido al contacto, calor, alimento y afecto de la madre, y reacciona sin interés aparente, sin importarle lo que la madre haga en función de él, no resulta sorprendente que esto evocara confusión, ansiedad y posiblemente indiferencia de la madre. Ella, a su vez, tratará desesperadamente de que su niño sea normal, aún cuando una madre además de tener un niño autista, tiene niños normales, se sentirá muy diferente a la madre de niños normales únicamente y también se sentirá diferente de las madres de niños con otros tipos de problemas. Por otra parte, existirá confusión en las explicaciones que le den a la madre sobre las causas de la condición autista de su hijo, y sobre todo, será sumamente compleja y difícil la manera en la que tendrá que mediar con el niño y esto se hará evidente en sus respuestas a los demás. Ella buscará a alguien que le resuelva toda la confusión que es el resultado de lo que diferentes "expertos" le han dicho.

En resumen, son múltiples las hipótesis etiológicas suscitadas a propósito de estos casos autistas; algunos autores-

consideran que estos niños presentan capacidades especiales - congénitas; según otros, los niños autistas se alejan de los estímulos que solicitan respuestas afectivas, mientras que elaboran conocimientos en un área estática, restringida y en un entorno inanimado debido a alteraciones en el funcionamiento del aparato perceptual. Por otra parte, algunos profesionistas relacionados con este campo, atribuyen la aparición del autismo a una falta de contacto afectivo por parte de los padres, mientras otros piensan que la ausencia de la estructura del "yo" en estos niños, es la principal causa de esta entidad patológica.

Sin embargo, a pesar de todos estos puntos de vista, aún no se ha llegado a una conclusión final en la que se englobe la base fundamental de la etiología autista. Resulta importante mencionar que desgraciadamente no existe una simple causa y por tanto no hay una simple solución para tratar con el problema de autismo.

A pesar de lo anteriormente mencionado, Ward (1970) opina que las siguientes preguntas son relevantes para poder obtener una mayor comprensión de la etiología del autismo:

1. ¿Qué papel juega un aparato perceptual defectuoso en el desarrollo del autismo infantil?
2. ¿Existe un nivel particular o tipo de estimulación que promueva el desarrollo del autismo infantil?
3. ¿Existe algún tipo particular de padres o de conduc-

tas paternas que promuevan el desarrollo del autismo infantil?

4. ¿Se requiere alguna combinación particular de los factores mencionados para el desarrollo del autismo infantil, o es un fenómeno unitario que ocurre en base al azar, independientemente de todos estos factores? (Ward, 1970, p. 357).

### 2.5 Pronóstico.

Resulta razonable decir, que los problemas involucrados en el manejo de niños autistas son más complejos, variados y demandantes que aquellos en el manejo de cualquier otra categoría de deficiencia, ya que hasta ahora han demostrado ser los más intransigentes. El éxito en el manejo de estos niños está aún, tanto en teoría como en la práctica obstaculizado por muchas dificultades conceptuales (Furieux B. y Roberts, 1977).

Aunque muchos de los niños autistas tratados, han mejorado considerablemente, nadie puede predecir todavía la posibilidad de mejoría de la condición de cualquier niño autista por el uso de cualquier tratamiento de enseñanza o cualquier otro método.

Algunos de estos niños que acuden a las unidades apropiadas, serán aún aparentemente mudos e incapaces de comprender el mundo en el que viven. Por tanto, serán incapaces de valer se por sí mismos aún en 20 años, si entonces permanecen igual-

estarán destinados, a pasar el resto de sus vidas en hospitales para subnormales y en general serán infinitamente menos capaces que muchos de los habitantes del hospital y serán tan indefensos e incapaces como la mayoría de los pacientes con daño cerebral severo (Coleman y col., 1980).

Por otra parte, a pesar del pequeño aumento en la cantidad de fuentes para los tratamientos y la enseñanza de estos niños, en los últimos 15 años, hay evidencia de que hay niños que han mejorado a pesar, y en contra de las expectativas negativas.

Ha habido casos de niños que iniciaron la escuela, en el grado más severo de autismo y que han hecho progresos sociales y educacionales excelentes, hasta el punto de ganar su propio sueldo y, en algunos casos, de manejar sus propias vidas. Sin embargo, estos números son pequeños, en comparación con los casos que no han hecho tales progresos. Lo que es remarcable, es que muchos de ellos, no hayan recibido tratamiento como tal, sino que se han desarrollado únicamente en ambientes educacionales, ya sea en residencias o escuelas.

Un factor que puede influir en este progreso, es la habilidad de la familia para continuar con los logros obtenidos en la escuela. Otro factor, es la edad a la cual se comienza la educación y el tratamiento, ya que un niño autista, en un estado severo, es privado de millones de encuentros sociales-

y experiencias que los niños normales y aún muchos niños con deficiencias desde el nacimiento, pueden tener. Mientras más permanezca en un estado, donde es mudo o presenta ecolalia, - completamente retraído y espasmódicamente agresivo, sin ninguna conducta social apropiada; aparentemente, sin tener el deseo o la habilidad para comunicarse, más grande será el número de encuentros sociales y experiencias de aprendizaje que - el niño pierda. Cuando el maestro o terapeuta establece una relación con el niño autista, lo que debería haber sido aprendido espontáneamente, por el niño, ahora tiene que ser enseñado y, al principio, de forma mecánica. Lo que debería haber tenido lugar espontáneamente entre el niño y su madre, demás hermanos, compañeros y amigos, tiene que ser iniciado ahora entre el niño y el terapeuta, lenta y, en ocasiones, dolorosamente y como resultado de considerables habilidades y paciencia de parte de los que lo rodean; ya que requieren de muchos años, para desarrollar habilidades, que no emergieron en los - procesos normales de educación y socialización (Betelheim, B. 1967). Aún aquellos que logran progresar durante los primeros años de escuela y pueden pasar a la escuela secundaria, - podrán adquirir un buen o adecuado nivel de madurez social - cuando tengan 20 ó 30 años.

Es por esto, que es tan importante que el tratamiento se inicie tan pronto como sea posible o tan pronto como el diagnóstico sea dado. Ya que cuanto antes se de el diagnóstico y el tratamiento, cuanto antes el niño será capaz de manejar -

una educación normal.

Mucho del pesimismo con que se ha visto el diagnóstico de autismo en el pasado se puede deber a lo tarde que se realiza el diagnóstico y por tanto, a lo tarde que se inicia el tratamiento (Furieux, B. y Roberts, B., 1977).

### 3.- DIAGNOSTICO.

#### 3.1 Criterios Diagnósticos del Autismo Infantil.

A pesar de que no ha sido ampliamente calificado o definido el término psicosis infantil, cubre un grupo heterogéneo de desórdenes severos que ocurren entre la primera infancia y los doce años de edad. Es un término genérico que incluye -- tanto en las psicosis asociadas con síndromes cerebrales orgánicos definidos como el grupo que carece de señales localizadas de patología cerebral. En el segundo grupo los síntomas sugerentes de una disfunción en el sistema nervioso central pueden o no estar presentes en diferentes grados, pero la naturaleza de cualquier desorden cerebral subyacente aún no ha sido identificada.

Los términos más comunmente utilizados para estas condiciones son:

esquizofrenia infantil y autismo infantil.

Diferentes autores han utilizado estos términos y una variedad de sinónimos en diferentes formas. Algunos, para abarcar el rango total de estas condiciones y otros, para referirse a los segmentos de la población afectada. En la literatura de la década de los 50's los pacientes generalmente eran definidos a groso modo y por breves descripciones de casos e listas de síntomas clínicos principales. Desde la década de los 60's ha habido un aumento en los intentos de utilizar criterios diagnósticos específicos; de cualquier forma, estos -

cr<sup>u</sup>terios en raras ocasiones han sido creados en t<sup>er</sup>minos op<sup>er</sup>acionales que puedan ser utilizados por otras personas de una manera confiable. Lo que es m<sup>as</sup>, casi ninguno de los autores ha indicado qu<sup>e</sup> criterio considera necesario y suficiente para el diagn<sup>o</sup>stico de los s<sup>u</sup>ntomas que est<sup>an</sup> universalmente -- presentes en ese desorden, sino que unicamente se limitan a -- una condici<sup>o</sup>n especifica y a diferenciarla de otros des<sup>o</sup>rdenes.

La psic<sup>o</sup>sis infantil (sin la presencia de un s<sup>u</sup>ndrome ce<sup>re</sup>bral org<sup>an</sup>ico) abarca un rango de des<sup>o</sup>rdenes severos y profundos en el funcionamiento total de la personalidad; estos -- involucran perturbaciones caracteristicas en la integraci<sup>o</sup>n -- del lenguaje, del pensamiento, del afecto y de las relaciones sociales. La percepci<sup>o</sup>n y la comprensi<sup>o</sup>n del ni<sup>o</sup> se encuentran afectadas y lo desvian marcadamente de las normas esta-- blecidas para la edad y grupo cultural del ni<sup>o</sup>.

Los ni<sup>o</sup>s psic<sup>o</sup>ticos comparten ciertos s<sup>u</sup>ntomas con otros tipos de ni<sup>o</sup>s anormales. Generalmente, estos s<sup>u</sup>ntomas ocu-- rren de una manera m<sup>as</sup> severa en los psic<sup>o</sup>ticos. Estos tam-- bi<sup>e</sup>n tienden a ocurrir de una forma yuxtapuesta o de manera -- alternada con perturbaciones en la direcci<sup>o</sup>n opuesta. Esto-- da a la personalidad total una calidad altamente desintegrada y fragmentada; cuando la fragmentaci<sup>o</sup>n de la personalidad es-- extrema, parece inconfundible y patog<sup>en</sup>ica. Pero el grado de desorganizaci<sup>o</sup>n de la personalidad var<sup>ia</sup> en diferentes epocas

aun en el mismo niño. Las evaluaciones clínicas de desórdenes menores, se basan en juicios globales y están sumamente sujetas a desacuerdo; es difícil establecer un criterio confiable para tal fenómeno global como la "desorganización de la personalidad" o el "ego fragmentado"; es por esto que los autores tienden a seguir la corriente de aquéllos que están desarrollando criterios diagnósticos específicos para adultos.

Bender, reportó historias y documentación contenida en álbumes que poseían los padres acerca de sus hijos, demostrando que un desarrollo irregular del crecimiento somático, patrones fisiológicos, movilidad y funcionamiento cognitivo frecuentemente comenzaban en la primera infancia; en estos niños, no había un periodo de desarrollo normal seguido por una regresión como en los esquizofrénicos adultos, sino que la aparición de la enfermedad mental se daba en los primeros dos años de vida lo que subsecuentemente probaba ser una esquizofrenia. (Fish y Ritvo). Esta observación ha sido confirmada por estudios de niños preesquizofrénicos desde el nacimiento.

Cuando alguien tiene que confiar en información retrospectiva es fácil perder de vista muchas desviaciones tempranas; exceptuando a las madres paranoicas excepcionales, los padres pocas veces exageran las anomalías tempranas. Generalmente, los detalles son olvidados excepto los grados severos de retraso motor o la ausencia total de juego. Los records de peso, altura, fotografías y películas de los niños,-

revelan perturbaciones que los padres o pediatras perdieron de vista u olvidaron.

La población de psicosis infantil varía en grados de severidad. Desde el niño psicótico que muestra una perturbación severa en todas las áreas que sería aquel niño mudo que casi no muestra respuestas significativas ni a la gente ni al ambiente que lo rodea, este niño sólo podría ser diferenciado con gran dificultad de otros niños con un profundo retardo y con un síndrome cerebral orgánico específico. En el otro extremo se encontraría el niño psicótico con lenguaje idiosincrático y una morbosidad preocupada por fantasías extrañas y rituales obsesivos elaborados. Este niño tendría que ser diferenciado de los niños severamente neuróticos.

¿Podrían ser estos dos niños los extremos de un continuo o deberían de ser separados por entidades patológicas? Una escuela, la de Rutter y Colvin (Fish y Ritvo) proporciona evidencia para apoyar la segunda tendencia; otros como son Bender, Goldfarb y Ornitz (Fish y Ritvo) señalaban que los niños muestran diferentes grados de severidad intermedios entre los dos extremos. Lo que es más, las manifestaciones pueden modificarse en el mismo niño desde una forma autista hasta una forma esquizofrénica en diferentes periodos del desarrollo. Si son absolutas o relativas, estas subdivisiones representan únicamente agrupamientos de modalidades que ayudan a conceptualizar el fenómeno. Los niños presentan todas las formas y

variedades de éstas y no lo hacen con respecto a los límites arbitrarios de nadie más.

Con objeto de que el término de psicosis infantil resulte más claro, a continuación elaboramos un breve resumen sobre la historia de la identificación de esta entidad patológica.

Woke (Fish y Ritvo) presentó una revisión de la literatura pediátrica y neuropsiquiátrica, en la que hace notar que los casos esporádicos de psicosis infantil con una enfermedad cerebral orgánica aparente, han sido reportados por lo menos desde hace 200 años.

Rubinstein (Fish y Ritvo) también encontró casos similares en una revisión de la literatura americana antes del año 1900. La literatura pre-krapleniana sufría de los mismos problemas de diagnóstico y clasificación que plagaban la psiquiatría adulta. Hasta la década de los años 30's la demencia -- precoz o esquizofrenia era diagnosticada en los niños menores de 16 años, usando los mismos parámetros que se aplicaban para los pacientes adultos.

En E.U.A. la era moderna de estudios de esquizofrenia y otros desórdenes relacionados con ésta en la infancia, se inició cuando el servicio infantil fue establecido en el Instituto Psiquiátrico del estado de Nueva York en 1929 bajo la dirección de Howard Potter; la clínica psiquiátrica infantil se

estableció en el hospital Johns Hopkins en 1930 bajo la dirección de Leo Kanner; por otra parte Lauretta Bender se hizo -- cargo del servicio de psiquiatría infantil del hospital Bellevue en 1934; asimismo, Charles Bradley obtuvo el cargo de director de la casa de asistencia infantil Emma Pendleton.

Lo que resulta interesante es el hecho de que cada uno - de ellos tomaba diferentes síntomas como los síntomas significativos para el diagnóstico.

Es así como hasta la última década, ha habido una considerable confusión acerca de la nosología de la psicosis infantil. Como Kanner (1958) ha afirmado, algunos autores psicodinámicamente orientados (Szurek 1956, Beres 1956) han olvidado o negado la importante operación del diagnóstico diferencial. Esto ha llevado a la noción de "igualdad de esquizofrenias" - (Darr y Worden, 1951) y a la idea de una sola "psicosis infantil". La controversia de esto ha llevado a la evidencia empírica de estudios etiológicos, fenomenológicos y de seguimiento en donde varios autores han enfatizado la importancia de - la edad de aparición en sus tipologías o en sus intentos por una clasificación mejor comprendida (Kanner y Lesser, 1958, - Mahler 1949-1952, Bender 1947-1959, Anthony 1958-1962 y Eisenberg 1967).

Una condición necesaria para el síndrome de autismo de - Kanner (Kanner 1943; Kanner y Lesser, 1958) era que aparecía-

antes de los dos años; Mahler (1949-52) afirmó que la psicosis simbiótica se desarrollaba después del autismo. Bender, (1947-1959) usó los términos pseudoafectivo (aparición en los primeros dos años de vida, equivalente de autismo), pseudoneurótico (aparición entre los tres y cinco años de edad) y pseudopsicótico (aparición en la infancia tardía).

Anthony (1958,1962) propuso tres distintos grupos: Grupo I.- con un inicio temprano y un lento curso crónico, incluyendo el síndrome de Kanner, el tipo pseudoafectivo de Bender y el tipo de no aparición de Despert. Grupo II.- aparición entre los tres y cinco años, con un curso seguido por regresiones, incluyendo el síndrome de Heller, las demencias de Weygandt y de Sanctis, el término pseudoafectivo de Bender, - el tipo de aparición aguda de Despert y la psicosis simbiótica de Mahler. Grupo III.- con una aparición tardía y un curso fluctuante, incluyendo el término pseudopsicopático de Bender.

Subsecuentemente, Anthony trató de diferenciar entre psicosis primaria o endógena y secundaria o exógena, combinando su segundo y tercer grupo para la elaboración de su segunda categoría de psicosis.

Anthony (1962), Rimbland (1964), Rutter (1956-57), observaron algunos de los rasgos más sobresalientes de las diferentes psicosis infantiles, concluyendo tentativamente que la -

psicosis infantil de aparición temprana no estaba relacionada ni con la psicosis infantil de aparición tardía ni tampoco con la esquizofrenia.

Eisemberg (1957) reporta que esta revisión ha servido para enfatizar la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos; esto indica la importancia de la especificación de un criterio en las futuras investigaciones o reportes clínicos.

Es así como el desarrollo de un criterio diagnóstico para el autismo infantil se ha encontrado con varios impedimentos. Kanner (1943), definió el autismo infantil como un aislamiento extremo, resistencia obsesiva de la preservación de la igualdad, síntomas secundarios en la esfera de la comunicación y conducta motora con aparición entre el segundo y primer año de vida. Creak, proporciona nueve puntos que principalmente tendían o intentaban ser una guía diagnóstica pero su importancia se redujo por diferencias de interpretación y algunas ambigüedades inherentes (Creak, 1964; Rutter, 1966). Sin embargo, abrieron el camino para una subsecuente descripción sistemática del lenguaje (Wolff y Chess, 1964; Rutter, 1965, 1966 y 67) por diferentes técnicas esenciales.

Técnicas más recientes han sido desarrolladas para analizar características objetivas de niños autistas en un "campo libre", en donde no es que sean atendidos pero sí observados directamente y esto puede proporcionar una mejor base para un

diagnóstico diferencial y pronóstico, así como para una estimación de incidencia. A pesar de esto, los dos pasos esenciales para establecer un criterio diagnóstico son la delineación de un síndrome circunscrito por medio de una cuidadosa observación y análisis (Eisemberg, 1957) y un estudio subsecuente para derivar un set de criterios objetivos que no sean ambiguos ni inferenciales y por consiguiente, que puedan ser determinados de una forma confiable (Kolvin y Roth, 1970).

En el año de 1969, Clancy y sus colaboradores propusieron una escala de 14 puntos, afirmando que siete o más de las manifestaciones conductuales dadas, deben de estar presentes antes de que se pueda hacer el diagnóstico de autismo. Los 14 puntos eran:

1. Marcada dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
2. Actúa como si fuera sordo.
3. Gran resistencia a cualquier aprendizaje.
4. Falta de temor ante peligros reales.
5. Resistencia a cambios en la rutina.
6. Preferencia por indicar sus necesidades a través de gestos.
7. Risa y sonrisa sin razón aparente.
8. No abrazaba cuando era bebé.
9. Marcada hiperactividad física.
10. No presenta contacto visual.

11. Apego poco usual a uno o varios objetos en particular.
12. Hace hileras de objetos.
13. Juego extraño repetitivo y sostenido.
14. Presenta maneras intratables.

A pesar de que Clancy y sus colegas admiten que el uso de su escala puede llevar a otras condiciones patológicas -- diagnosticadas como autismo, no es probable que un niño autista pase desapercibido por esta escala.

Arnold (1975) piensa que el criterio de Clancy podría ser de gran valor para cubrir el autismo infantil en una población de este método para todos los niños con inhabilidades en el desarrollo. La aplicación de este método para todos los niños admitidos para evaluación, utilizándolo como un medio facilitatorio, permitirá a la población probar su utilidad para ser impuesto, ya que subsecuentemente los niños podrían ser evaluados sin hacer referencia a la escala; entonces un número de niños diagnosticados como autistas a través de criterios diagnósticos más clásicos como el de Kanner de 1943, y el de Eisemberg de 1956. Debido a que estos tenían que pasar por una evaluación comprensiva, este estudio podría demostrar también qué inhabilidad del desarrollo, si es que hubiera alguna, podrían llevar a un mal diagnóstico del autismo; lo que es más podría también proveer información del comportamiento autista en el autismo infantil así como en otras inhabilida--

des del desarrollo.

El método que se utilizó en la presente investigación publicada por Capute A., Derivan A., Chauvel P., y Rodríguez A., en su artículo llamado: Un Estudio Prospectivo del Diagnóstico (1975) fue el siguiente:

Los padres de 200 niños admitidos consecutivamente tanto en consulta externa como interna en el Instituto John F. Kennedy desde enero hasta junio de 1973, recibieron formas similares a las utilizadas por el grupo original de Clancy en 1969. Aquí resulta importante decir que el Instituto John F. Kennedy es un centro de habilitación que evalúa desórdenes del neurodesarrollo y perturbaciones emocionales en niños y adolescentes, prestando especial atención a los niños con problemas emocionales y físicos. Aquí se le pidió a los padres que completaran una forma con la menor asesoría cuando llegaban al Instituto. Todos los niños recibieron asesoría conductual y bioquímica intensivas las cuales se llevaron a cabo sin el conocimiento de las respuestas de los cuestionarios de los padres. Cuando se consideraba apropiado, se realizaba una examinación pediátrica de neurodesarrollo. La asesoría incluía un perfil psicométrico, una evaluación educacional, pruebas de audición y lenguaje y un electroencefalograma. Las pruebas de inteligencia para niños (Wisc), las pruebas de Stanford Binet y las escalas de desarrollo infantil Catell y Bayley.

Los niños que manifestaron siete o más de las catorce -- conductas enlistadas en la escala de Clancy fueron designados como "escala positiva" y estos niños y sus padres fueron llamados para más estudios; también se intentó obtener una "escala negativa" de pacientes, (es decir, los que obtuvieron menos de siete puntos de los catorce puntos enlistados), quienes sin embargo parecían ser autistas durante la evaluación, pero que no resultaron serlo. El diagnóstico de autismo se hacía si el paciente cubría el criterio clásico de Kanner - - (1943) y el de Eisemberg y Kanner (1956).

El propósito de esta investigación es considerar la relación que existe entre la escala positiva y los diagnósticos - clínicos hechos en el curso de las 200 evaluaciones.

Debido a que los niños con inhabilidades en el desarrollo generalmente presentan más de un problema, se decidió tabular todos los diagnósticos, de manera que se pudiera hacer un conteo de los diagnósticos separados más que de los casos individuales.

Los resultados que se obtuvieron indican que fue posible incluir a todos los 200 niños en nueve categorías diagnósticas. Se hicieron 275 diagnósticos para los 200 pacientes. A pesar de que las categorías utilizadas son autoexplicativas, algunas necesitan ser definidas.

De los 200 niños, 48 pertenecían a la "escala positiva" -

(es decir 24% del total) y estos niños se hubieran considerado autistas si se hubiera utilizado únicamente la escala de Clancy; sin embargo, cuando estos 48 niños estuvieron sujetos a un estudio más intensivo, incluyendo observaciones por los autores de la presente investigación (Capute A., Derivan A., Chauvel P. y Rodríguez A.) y entrevistas con los padres, sólo un niño (0.5%) completó el criterio necesario para garantizar el diagnóstico de autismo infantil.

Una proporción relativamente alta de niños de la escala "positiva" se encontraron en los grupos con problemas de aprendizaje y con pérdida de la audición, pero ninguno de estos niños tuvo un criterio clásico para establecer un diagnóstico de autismo infantil.

La observación de que la conducta típica autista puede ser encontrada en niños con otros desórdenes congénitos, también fue hecha por Winc, en 1969.

Los autores de este artículo comparten su punto de vista de que este fenómeno podría mejorar nuestro conocimiento sobre la etiología del autismo infantil. Otros estudios están siendo realizados para delinear por qué los niños en estas dos categorías diagnósticas particulares presentan un grado mayor de comportamiento autista que los niños con otras inhabilidades en el desarrollo.

La conclusión de este reporte muestra que mientras 48 de-

los 200 niños presentaban suficientes características conductuales en la escala de 14 puntos de Clancy, como para ser -- diagnosticados como autistas, sólo un niño de verdad era autista de acuerdo al criterio original de Kanner de 1943. De -- aquí que Arnold y sus colaboradores, autores de este artículo, sienten que mientras que la escala de Clancy puede ser muy -- útil como un recurso para detectar la relativamente rara condición de autismo, no es un instrumento diagnóstico y puede -- producir diagnósticos falsos.

La proporción relativamente alta de conductas autistas -- que se encontró en niños con problemas de aprendizaje y pérdida de la audición puede ser explicada por el hecho de que estas inhabilidades en el desarrollo involucran desórdenes en -- la comunicación y disociación perceptual-auditiva similar a -- aquella encontrada en el autismo infantil.

Rimland (1964) considera al autismo como un desorden -- "único" y "raro" causado por una alta y específica pero aún -- indeterminada disfunción biológica. Sus estudios lo llevan a la conclusión de que existe una necesidad urgente de un instrumento diagnóstico que distinga los casos de autismo infantil de otro tipo de desórdenes infantiles; fue entonces, que en -- el año de 1964 introdujo su primer diagnóstico experimental -- llamado "Cuestionario Diagnóstico para Niños con Desórdenes -- Conductuales", basado en un cuestionario desarrollado por Poldan y Spencer en el año de 1959. Realizó un estudio piloto --

para probar la efectividad de tal instrumento diagnóstico con dos grupos de 13 niños en cada uno, previamente diagnosticados como retraso mental y autismo. El cuestionario consistía en 80 ítems que debían ser completados por un adulto, de preferencia el padre, acerca del desarrollo y conducta del niño - aproximadamente de los 0 a los 5 años de edad, además de una entrevista individual con la madre.

Los resultados indicaron que este tipo de cuestionario diferenciaba claramente entre dos grupos previamente diagnosticados con autismo y retraso mental; sin embargo, es importante mencionar que ninguno de los niños clasificados como autistas alcanzó el rango esperado por Rimland para ser considerado como tal y sólo uno cayó en un límite cuestionable. Esto resulta aún más sorprendente tomando en cuenta que la muestra fue obtenida de una clínica con programas especiales para niños - con autismo infantil (Douglas y Sanders, 1968).

Asimismo, Masters y col. (1970) opinan que la poca incidencia de la población, así como la poca frecuencia de casos - que encajen en el síndrome definido, impide una clasificación empírica. Consecuentemente aún es difícil aceptar el autismo como una entidad real.

Un problema aún más importante se refiere a la validez - de la prueba, afirmando estos mismos autores que Rimland, en el año de 1968 señala que gran parte de la investigación so-bre autismo infantil tiene un alto grado de error debido a la

inadecuación del diagnóstico, ya que muchos de los casos estudiados en realidad no representan casos verdaderos de autismo infantil. En efecto, Rimland declaró que el diagnóstico basado clínicamente no es adecuado, a pesar de que es precisamente este, el criterio que va en contra de la propia validación de su cuestionario.

Por todo lo anteriormente mencionado, la poca consistencia y confiabilidad de los procedimientos diagnósticos clínicos sugieren que su uso como información o como un criterio para el desarrollo de la prueba deberían ser evitados, ya que este tipo de diagnóstico carece de observaciones objetivas, basándose principalmente en las percepciones y recuerdos de los padres acerca de la conducta de sus hijos y no en la conducta habitual del propio niño.

Por otra parte, Alpern (1967), afirma que ningún instrumento cuantitativo ha sido aceptado como una prueba útil y una medida directa de las habilidades de niños esquizofrénicos. Generalmente se ha pensado que estos niños están tan inhabilitados por su enfermedad, que las pruebas de inteligencia estandarizadas no les son inaplicables.

La correlación de características tales como los cortos periodos de atención, la falta de motivación interpersonal, las anomalías del lenguaje y los patrones extraños de respuestas, han sido considerados como los factores que hacen que la-

aplicación de una batería de pruebas de una forma estandarizada, resulte esencialmente imposible.

En los casos donde se utilizaron pruebas estandarizadas, los resultados han sido considerados reflejos inválidos de las habilidades de los niños. Sin embargo, los clínicos así como otros investigadores han tenido que hacer uso de su juicio clínico para medir las habilidades de los niños autistas.

La dificultad en cuanto al establecimiento de la confiabilidad de los valores subjetivos, han obstaculizado la investigación considerablemente. Alpern y col. (1967) opinan que los investigadores han afirmado repetidamente la necesidad que existe de una medición cuantitativa de línea base para el nivel de funcionamiento de los niños autistas que resulte confiable y válida. En esta búsqueda de una línea base útil, algunos han intentado el uso de instrumentos estandarizados existentes; sin embargo, las pruebas de inteligencia han sido consideradas inválidas en el uso con niños esquisofrénicos, ya que este tipo de niños no se puede medir o examinar y los ítems individuales a los que en ocasiones logran responder, han sido empleados de formas no estandarizadas como auxiliares diagnósticos. Esto vuelve a corroborar que ningún método formal ha sido ampliamente aceptado como un proveedor de la habilidad estimada del niño.

Casi siempre se han utilizado una de dos técnicas genera-

les. La primera de éstas utiliza la calificación más alta obtenida por el niño en cualquier ítem como una estimación de su inteligencia total; por ejemplo: si un niño esquizofrénico que no posee lenguaje apropiado para la edad de cinco años, seis meses, completa un ítem equivalente a la edad de cinco años, se considera que su potencial mental total corresponde a la edad de cinco años. Este tipo de interpretación resulta insostenible, ya que la estimación intelectual obtenida de esta manera, no puede ser utilizada para predecir su rendimiento total. Estar consciente del nivel de habilidad más alto que un niño puede llevar a cabo resulta informativo, pero aceptar esta ejecución como una representación de su total funcionamiento o potencial, no posee bases empíricas ni teóricas.

La segunda técnica utilizada para medir niños autistas a través de mediciones estandarizadas, involucra el empleo de los ítems que el niño logra pasar en cualquier prueba para usar el promedio de éstos como su prueba individual.

A pesar de que la confiabilidad de este método es demostrable, involucra serias dificultades que limitan su utilización como un instrumento de medición, ya que si bien pueden obtenerse datos informativos acerca de la historia clínica de cada niño, resulta imposible agrupar éstos para ser generalizados con propósitos de investigación.

Aunado a lo anterior, la mayoría de los ítems individua--

les se encuentran a un nivel de desarrollo inferior a las capacidades del examinado, puesto que un amplio rango de las habilidades primarias de los niños autistas se encuentran a niveles muy inferiores, ubicándose en ocasiones su lenguaje y proceso de socialización a niveles menores a un año de edad. Asimismo, la inconsistencia en la ejecución de estos niños ha sido presentada como un punto importante para la dificultad diagnóstica.

La variabilidad de ejecución de niños, es comprendida neurológicamente como una etapa del desarrollo en la habilidad del niño para enfocar su atención en una tarea. Es una habilidad que se espera aumente sistemáticamente conforme la madurez psicológica. Generalmente la apariencia física de los niños autistas en edad preescolar, esconde superficialmente la ausencia de inmadurez en el área de atención; de cualquier forma, los niños autistas exhiben un desorden en la atención, de una magnitud subjetivamente similar a aquella observada en niños muy pequeños.

Con base en las características descritas en niños autistas de niveles cognitivos y de socialización muy inferiores, así como desórdenes extremos de la atención, la investigación realizada por Alpern y reportada en su artículo de 1967, fue diseñada para evaluar la eficacia de la utilización de una prueba modificada para niños autistas.

La evaluación de este instrumento se basó en la confiabi-

lidad de su test-retest en un periodo de tres días y su validez se evaluó en relación a:

- Un conjunto altamente estructurado de evaluaciones realizadas por un psiquiatra infantil especializado en los casos de esquizofrenia infantil.
- Por la escala de madurez social de Vineland.

Para llevar a cabo esta investigación, se les aplicó una prueba modificada a 14 niños autistas de cinco años de edad, con una duración de 20 minutos. Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- Los ítems pasados por los niños (Infant Items Passed), a los que se designó con el nombre de "IIP MEASURE". Esto fue en relación a una adaptación de la prueba o escala Catell para niños, con el fin de que pudiera ser utilizada con niños más grandes. Esta prueba modificada involucra la administración de los ítems de los 2 a los 12 meses de edad de la prueba de Catell. La prueba estandarizada de Catell para estas edades incluye 66 ítems básicos.

La escala de madurez de Vineland fue seleccionada como un instrumento de validez para la presente investigación debido a que:

- Esta prueba ofrece una medición cuantitativa (edad social) del funcionamiento total del niño.
- No requiere de cooperación por parte del niño.
- Se ha encontrado que posee validez predictiva para el futuro

funcionamiento de la población con bajo rendimiento mental - o intelectual.

La segunda medida de validez que se seleccionó fue el instrumento clásico de juicio clínico; es decir, juicios realizados por un psiquiatra infantil con amplia experiencia tanto en el campo clínico como en el área de investigación con niños esquizofrénicos. Los puntajes eran dados por el psiquiatra en una prueba estandarizada con una duración de hora y media --- aproximadamente de aplicación.

Algunos ejemplos de las observaciones estructuradas por parte del psiquiatra eran: la apariencia física del niño, la relación existente entre el niño y sus padres, la respuesta -- inicial del niño hacia el propio psiquiatra, etc.

Con base a esta examinación psiquiátrica, a cada niño se le asignó un nivel de funcionamiento en cada una de las áreas-- descritas en el diagnóstico del desarrollo, elaborado por Gessell y Anatruda en 1951. Las áreas que incluye dicho diagnós-- tico son:

- personal-social
- verbal
- adaptativa
- motora

Los resultados de este estudio se consideran altamente - sostenibles para el argumento de que se pueden obtener medidas

estables significativas de niños autistas a través de técnicas estandarizadas, si los instrumentos incluyen el asesoramiento del nivel de funcionamiento de cada niño. Sin embargo, la mayor limitación de esta información es la habilidad de la población seleccionada para ser generalizada como la población hipotética de "niños autistas", ya que el reducido número de sujetos del presente estudio podría sugerir dudas acerca de la capacidad de la muestra para representar razonablemente a la población autista. Además, la falta de acuerdo entre las autoridades relacionadas con el campo del criterio diagnóstico, resulta como una plaga para los investigadores.

Los hallazgos de la investigación mencionada apoyan altamente el argumento de que los niños etiquetados como autistas simplemente poseen una deficiencia cognitiva severa y que la principal diferencia con otros niños deficientes parece ser su relativa falta de habilidades motoras.

La mayoría de las investigaciones no han demostrado diferencias "psicodinámicas" entre grupos de niños autistas, niños con daño cerebral y niños con retraso mental. La mayor crítica que se puede hacer a los estudios que han encontrado es -- que no han empleado grupos control con mediciones de coeficientes intelectuales tan bajos como los del grupo autista. El argumento de que las habilidades intelectuales de los niños autistas no pueden ser medidas, ha sido retado en esta investigación.

Por otra parte, la suposición de que no es posible encontrar poblaciones con un funcionamiento tan bajo en bases cognitivas como los autistas sin que tengan limitaciones físicas severas, es el punto de esta investigación. Aquellos estudios que han demostrado cambios en niños autistas con técnicas de condicionamiento operante, también han demostrado que existen métodos de enseñanza efectivos para ser utilizados en la enseñanza de niños severamente limitados intelectualmente como lo son niños autistas (Alpern, 1967).

Una de las razones de que el pronóstico para el autismo sea pesimista y de que muchos profesionistas relacionados con el problema no deseen insistir en el tratamiento y la educación de estos niños, está relacionada con las dificultades de la clasificación misma.

Las personas relacionadas con el problema de autismo en general: pediatras, paidopsiquiatras y psicólogos, han mantenido desde las descripciones de Kanner que el autismo es un término que describe una sola condición o una condición única, aun cuando la combinación de síntomas del síndrome, difiera de niño a niño (Furieux y Roberts, 1977).

Otros profesionistas relacionados con el problema, han declarado que los llamados niños autistas difieren tanto en su conducta unos de otros y que el tipo de conductas presentadas puede ser tan variado, que la categorización de niños como "autistas" es totalmente inútil.

El principal sentimiento de este último grupo, parece ser que es inútil expandir este término, más de lo que se ha hecho para los diversos grupos de niños subnormales. Sin embargo, se ha visto que después del tratamiento por diversos métodos, la manera en que estos niños emergen de su total aislamiento es muy diferente si se compara con la forma en que otros niños etiquetados como "retrasados mentales" lo hacen.

Por otra parte, muchas veces el problema se ve empeorado porque padres y pediatras en ocasiones, observan que el desarrollo del niño no es "normal" pero prefieren esperar, pensando que cuando crezca un poco, será diferente y recurren a pedir ayuda hasta la edad de tres años, debido a que el niño presenta problemas en el lenguaje. En estos casos hasta a los - profesionistas del campo, les cuesta trabajo distinguir entre autismo infantil y retraso mental (Furneau y Roberts, 1977).

Como anteriormente se había mencionado, desde 1943 se ha discutido mucho si se debería clasificar a un niño como autista. Un aspecto principal del problema discutido por los clínicos de diagnóstico, es que las conductas descritas por Kanner para la clasificación de autismo, son todas vistas en otros grupos de niños:

1. Niños sordos y niños con audición parcial.
2. Niños ciegos y niños con visión parcial.
3. Niños severamente subnormales.
4. Niños con daño cerebral localizado.

5. Niños con la clasificación de psicosis infantil.
6. Niños con la clasificación de esquizofrenia infantil.
7. Niños con condiciones dementes conocidas, bien sean estacionarias o progresivas, debidas a una variedad de causas patológicas.

Un factor importante que complica más la situación existente, es que la mayoría de estas categorías se sobreponen - unas a otras. Por ejemplo, al niño sordomudo se le puede decir, que es severamente subnormal, con características psicóticas de origen orgánico (Furneau y Roberts, 1977).

Hasta cierto punto, el problema de utilizar los términos "autismo" y "autista" es que generalmente se aplican a todas las clasificaciones y sistemas de clasificación, especialmente a aquellos que tienen que ver con enfermedades. Cuando un doctor ha separado un grupo de síntomas como distintivos de - otro grupo, es posible identificar una o varias causas de los síntomas y proveer curas o tratamientos de alivio.

Volviendo atrás a los siete grupos mencionados, se podrá notar que hay diferentes tipos de clasificación. Ceguera y - sordera se refieren a defectos sensoriales. El daño cerebral es una condición muy diferente. Por otra parte, la subnormalidad severa es un término utilizado para describir el nivel de habilidad de una persona, generalmente en términos de coeficiente intelectual. La psicosis infantil y la esquizofre--

nia son términos similares al autismo, ya que todos describen conductas consideradas como anormales y aun con causas desconocidas pueden tener también otras características. De cualquier forma, se puede decir que un niño ciego o sordo tiene características autistas; esto es, presenta conductas que se encuentran en niños considerados autistas que, a su vez, no tienen otra condición, excepto la conducta descrita por Kanner y otros autores (Furneau y Roberts, 1977).

Igualmente, algunos niños con daño cerebral y clasificados como severamente subnormales, pueden presentar algunas características de autismo. En ocasiones, estas conductas son persistentes y en otras son transitorias; es decir, pueden ser evidentes con mucha frecuencia o aparecer repentinamente y nunca volverse a presentar. Esto hace el diagnóstico más difícil. Otro factor que complica la situación está basado en la frase de Kanner: "Desde el principio de la vida". Los niños no presentan lenguaje desde el principio de la vida y, lo que es más, su conducta temprana no es lo suficientemente compleja, como para que se presenten los otros síntomas descritos por Kanner. Aquí Kanner se refiere al hecho de que el lenguaje no aparece al tiempo debido, y si aparece, no es utilizado para la comunicación.

Las características relevantes son que el niño desde su nacimiento, nunca muestra un deseo típicamente normal, para relacionarse bien sea por medios verbales o no verbales (Furneau y Roberts, 1977).

Las madres generalmente encuentran extremadamente difícil recordar el desarrollo de sus hijos desde el nacimiento y decir si sus bebés se comunicaban normalmente o no. Entre los muchos miles de casos tomados de niños diagnosticados como autistas, parece haber dos grupos: aquellos que no muestran ninguna conducta normal, excepto en un área, (que no sea lenguaje) donde presentan una habilidad normal o, a veces, excepcionalmente buena y aquellos que parecen haber tenido un desarrollo normal durante los primeros dos años y, después, desarrollan conductas autistas.

De cualquier forma, existe aún mucho debate acerca de si un niño con características autistas a los dos años, mostró respuestas de comunicación normales; y en otras habilidades, las normas son tan amplias que generalmente es difícil, si no imposible, decir que un niño es anormal en un aspecto particular del desarrollo en su primer año de vida y, en ocasiones, aún en su segundo año.

También es sabido, que las madres pueden ser poco confiables al dar datos acertados de la primera evidencia de una habilidad particular, especialmente:

1. Si tienen un gran número de hijos.
2. En circunstancias en que están excesivamente preocupadas acerca de lo que está mal en su hijo.

Los términos "esquizofrenia infantil" y "psicosis infan--

til", existen antes del término "autismo". Algunos de los niños que ahora se etiquetan como autistas fueron puestos bajo estas clasificaciones antes de que Kanner escribiera su artículo.

De hecho, uno de los propósitos de dicho artículo era hacer una distinción entre los once niños que Kanner examinó y los niños que pertenecían a otros grupos.

Debido a que en dicho artículo los tres términos han sido, en ocasiones, utilizados intercambiamente será necesaria una mayor discusión al respecto.

Ambos, psicóticos y esquizofrénico, son términos que se utilizan para describir enfermedades mentales adultas. Los niños que presentan las mismas o similares conductas, fueron considerados como niños que poseían una versión infantil de la misma enfermedad. Desafortunadamente, la profesión médica no ha sido siempre consistente en distinguir entre psicosis y las llamadas esquizofrenias. En las versiones infantiles, muchos clínicos de diagnóstico se reservan estos términos y particularmente "esquizofrenia infantil", para describir niños que han tenido, por lo menos, algunos años de un aparente desarrollo normal.

"Psicosis infantil", es utilizado con frecuencia, como un término para tapar o cubrir ambos; niños que serían diagnosticados como autistas por algunos y aquellos cuya normali-

dad en el desarrollo pueda ser puesta en tela de juicio y quienes comienzan a desarrollar signos anormales después de los dos años (Furieux y Roberts, 1977).

A continuación mencionaremos los diferentes criterios -- diagnósticos del autismo infantil que se utilizan con más frecuencia en la actualidad.

### 3.1.1 Criterio Diagnóstico de Kanner, 1943

1. El niño autista siempre permanece aislado. (Como un retraimiento a establecer contacto).
2. El niño autista tiene una apariencia normal alerta y expresiva.
3. Su coordinación motora parece normal con movimientos rápidos y hábiles.
4. El niño evita el contacto visual y carece de respuestas visuales o auditivas hacia los demás, como si el niño fuera ciego o sordo.
5. No existe una salida física de la infancia.
6. El niño no inicia ruidos o gestos (por ejemplo, decir -- adiós con la mano).
7. El niño fracasa al utilizar el lenguaje con propósitos de comunicarse.
8. El niño tiene una marcada facilidad con los objetos (en contraste con sus respuestas hacia la gente y el lenguaje).

9. Las realizaciones psicométricas indican que las potencia lidades cognitivas se encuentran enmascaradas por el des orden básico. Su habilidad para formar y realizar ejercicios como rompecabezas, sugiere evidencia de niveles - normales y superiores.
10. Existe un deseo obsesivo por el mantenimiento de la igual dad.
11. Enuresis, chupeteo del dedo, morderse las uñas y mastur bación raramente se encuentran asociados con el autismo- precoz.
12. El nivel de ocurrencia es menor a un 10, en la población general.

### 3.1.2 Criterio Diagnóstico de Kanner y Eisemberg, 1956.

1. Separación extrema de las relaciones humanas. (Y también menciona la incapacidad para asumir posturas anticipato- rias, en este párrafo).
2. Incapacidad para utilizar el lenguaje con el propósito - de comunicarse.
3. Deseo obsesivo y ansioso por el mantenimiento de la igual dad, resultando en una marcada limitación en la variedad de actividad espontánea.
4. Fascinación por objetos manejados con habilidad, en movi mientos motores finos.
5. Buenas potencialidades cognitivas.

En este artículo, Kanner indicó que las características principales son:

1. La falta de relaciones objetales.
2. El mantenimiento de la igualdad a través de conductas es tereotipadas.

Kanner, en sus investigaciones posteriores, reveló que - el resto de las características mencionadas se pueden encontrar en otros tipos de psicopatología infantil.

### 3.1.3. Criterio Diagnóstico de la G. A. P., 1981

El autismo infantil se encuentra catalogado en el GAP -- dentro del grupo de desórdenes psicóticos.

- Psicosis de la Infancia y Niñez Temprana.
- Autismo Infantil Precoz.

Considerado como problema primario, debe ser distinguido de la forma secundaria en la que el autismo o la conducta referida como tal, es consecuencia de un daño cerebral o un retraso mental.

El autismo infantil precoz parece tener su principio durante los primeros meses de vida, no pudiendo el niño desarrollar una relación con la figura materna. El niño permanece indiferente, mostrando aparentemente poca conciencia del con-

tacto humano y se preocupa sólo por objetos inanimados. El desarrollo del habla se retrasa o no existe; cuando aparece el lenguaje no es empleado en forma apropiada o con el propósito de comunicarse. El niño muestra una necesidad de mantener todo igual y tiende a resistirse a todo cambio, respondiendo a él con marcadas manifestaciones de rabia o mal humor, berrinches o con ansiedad aguda e intensa cuando son alteradas sus rutinas. A menudo los problemas del sueño y la alimentación son severos.

Son frecuentes los patrones motores estereotipados, muchas veces bizarros y primitivos en su naturaleza. El desarrollo intelectual puede ser normal, avanzado o restringido y desigual en algunas áreas. De todos modos, la incapacidad de percibir correctamente la realidad y la incapacidad de comunicarse por medio de la palabra puede hacer que la función intelectual sea inefectiva.

#### 3.1.4 Criterio Diagnóstico de la DSM III, 1981.

El autismo infantil se encuentra catalogado en el DSM III dentro del grupo de desviaciones profundas del desarrollo.

299.Ox Autismo Infantil.

Diagnóstico Diferencial.- Impedimentos en la audición;-

retraso mental; aparición de desviaciones profundas del desarrollo del lenguaje, de tipo receptivo esquizofrenia.

Criterio Diagnóstico.

- a. Aparición antes de los 30 meses.
- b. Falta profunda de respuesta a otras personas (autismo).
- c. Deficiencias severas en el desarrollo del lenguaje.
- d. Si el lenguaje está presente, patrones peculiares de lenguaje tales como: ecolalia inmediata y retardada, lenguaje metafórico y reversión pronominal.
- e. Respuestas extrañas a varios aspectos del ambiente, - por ejemplo: resistencia al cambio, un interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.
- f. Ausencia de ilusiones, alucinaciones, ruptura en las asociaciones e incoherencia como en la esquizofrenia.

299.00 Autismo Infantil. Síndrome total presente.

Criterio Diagnóstico.

Generalmente coincide con el criterio de autismo infantil.

299.01 Autismo Infantil. Estado residual.

Criterio Diagnóstico.

- a. El niño alguna vez presentó una enfermedad que coincidía con el criterio para autismo infantil.
- b. El cuadro clínico general no coincide más con el criterio completo para autismo infantil, pero signos de

la enfermedad han persistido hasta el presente, tales como; rarezas en la comunicación y torpeza social.

### 3.1.5 Criterio Diagnóstico de la O.M.S., 1975.

(2.99.0).- Autismo de la niñez, psicosis infantil, síndrome de Kanner.

Excluye: Psicosis degenerativa (299.1)  
síndrome esquizofrénico de la infancia (299.9)  
síndrome de Heller (299.1).

### 3.2 Unificación de Criterios Diagnósticos Realizada por la Sociedad Nacional Inglesa para Niños Autistas.

Por todas las confusiones mencionadas y por la gran controversia desde los años cuarentas acerca de la clasificación de niños con perturbaciones severas, se organizó un comité en Inglaterra en 1960, para examinar la evidencia de qué tan útiles las distinciones antes mencionadas podían ser.

El comité estaba bajo la dirección del Doctor Mildred Creak, quien había tenido gran experiencia con este tipo de niños. -- Ellos hicieron una lista de nueve puntos describiendo la condición de esquizofrenia infantil.

Werry sugiere que los nueve puntos son lo suficientemente claros como para cubrir todas las formas de psicosis infantil y hace notar que han sido más aceptados como una base para realizar diagnósticos, especialmente por el hecho de que han sido incorporados casi sin cambios en la clasificación de desórdenes en la infancia por el Grupo Americano para el Avance de la Psiquiatría (G.A.P.).

Muchos de los clínicos de diagnóstico utilizan los nueve puntos, cuando intentan diagnosticar casos de autismo, ya que hay más detalles en esta descripción, que en la lista de Kanner y este es un factor que se considera una ayuda más.

Los doctores Michael Rutter, Furneaux y Roberts, (1977), psiquiatras ingleses, hacen notar entre otras críticas que el comité no especifica cuántos puntos del criterio o qué parte de éste son necesarios, para realizar el diagnóstico. Ellos consideran que el tiempo en el que una característica se vuelve predominante, es un factor importante para el diagnóstico.

La mayoría de los clínicos del diagnóstico, están de acuerdo en el primero de los puntos, señalados por Creak. La soledad y la aparente falta de habilidad social, son esenciales para el diagnóstico de autismo, pero muchos de los profesionales están en desacuerdo, sobre cuáles de los ocho puntos, son los esenciales.

El punto de vista de este último grupo, es que esto per-

mite una distinción, que excluye a los niños severamente subnormales y a niños que son severamente y uniformemente retardados.

La Sociedad Nacional Inglesa para Niños Autistas -que también ha publicado una lista por el Doctor L. Wing de síntomas relacionados exclusivamente con niños autistas- menciona los nuevos puntos como sigue (esta es una adaptación del reporte original, expresado en un lenguaje más sencillo).

Items de conducta que pueden ocurrir en las condiciones autistas de la infancia.

1) Inhabilidades mayores y sostenidas, para establecer relaciones emocionales con la gente.

Esto se mostrará por sí mismo en una o más de las siguientes formas:

- a. Maneras distantes. El niño se comporta como si los demás seres humanos fueran objetos y no existieran, - a menos que haya un acercamiento de forma especial - de las personas que a él le gustan.
- b. Tendencia persistente a apartarse de la gente o únicamente mirarlos cuando se dirigen de manera verbal a él. (A pesar de que el niño pueda responder con -- gusto cuando se le carga, hace cosquillas, etc.).
- c. Grandes dificultades al jugar con otros niños: en -- ocasiones, existe una total indiferencia hacia los -- otros niños.

d. Si esta condición está presente desde la temprana infancia, el bebé no responderá cuando se le carga y no se preparará para que se le cargue, ya que no extenderá sus brazos. (Sin embargo, en etapas posteriores, podría disfrutar del jugueteo). Muchos padres han encontrado que pueden acercarse a sus niños autistas, encontrando amor y calor, debajo de la superficie; sin embargo, la falta de calor y de señales externas hacia la gente que no conoce, aún permanece.

2) Auto-observación. El niño puede examinar partes de su cuerpo, sus manos y sus pies, aun mucho después de la etapa de bebé, pareciendo que los percibe como perpetuamente nuevos y extraños.

3) Preocupación por objetos particulares, o ciertas características de ellos, sin fijarse en sus funciones aceptadas, lo cual persiste mucho tiempo después de la etapa de bebé.

- a. Haciendo colecciones de todo tipo de objetos, y llevándoselos con él a todas partes. Gran frustración y berrinche si cualquiera de ellos se llega a perder.
- b. Gran apego a un objeto en especial: una caja, un pedazo de ropa, etc. Enojo y berrinche si se llegara a perder.
- c. Hacer líneas y patrones con todo tipo de objetos, sin importar cuál sea su verdadero uso.

- d. Tendencia a examinar los objetos de forma peculiar.- Les dará vueltas una y otra vez, los rascará, los acercará a sus ojos para después alejarlos, los pondrá cerca de sus oídos como si los pudieran escuchar, también podrá girar las ruedas de los juguetes mecánicos y podrá ver a través de un pedazo de papel sin ver la totalidad del objeto.

4) Sostenida resistencia a cambios en el ambiente y esfuerzo por mantener el orden y la igualdad en las cosas. Esto se puede mostrar en uno o más de los siguientes puntos:

- a. Gran dificultad para cambiar la rutina; conducta perturbada si el mínimo detalle es modificado (aún si los hábitos fueron difíciles de formar en primer lugar).

Ejemplos de remarcadas rutinas rígidas se pueden presentar en estos niños, incluyendo rechazo a desviarse de su ruta en su caminata diaria. Insistencia por caminar derecho en la misma calle, negándose a dar vueltas en las esquinas. Negarse a usar ropas que no le son familiares. Insistencia por un solo tipo de comida. Una dificultad particular podría ser al ingerir sólidos. También será totalmente imposible que el niño tome una medicina, ya que no le resulta familiar.

- b. Resistencia a aprender nuevas cosas a pesar de que -

el niño puede aprender, y realizar bien las tareas - después de la resistencia inicial.

- c. Gran angustia si se modifican objetos familiares. Por ejemplo, el orden de los muebles.

5) Conductas que llevan a la sospecha de anormalidades de los sentidos especiales, en la ausencia de cualquier causa física obvia. Esto se puede mostrar en uno o más de los siguientes puntos:

- a. En ocasiones, no hay reacción alguna a estímulos ver bales o ruidos.
- b. Intentos por apartarse de algunos ruidos o sonidos.- Por ejemplo, el niño cubre con sus manos sus oídos - cuando se le está hablando.
- c. La gente, en ocasiones, pregunta si el niño es sordo a pesar de que puede escuchar muy bien.
- d. En ocasiones, no hay reacción alguna ante objetos vi suales.
- e. Presenta algún interés en objetos móviles, pero ninguno o poco interés en objetos estáticos.
- f. Intentos por alejarse o apartarse de algunos objetos visuales. Por ejemplo: el niño se retira o se tapa los ojos si se le pide que vea algo.
- g. La gente pregunta si el niño tiene vista corta y en ocasiones si es ciego, a pesar de que el niño pueda ver muy bien.

- h. Aparenta indiferencia al dolor, calor o frío; el niño puede ser bastante estoico, si se cae o se hace daño; puede salir con poca o ninguna ropa en clima muy frío, sin aparentar sentirlo. Puede coleccionar moretones y cicatrices y aun herirse a sí mismo, pareciendo que no siente dolor.
  - i. Un gran deseo por probar o comer objetos, puede persistir por años. Un niño puede comer carbón, tierra, plantas, juguetes, aun mucho después de la edad normal para este hábito.
- 6) Anormalidades en el humor. Esto se puede mostrar en una o más de las siguientes formas:
- a. Explosiones de prolongadas y violentas ira y tensión, las cuales se manifiestan por gritos, pataleos, mordiscos, lágrimas, etc. Estas expresiones pueden ocurrir por:
    - Debido a cambios en la rutina, pérdida de un objeto-querido, deseos por comida prohibida, dulces, objetos para coleccionar, etc., por la ausencia temporal de una persona querida o por cualquier otra frustración.
    - Debido a un miedo especial, que resulta difícil de comprender. Probablemente temor al baño, a usar zapatos, a sentarse en una silla que no le guste (a pesar, de que no tenga miedo a un peligro real).

- Debido a la interferencia necesaria de otras personas, a la hora de vestirlo, bañarlo, contarle las uñas, etc.
- Debido a una razón no discernible. Durante estas explusiones que son desproporcionadas a la causa, el niño no puede ser confortado ni siquiera por alguien a quién él ama o conoce. Se apartará rápidamente si tratan de acariciarlo. En ocasiones, ataca a personas a las que generalmente quiere. Estos episodios terminan tan rápidamente como comenzaron, si algo es capaz de llamar la atención del niño y su estado de ánimo cambiará en un segundo a una alegre calma.
- b. Periodos de risa, para los que no puede haber una razón aparente.
- c. Falta de temor a peligros reales. El niño podrá treparse a un tejado, prender fuego, etc.

7) Perturbaciones del lenguaje. Estas se mostrarán en una o más de las siguientes formas:

- a. No hay lenguaje. El lenguaje pudo no haber estado presente o pudo haber comenzado y luego perderse.
- b. Fragmentos de lenguaje y contracciones de palabras.- Por ejemplo "che" para leche. Estos fragmentos pueden ser el único lenguaje.
- c. Lenguaje sumamente simple, únicamente correspondiente a un niño de dos años.

- d. Utilización de la segunda o tercera persona, o el propio nombre del niño en lugar de "yo".
- e. Repetición de palabras, frases y oraciones y aun poemas y canciones completas, como periquito sin importar el significado.
- f. Frecuente uso de una voz especial diferente de la voz normal, en ocasiones con peculiaridades especiales en la pronunciación.
- g. Tipo de lenguaje pedante y extraño. En general el niño tiene dificultades, para comunicarse verbalmente, excepto en las necesidades más simples. El niño puede preferir tomar a una persona de la mano y llevarla hasta el lugar donde se encuentra el objeto que desea, para así mostrárselo, en lugar de únicamente pedirselo.

8) Perturbaciones en los movimientos y en la actividad en general. Esto se puede mostrar en una o más de las siguientes formas:

- a. Gran hiperactividad, corriendo de arriba abajo, sin ni siquiera cansarse. Esto puede ser más marcado durante las noches. El niño puede permanecer despierto hasta muy tarde, jugando alegremente o llorando y gritando. Otros niños, podrán despertarse durante la noche y llorar rechazando cualquier tipo de consuelo. Otros despiertan en la noche y juegan por ho

ras, aparentemente sin ningún deseo de compañía.

A pesar de la falta de sueño, generalmente parecen estar llenos de energía durante el día.

b. Inmovilidad. El niño puede permanecer completamente inmóvil, por largos periodos de tiempo.

c. Movimientos especiales.

- Balanceo.

- Movimientos continuos de cabeza en dirección vertical.

- Brincar y saltar.

- Torcerse, agitarse y retorcer brazos y piernas, especialmente cuando están agitados.

- Dar vueltas.

- Gestos faciales de todo tipo.

- Formas extrañas de caminar, por ejemplo caminar de puntas sin razón aparente.

- Movimientos extraños de las manos. Por ejemplo, darles vueltas estirando y doblando frente a la cara.

- Repetición constante de los mismos movimientos.

- Extremo placer en los movimientos corporales tales como balanceo, columpiarse, etc.

9) Antecedentes de serios retrasos en los que la función o habilidad intelectual normal, casi normal o excepcional pue de aparecer.

Esto significa que, en su totalidad, el niño se encuentra bastante atrás con respecto a su edad cronológica en las-

cosas que puede realizar.

Mientras que otros niños de su misma edad son independientes, capaces de salir solos y de hacer cosas por ellos mismos, el niño autista, requiere de la continua atención de la madre y de su supervisión, ya que no puede cuidarse solo, ni mantenerse fuera de peligro. Por otra parte, será capaz de realizar algunas tareas notablemente bien tales como:

- Cálculos.
- Rompecabezas y crucigramas.
- Cantar y recordar música. Gozar escuchando cualquier tipo de música.
- Leer y escribir.
- Memorizar largas listas de nombres, fechas, sucesos extraños, etc.
- Habilidades mecánicas especiales.

Además de las habilidades positivas mencionadas, el diagnóstico de autismo también dependerá en gran parte de lo que "NO" hace. Las disfunciones más importantes en su desarrollo son las siguientes:

1. Los niños no muestran ningún deseo de comunicarse con otras personas, excepto para satisfacer sus necesidades o para hablar repetidamente del mismo tema. Aun cuando tienen un gran vocabulario no gozan platicando con otros, ni sienten ningún placer al charlar.

2. No muestran la misma curiosidad de los niños no au--

tistas, acerca de la gente y de las cosas.

Algunos niños autistas recolectan hechos sobre ciertos temas, lo que es muy diferente a un deseo de saber y conocer más acerca de cualquier tipo de cosas que caracterizan cualquier conducta humana normal y que puede ser observado también en niños no autistas, pero retrasados.

3. Los niños autistas no tienen un juego imaginario pretendido. Y muy raramente se concentran en un solo tema en sus juegos, sin dejarse influenciar por las sugerencias de otras personas.

El panfleto de la Sociedad Nacional Inglesa, menciona -- que todos los niños normales pueden mostrar cualquiera de las conductas descritas en alguna etapa de sus vidas. En ocasiones, el niño se puede mostrar alejado o apartado, obsesivo y tener explosiones de temperamento, aferrarse a ciertos objetos especiales, etc.

Estos son únicamente aspectos del desarrollo de cualquier niño. Sin embargo, el niño autista muestra las conductas mencionadas en la lista por varios años o para siempre y lo más importante es que, virtualmente, no hace nada más (hasta que comienza a emerger de su enfermedad).

Todas estas cosas extrañas están presentes durante todo el día todos los días y no únicamente de vez en cuando o cuando no se siente bien. Este punto ha sido enfatizado porque es extremadamente importante que un niño que está pasando por

una etapa difícil pero que eventualmente tiene un desarrollo normal, no se le dé una etiqueta porque la misma tiene varias implicaciones (Furieux y Roberts, 1977).

Este último punto es extremadamente importante, pero con tiene otro problema. Los niños autistas pueden no mostrar -- los síntomas descritos por Creak, con la misma intensidad o - frecuencia. Lo que es más, algunos de ellos mostrarán estos- síntomas y otros no. Raramente se encuentran los nueve pun - tos en todos los niños calificados como autistas.

### 3.3 Conclusiones.

De aquí se puede observar que dentro del amplio término- de autismo, habrá niños que presenten diferentes combinacio-- nes de síntomas. Lo que parece ser crucial para la mayoría - de los clínicos de diagnóstico, es la presencia de síntomas - correspondientes a los puntos uno y nueve y, posiblemente el- cuatro, de los descritos por Creak y algunos de los otros sí - tomas que se presentan en forma severa y que son de naturale- za constante.

Sin embargo, es necesario señalar que estos autores (Fur- ieu x y Roberts, 1977), han visto niños que se podrían clasi- ficar como "autistas, borderline" en los que su comportamien- to satisface el criterio mencionado, a pesar de que los sínto - mas no son severos.

Generalmente, estos son niños que no tienen ninguna otra

disfunción y que comienzan a relacionarse con otros y con su ambiente, en general, de una manera relativamente normal; pero, simultáneamente muestran una conducta extraña. Se puede dar el caso de que anteriormente, al haber recibido atención profesional, su condición haya sido más severa, pero esto es difícil de estimar debido a las dificultades anteriormente mencionadas, para obtener información adecuada sobre el desarrollo del niño.

En el estado actual de experiencia y conocimientos de las condiciones del autismo, parece ser el caso que el niño autista en su estado más severo, es, como Kanner menciona, bastante distinto de otros niños perturbados. Por tanto, el clínico de diagnóstico deberá tener gran cuidado para decidir si la conducta del niño no es una reacción a la atención como resultado de una disfunción primaria, tal como sordera, que en ocasiones es difícil de detectar, especialmente desde el punto de vista de Creak en el punto cinco (A).

La última pregunta, por tanto, es a qué edad se puede hacer un juicio sobre si la condición del niño es suficientemente severa para ser "muy distinta" de otras condiciones. Se ha señalado que, al principio de su vida, el niño autista presenta conductas suficientemente diferenciadas para calificarse por los puntos descritos por Creak. No es, hasta que la conducta madura y las habilidades y disposiciones debieran ser evidentes, que nos podemos dar cuenta de un retraso o anomalía.

Desafortunadamente, existen grandes diferencias entre cada niño, en términos de la aparición de habilidades a una edad temprana. Puede haber niños de la misma familia, presentando ambos un desarrollo normal y coeficientes intelectuales similares posteriormente.

La madre de un niño, con poco o ningún lenguaje, puede llevar al niño al médico quien le hablará de estas discrepancias. Por ejemplo, a los 24 meses el doctor le propondrá la política de "espere y vea"; para la mayoría de estos niños no les hará daño y el lenguaje hará su aparición al tercer año de vida.

De cualquier forma, si el doctor es precavido, verá otras áreas; por ejemplo, visión, audición, etc. y considerará los puntos de Kanner y Creak.

Tomará en cuenta otras señales de retraso en el desarrollo y lo referirá a otros especialistas, si tiene sospechas de anormalidad; pero es tal la confusión en las descripciones y definiciones de autismo, que los otros especialistas, como los peditopsiquiatras, peditras y psicólogos, estarán igualmente sin deseos de dar un diagnóstico temprano de autismo; ellos también adoptarán la política de "esperar y ver", tal situación continuará hasta que el niño comience a ir a la escuela y entonces se habrá perdido un tiempo invaluable en ayudar al niño y a los padres a sobrepasar los problemas a los que se enfrentan.

Pensando en esto, los psicólogos han tratado de desarrollar procedimientos de diagnóstico, que sean lo suficientemente sensitivos, como para distinguir entre la psicosis infantil y que sean confiables para relacionar síntomas significativos en la infancia temprana; condiciones que son reconocidas más fácilmente en edades posteriores.

Bernard Rimland (Furneau y Roberts, 1977), tiene este check-lista en el apéndice de su libro "Autismo Infantil". Desde su publicación este check-lista ha sido revisado continuamente, en vista de la gran cantidad de información que se ha recibido de los padres de los niños autistas y de aquellos con condiciones similares.

Investigaciones de cuatro psicólogos australianos, quienes han utilizado la lista de Rimland, han mostrado que las respuestas sensoriales a estímulos sensoriales, por ejemplo, hiporeacción e hiperreacción a luces, colores y sonidos, son también características diagnósticas importantes de lo que ellos llaman "aparición temprana de psicosis" (Early Infantile Psychosis).

Otra de las características que Kanner también menciona, es el fracaso del niño para alcanzar o prepararse a sí mismo; cuando alguien lo va a cargar como un ejemplo de falta de conducta anticipatoria. Los autores señalan que darse cuenta de la posible importancia de estos síntomas observables por par-

te de los que ven a los niños en su primera infancia, padres, doctores, etc. podría llevar a un diagnóstico más temprano y por tanto al comienzo de un tratamiento.

Es por todo lo anteriormente mencionado, que el propósito de la presente investigación consiste en elaborar una prueba válida y cuantificable para el diagnóstico del autismo infantil basada en los nueve puntos mencionados en la unificación de criterios diagnósticos realizada por la Sociedad Inglesa para Niños Autistas.

#### 4.- INVESTIGACION.

##### 4.1 Objetivos.

Se trata de una investigación evaluativa cuyos objetivos son:

- Elaborar una prueba que mida de forma objetiva y cuantificable los principales síntomas del autismo infantil basado en la unificación de criterios diagnósticos basada en la Sociedad Inglesa para Niños Autistas.

- Elaborar un cuestionario para los padres de los niños-autistas que resulte complementario a la prueba.

- Someter a un juicio de paidopsiquiatras calificados la validez de la prueba realizada para los niños así como el cuestionario a los padres de los mismos.

- Aplicar la prueba a una muestra representativa de niños

previamente diagnosticados como autistas así como el cuestionario a los padres de estos niños.

#### 4.2 Sujetos.

Se empleó una muestra de 15 niños diagnosticados como autistas por paidopsiquiatras pertenecientes al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, de la ciudad de México. Los niños fueron de ambos sexos y de edades entre los cuatro y ocho años de edad. Asimismo, se empleó la muestra correspondiente a las madres de los quince niños.

Además se emplearon dos grupos de psiquiatras especialistas en autismo. El primer grupo estaba formado por tres psiquiatras, cada uno perteneciente a diferentes instituciones de salud mental para niños; el segundo grupo, estuvo formado por seis psiquiatras que ejercían tanto a nivel privado como institucional.

#### 4.3 Materiales e Instrumentos.

Encuesta a paidopsiquiatras de diferentes instituciones de salud mental para niños del D.F. sobre su opinión acerca de una unificación de criterios diagnósticos así como de la creación de un método objetivo y cuantificable para el diagnóstico del autismo infantil.

Encuesta a paidopsiquiatras, tanto a nivel privado como institucional, con objeto de validar el instrumento diseñado-

para la presente investigación.

Prueba que se aplicó de manera directa a los niños de la muestra, la cual también incluyó el uso de los siguientes materiales:

- Juguetes mecánicos (coches, camiones, etc.).
- Juguetes estáticos (muñecos, dados, rompecabezas, etc.).
- Dulces.
- Espejo.
- Grabadora.
- Cassettes con estímulos auditivos familiares.
- Láminas de estímulos visuales familiares.
- Encendedor.
- Cámara de Gessell.
- Colores.
- Hojas de papel.
- Libros de letras y números.
- Hojas de registro tanto para las encuestas con psicólogos psiquiatras como para la medición de reactivos con los niños, y para las encuestas correspondientes a las madres de cada uno de los niños.

#### 4.4 Procedimiento.

##### 4.4.1 Encuesta sobre el Diagnóstico del Autismo.

Para realizar el presente estudio, primero fue necesario realizar una investigación sobre los criterios empleados en -

el diagnóstico del autismo infantil en las diferentes instituciones del D. F.

Esta investigación se llevó a cabo en Diciembre de 1981, a través de un cuestionario que se les aplicó a los paidopsiquiatras encargados del departamento de psiquiatría infantil de las diferentes instituciones.

El cuestionario que se les aplicó a los paidopsiquiatras se encuentra en el apéndice de esta tesis.

En total, se hicieron tres aplicaciones en las tres instituciones principales de higiene mental de la Capital:

1. Centro Médico.
2. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
3. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

#### 4.4.2 Selección de los Criterios Diagnósticos.

El instrumento de la presente investigación se elaboró a partir de la unificación de criterios diagnósticos realizada por la Sociedad Nacional Inglesa para Niños Autistas (Furneaux y Roberts, 1970), en la que se mencionan los nueve puntos que ellos consideran principales para el diagnóstico de este síndrome.

#### 4.4.3 Elaboración del Instrumento.

Se elaboró una prueba que midiera cada una de las áreas que resultan más importantes en el diagnóstico del autismo in

fantil, de manera directa, objetiva y cuantificable con niños que previamente habían recibido el diagnóstico de este síndro me. Conjuntamente con esta prueba, se realizó un cuestiona-- rí o que se aplicó a las madres de los niños que fueron evalua dos con el instrumento diseñado que se menciona a continua- ción.

La prueba consta de nueve secciones cada una con sus reac tivos correspondientes:

1. Relaciones Interpersonales - 4 subtests

- a) acercamiento a la gente
- b) socialización con otros niños
- c) encuesta a la madre en relación con las respues- tas afectivas del niño en su temprana edad
- d) respuestas al contacto físico.

2. Auto-observación.

- a) imitación de movimientos corporales
- b) observación de movimientos corporales espontáneos
- c) encuesta a la madre en relación con movimientos- corporales del niño.

3. Relación con objetos - 3 subtests

- a) encuesta a la madre sobre la relación del niño - con los objetos que lo rodean.
- b) observación de las reacciones del niño ante una- serie de objetos.
- c) observación de las reacciones del niño ante un - objeto específico.

8. Estimulación Motora - 2 subtests

- a) encuesta a la madre en relación con los hábitos-motores del niño
- b) se medirán reacciones motoras específicas en el niño.

9. Area Intelectual - 2 subtests

- a) encuestas a la madre en relación con las capacidades y habilidades del niño
- b) se medirán habilidades específicas del niño

4.4.4. Encuesta a Paidopsiquiatras para Validar el Instrumento.

Con objeto de validar tanto la prueba que se diseñó para ser aplicada directamente a los niños como el cuestionario -- complementario para las madres de los mismos, se elaboró un cuestionario que fue resuelto previamente a la aplicación de la prueba por seis paidopsiquiatras reconocidos y con experiencia en el campo del autismo infantil tanto a nivel privado como institucional, de forma que estos doctores consideraran la validez y utilidad del instrumento diseñado para la -- presente investigación.

4.4.5 Aplicación del Instrumento.

Una vez finalizada la etapa de entrevista con los paidopsiquiatras, se procedió a investigar en qué institución del-

D. F. existía una muestra que contara con los requisitos que habían sido propuestos por la presente investigación, así como con las facilidades para que las investigadoras pudieran acudir a dicha institución y trabajar de una manera directa con estos niños.

El Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, nos brindó la oportunidad de realizar la investigación con quince niños que cumplieran los requisitos necesarios y fue aquí en donde se llevó a cabo la presente investigación con niños que habían recibido el diagnóstico de autismo infantil por alguno de los paidopsiquiatras de esta institución y que asistían regularmente a la misma.

La aplicación se realizó de forma individual con cada uno de los niños, exceptuando al ítem que requería de observación de su reacción ante el juego con otros niños. A lo largo de todas las aplicaciones, ambas investigadoras estuvieron presentes y mientras que una efectuaba la aplicación y registraba los datos, la otra permanecía como observadora pero también registraba los datos para que estos tuvieran una mayor confiabilidad. Todas las aplicaciones se llevaron a cabo entre 2 y 3 sesiones, dependiendo de cada niño.

Al momento de que una de las investigadoras entrevistaba a los padres, la otra continuaba con su labor de observadora y esta entrevista, bien sea con la madre o con ambos padres,-

se llevaba a cabo en presencia del niño.

Por último es importante mencionar que todas las entre--  
vistas fueron realizadas en una cámara de Gesell.

otras entidades patológicas.

## 5.2 Resultados de la Validación del Cuestionario.

- Los seis psiquiatras que fueron entrevistados para ob tener la validez de este cuestionario, estuvieron de acuerdo en que la misma prueba o cuestionario representa adecuadamente los criterios diagnósticos para el autismo infantil.

- Los seis psiquiatras entrevistados coincidieron en -- que los síntomas presentes en el síndrome de autismo infantil se encuentran incluidos en esta prueba.

- Cinco de los psiquiatras afirman que todas las áreas - de la prueba quedan exploradas suficientemente por la misma. - Unicamente el psiquiatra número cuatro de la muestra opinó que se debería explorar más las áreas de psicomotricidad y antecedentes del niño.

- Tres de los psiquiatras opinan que la prueba podría - presentar dificultades prácticas en su aplicación por la misma patología de estos niños autistas, ya que, sus periodos de atención tienden a ser muy cortos, mostrando constantemente - una marcada inquietud y actividad. Sin embargo, tres de los psiquiatras no consideraron este tipo de dificultad.

- Tres de los psiquiatras coincidieron en que las sesio nes de aplicación dependerían del paciente sin mencionar un -

número fijo de sesiones y, por otro lado, tres de los psiquiatras mencionaron que se debería de aplicar la prueba en un período aproximado de tres sesiones; habiendo sido esta la forma en que se llevó a cabo la aplicación de la prueba.

- Los seis psiquiatras estuvieron de acuerdo en que las áreas más importantes exploradas por la prueba eran las de socialización y relaciones interpersonales; algunos mencionaron otras como: lenguaje, estimulación sensorial, relaciones objetales y reacciones emocionales.

- Cinco de los psiquiatras consideraron que no podría eliminarse ningún reactivo de esta prueba ya que en este caso se sacrificaría su validez y solamente un psiquiatra consideró que la prueba sí se podría reducir.

Resultados de el cuestionario que se le aplicó a los seis psiquiatras para su validación de la prueba.

PREGUNTA	TOTAL DE RESPUESTAS
- ¿Considera usted que esta prueba representa adecuadamente los criterios diagnosticados para el autismo infantil?	6 (sí)
- ¿Considera usted que el síndrome de autismo presenta síntomas que no se incluyen en la presente prueba?	6 (no)
- ¿Considera usted que existen áreas que no son exploradas lo suficientemente por la prueba?	5 (no) 1 (sí)
- ¿Considera usted que la extensión de la misma podría presentar dificultades prácticas?	3 (no) 1 (sí)
- En su opinión, ¿en cuántas sesiones debería aplicarse esta prueba?	En dos o tres sesiones y tomando en cuenta la tolerancia del niño.

- En su opinión ¿cuáles son las áreas o -  
síntomas importantes explorados por la --  
prueba?

relaciones inter  
personales

---

- ¿Considera usted que podrían eliminarse  
algunos reactivos de la prueba sin sacrifi-  
car su validez?

5 (no)

1 (sí)

---

- ¿Tiene usted alguna sugerencia ó comen-  
tario en relación a la prueba?

1 aplicación del niño -  
frente a los padres.

---

2 que incluye síntomas -  
que se presentan en o-  
tras patologías.

---

3 prueba buena y completa

---

4 esta prueba es un estu-  
dio clínico

---

5 cuantificar las respues-  
tas para confirmar el -  
diagnóstico

---

6 que se maneje con con-  
fiabilidad y validez pa-  
ra que sea estandariza-  
da.

---

### 5.3 Resultados de la Prueba Aplicada

#### 1) Relaciones Interpersonales

##### a) Acercamiento con la gente

Dentro de esta area, siete niños de la muestra presentaron conductas positivas de acercamiento con la -- gente; tres niños presentaron una combinación de respuestas -- positivas y negativas ya que por un lado no respondieron a las preguntas hechas por el examinador, pero sí mostraron un in-- tento por relacionarse, bien sea acercándose al examinador o -- tomando el objeto que éste le ofrecía. Cinco niños no respon-- dieron con ninguna señal de acercamiento e ignoraron o se apar-- taron por completo del examinador.

Podemos concluir diciendo que el 66.6% de -- los niños autistas presentaron intentos por acercarse a la -- gente.

Tabla Correspondiente

	Fr	%
Ensayo 1	3	(20.0)
Ensayo 2	0	0
Ensayo 3	0	0
Se aparta	2	(13.3)
Se acerca un poco	0	0
Toma el objeto	0	0
Ensayo 1, se acerca un poco, toma el objeto	2	(13.3)
Ensayo 1, toma el objeto	2	(13.3)
Se acerca un poco, toma el objeto	2	(13.3)
Ensayo 3, toma el objeto	1	( 6.7)
OTRAS: - Ignoró completamente al examinador	2	(13.3)
- Se tapa los ojos	1	( 6.7)
	15	(100.0)

b) Socialización con Otros Niños.

Dentro de esta área, tres niños presentaron conductas positivas como fueron el comunicarse con otros niños, acercarse a ellos, intentos por participar en su juego, bien sea de manera pasiva o activa; cinco de los niños presentaron una combinación de conductas positivas y negativas como acercarse a los demás niños, pero con intentos agresivos o bien con tendencias de aislamiento o retraimiento total. Siete de los niños presentaron únicamente conductas negativas a lo largo de la aplicación.

Podemos concluir diciendo que el 54.7% de los niños autistas de nuestra muestra presentaron una dificultad manifiesta con respecto al área de socialización con otros niños.

Tabla Correspondiente

	Fr	%
Habla con otros niños, se acerca a ellos, intenta participar, su juego es pasivo.	1	( 6.7)
Se acerca a los niños, intenta participar su juego es activo y agresivo.	2	(13.3)
Se acerca a los niños, su juego es pasivo, aislamiento y retraimiento total	1	( 6.7)

	Fr	8
Se acerca a los niños, intenta <u>par</u> ticipar su juego es pasivo.	1	( 6.7)
Se acerca a los niños, su juego es pasivo aislamiento o retraimiento- total, sale del cuarto	1	( 6.7)
Se acerca a los niños, su juego es pasivo, aislamiento o retraimiento total	1	( 6.7)
Se acerca a los niños, su juego es pasivo	2	(13.3)
Se acerca a los niños, intenta <u>par</u> ticipar, su juego es activo	1	( 6.7)
Intenta participar, su juego es <u>ac</u> tivo y agresivo	1	( 6.7)
Su juego es pasivo, aislamiento o- retraimiento total	1	( 6.7)
Su juego es agresivo, aislamiento- ó retraimiento total	2	(13.3)
Aislamiento o retraimiento total	1	( 6.7)
	15	(100.0)

c) Respuesta al Contacto Físico.

Dentro de esta area, ocho de los niños mostraron conductas positivas como son acercamiento y aceptación de caricia; dos de los niños mostraron una combinación de respuesta como falta de acercamiento pero aceptación de caricia- o viceversa. Cinco de los niños mostraron conductas negativas en esta area como serían el rechazo o evitación del contacto-físico.

Podemos concluir diciendo que en el area - de contacto físico, el 66.8% de los niños de nuestra muestra- presentaron cierta tendencia a la aceptación del mismo.

Tabla Correspondiente

	Fr	%
Se acerca, toma el dulce, aceptación de caricia	6	(40.0)
Se acerca, toma el dulce, evita la caricia	1	( 6.7)
Se acerca, aceptación de caricia	1	( 6.7)
Toma el dulce, aceptación de caricia	1	( 6.7)
Toma el dulce, evita la caricia	1	( 6.7)
Toma el dulce, rechaza la caricia	1	( 6.7)

	Fr	\$
Se retira, rechaza la caricia	1	( 6.7
Se retira, acepta la caricia	1	( 6.7)
Se retira, evita la caricia	1	( 6.7)
Evita la caricia	1	( 6.7)
	15	(100.0)

2) Auto-observación.

a) Imitación de Movimientos Corporales.

Dentro de esta area, ocho fueron los niños- que imitaron la mayor parte de los movimientos que el examina- dor efectuó; siete de los niños mostraron conductas negativas como serían el ignorar al examinador o bien realizar conductas de rechazo a lo que se les estaba mostrando.

Podemos concluir diciendo que el 53.5% de - los niños autistas de nuestra muestra presentaron una mayor - tendencia a imitar los movimientos del examinador que a recha- zar o ignorar los mismos.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Imitación	8	(53.3)
Ignora	2	(13.3)
Efectúa diferentes movimientos	1	( 6.7)
OTRAS: - Se queda viendo, pero no- efectúa movimiento alguno	1	( 6.7)
- Se acuesta sobre el suelo	1	( 6.7)
- Toma un espejo y repite - perseverantemente la mis- ma palabra	1	( 6.7)
- Toma la mano del examina- dor y la observa detalla- damente	1	( 6.7)
	15	(100.0)

b) Observación de Movimientos Corporales Espontaneos.

Dentro de esta area, un solo niño fue el que presentó conductas positivas como verse al espejo y hacer algún tipo de mueca o movimiento sin que este llegara a ser estereotipado; cinco de los niños presentaron una combinación de respuestas positivas y negativas ya que, en ocasiones emitían sonidos extraños, ataques de risa por varios minutos, dirigirse a la imagen del espejo como si fuese otra persona, -- etc. Ocho de los niños presentaron conductas negativas como fueron el evitar o rechazar su propia imagen en el espejo de una manera agresiva.

Podemos concluir diciendo que el 93.5% de los niños de nuestra muestra presentaron una marcada tendencia a realizar una serie de conductas estereotipadas y poco comunes cuando se les ponía ante un espejo.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Se ve y hace muecas	1	( 6.7)
Se ve y hace muecas, agita las manos continuamente	2	(20.0)
Se ve y hace muecas, habla con su imagen en el espejo como si fuera otra persona	1	( 6.7)

	Fr.	%
Se ve y hace muecas, se rie	1	( 6.7)
Se ve y hace muecas, emite sonidos	1	( 6.7)
Emite sonidos	1	( 6.7)
Se tapa los ojos	1	( 6.7)
Se retira	5	(33.3)
Rechaza al espejo agresivamente	1	( 6.7)
	15	(100.0)

3) Relaciones Objetales

a) Observación de las Reacciones del Niño ante una Serie de Objetos.

Dentro de esta area, un solo niño presentó conductas positivas como serían el tomar algún juguete dándole su uso apropiado y tratando de recuperar el mismo cuando se intentaba quitárselo; seis de los niños mostraron una combinación de conductas positivas y negativas como el utilizar el juguete según su uso adecuado pero permaneciendo indiferente ante la pérdida del mismo o bien, dándole un uso diferente pero -- tratando de recuperarlo cuando se le retiraba. Ocho de los niños mostraron conductas negativas a lo largo de toda la aplicación de este ensayo.

Podemos concluir diciendo que el 86% de los niños autistas de nuestra muestra no presentaron relaciones de objeto estables, desconociendo el uso de juguetes comunes y apropiados para su edad además de una total indiferencia ante la pérdida de los mismos.

Tabla Correspondiente

Permanece indiferente, se va hacia el bote de basura y la saca, se muestra agresivo.

Fr.

1

( 6.7)

	Fr.	
Toma un juguete específico, le da un uso diferente, toma otro objeto para sustituir al anterior	1	( 6.7)
Toma un juguete específico, trata de formar torres perseverantemente, al retirárselo se muestra indiferente, acepta la pérdida	1	( 6.7)
Toma un juguete específico, le da el mismo uso que se le mostró, trata de recuperar lo que se le quitó	1	( 6.7)
Toma un juguete específico, le da un uso diferente, al retirárselo se muestra indiferente	3	( 20.0)
Toma un juguete específico, le da el mismo uso que se le mostró, le da un uso diferente y al retirarse lo se muestra indiferente	1	( 6.7)
Toma un juguete específico, le da un uso diferente, al retirárselo se muestra agresivo	2	(13.3)
Toma un juguete específico, le da un uso diferente, al retirárselo se muestra indiferente, trata de recuperar lo que se le quitó	1	( 6.7)
Toma un juguete específico, le da el mismo uso que se le mostró, al retirárselo se muestra indiferente	3	(20.0)
Cambia continuamente de juguete y al retirárselo se muestra indiferente	1	( 6.7)
	15	(100.0)

b) Observación de las Reacciones del Niño ante un Objeto Específico.

En esta area ningún niño presentó creatividad al tratar de armar algo con los cubos; cuatro niños que en un principio intentaron armar algo, presentaron conductas negativas de perseverancia y ausencia total de creatividad. Once de los niños presentaron conductas totalmente negativas como movimientos estereotipados con los cubos, golpearlos y aventar los así como sacarlos y meterlos continuamente de una caja -- sin ningún otro intento.

Podemos concluir diciendo que el 100% de los niños autistas de nuestra muestra presentaron una marcada tendencia hacia la estereotipia y perseverancia en la manipulación de objetos, así como una total falta de creatividad.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
El niño intenta armar algo, muestra perseverancia de movimiento	4	(26.7)
El niño muestra indiferencia	4	(26.7)
El niño muestra perseverancia de movimiento, mete y saca cubos de la caja	2	(13.3)
El niño muestra perseverancia de movimiento, golpea sus manos contra los objetos, avienta cubos	1	( 6.7)

	Fr.	%
El niño muestra perseverancia de- movimiento, avienta cubos	2	(13.3)
El niño muestra perseverancia de- movimientos	2	(13.3)
	15	(100.0)

4) Perseverancia

a) Observación de la Reacción del Niño ante el Aprendizaje de una Tarea.

Dentro de esta area, solo un niño logró man tener una conducta positiva como el poner atención mientras - se le mostraba una tarea y luego reproducirla; tres de los ni ños mostraron una combinación de conductas positiva y negati va, mostrando cierto grado de atención durante el aprendizaje de la tarea pero al momento de reproducirla presentaban perse verancia de movimientos como rayar la hoja sobre sus propios dibujos. Diez de los niños mostraron conductas negativas como ignorar lo que se les mostraba, retirarse de la tarea así como la perseverancia anteriormente mencionada.

Podemos concluir diciendo que el 93.3% de + los niños autistas de nuestra muestra no presentaron periodos de atención ni capacidad de reproducción de tareas sencillas- y adecuadas para su edad.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Atiende, reproduce los dibujos, raya la hoja perseverantemente	1	( 6.7)
Atiende, hace otros dibujos	2	(13.3)
Atiende, reproduce los dibujos, raya la hoja perseverantemente, canta continuamente	1	( 6.7)

	Fr.	0
Atiende, raya la hoja continuamente	1	( 6.7)
Atiende, reproduce los dibujos	2	(13.3)
Toma el papel y lo mueve continuamente	1	( 6.7)
Raya la hoja perseverantemente	1	( 6.7)
Raya la hoja perseverantemente, -- arrebata las hojas	1	( 6.7)
Completamente indiferente	2	(20.0)
Completamente indiferente, se acues <u>ta</u> en el suelo y se chupa el dedo	1	( 6.7)
Se rehusa a hacer la tarea	1	( 6.7)
	15	(100.0)

5) Estimulación Sensorial.

a) Reacción del Niño ante Estímulos Auditivos.

Dentro de esta area seis de los niños mostraron conductas positivas como serían el acercamiento a los sonidos familiares, reconocimiento y agrado ante los mismos. - Uno de los niños presentó una combinación de conductas positiva y negativa como fue el alejarse del sonido pero con reconocimiento del mismo. Los niños que presentaron únicamente conductas negativas como fueron el rechazar o evitar los sonidos o bien ignorarlos fueron ocho.

Podemos concluir diciendo que el 60.1% de los niños autistas de nuestra muestra mostraron una tendencia a evitar estímulos auditivos familiares.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
El niño se tapa sus oídos, se aleja del sonido	2	(13.3)
El niño se tapa sus oídos	1	( 6.7)
El niño se aleja del sonido, ignora el sonido	1	( 6.7)
El niño se aleja del sonido, lo reconoce	1	( 6.7)
El niño ignora el sonido	3	(20.0)

	Fr.	
El niño se acerca al sonido, demue <u>s</u> tra agrado ante el sonido	2	(13.0)
El niño se acerca al sonido, lo <u>re</u> conoce, demuestra agrado ante el - sonido.	2	(13.0)
El niño reconoce el sonido	2	(13.0)
Mostró agresión y atacó al examina <u>a</u> dor	1	( 6.7)
	15	(100.0)

b) Reacción del Niño ante Estímulos Visuales.

Dentro de esta área, cinco de los niños mostraron conductas positivas como reconocimiento de los estímulos, acercamiento a ellos y en ocasiones agrado ante los mismos; diez de los niños mostraron conductas negativas como ignorar por completo las láminas con los estímulos, rechazo hacia las mismas o bien agresiones como destruir las láminas.

Podemos concluir diciendo que el 66.7% de los niños de nuestra muestra presentan conductas de rechazo e indiferencia ante los estímulos visuales.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
El niño ignora la lámina	6	(40.0)
El niño se acerca a la lámina, reconoce espontáneamente el estímulo que se le presenta, muestra agrado por la lámina	3	(20.0)
El niño reconoce espontáneamente el estímulo que se le presenta	1	( 6.7)
El niño muestra agrado por la lámina	1	( 6.7)
Aleja las láminas con las manos	1	( 6.7)
Se echa a correr	1	( 6.7)
Arrebata las láminas y trata de destruirlas	2	(13.3)
	15	(100.0)

6) Reactividad Emocional.

a) Reacciones del Niño ante Estímulos Aversivos.

Dentro de esta area, todos los niños autistas de nuestra muestra presentaron conductas negativas ante el estímulo del fuego como fue el acercarse a él sin medir su peligro, ignorar por completo el estímulo, reacciones agresivas o bien una risa continua.

Podemos concluir diciendo que el 100% de los niños autistas de nuestra muestra no lograron medir el peligro de estímulos aversivos.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Se ríe, se acerca al estímulo sin medir el peligro	3	(20.0)
Ignora, se acerca al estímulo sin medir el peligro	2	(13.3)
Reacción agresiva	1	( 6.7)
Se acerca el estímulo sin medir el peligro, se pone a soplar	3	(20.0)
Se acerca al estímulo sin medir el peligro	2	(13.3)
Se pone a soplar, se tapa los oídos	1	( 6.7)
Ignora	3	(20.0)
	15	(100.0)

7) Lenguaje.

a) Respuestas Verbales ante Objetos Familiares.

Dentro de esta area, cuatro de los niños presentaron conductas positivas como nombrar correctamente los diez objetos familiares que se le mostraron; cinco de los niños presentaron conductas positivas y negativas como la mención correcta de algunos de los objetos o la mención de los diez objetos pero en un lenguaje incomprensible (mencionando únicamente fragmentos de las palabras). Seis de los niños no presentaron lenguaje ni ante este reactivo ni durante toda la prueba.

Podemos concluir diciendo que el 73.4% de los niños de nuestra muestra no presentan lenguaje completo ni comprensible, llegando en muchos casos a estar totalmente ausente.

Tabla Correspondiente

	Fr.	
Dice palabras completas, <u>men</u> ciona algunos de los diez <u>obje</u> tos.	4	(26.7)
Dice palabras completas, <u>nom</u> bra correctamente los diez <u>obje</u> tos	4	(26.7)
Dice fragmentos de palabras	1	( 6.7)
Nombra correctamente los diez <u>obje</u> tos	6	(40.0)
No habla	15	(100.0)

b) Estructuración, Sintaxis, Vocabulario y Entonación.

Dentro de esta area, un solo niño presentó conductas positivas como mencionar los nombres de los objetos que aparecen en las láminas con adecuado uso de las reglas gramaticales, así como el uso del pronombre "yo". Seis de los niños presentaron una combinación de conductas positivas y negativas como fueron el mencionar los nombres de los objetos que aparecen en las láminas, adecuado uso de las reglas gramaticales, uso del pronombre "yo" pero con la utilización de algún tono extraño en sus relatos como gritos, risas sin razón aparente, ecolalia, así como el uso de un lenguaje fragmentado.

Ocho de los niños presentaron únicamente conductas negativas como fueron una ausencia total de lenguaje, sonidos guturales extraños o lenguaje incoherente.

Podemos concluir diciendo que el 93.5% de los niños de nuestra muestra presentaron un lenguaje poco estructurado o la ausencia total del mismo y sin embargo, mostraron sonidos guturales extraños y continuos.

Tabla Correspondiente

	Fr.	
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - buen uso de reglas gramaticales, uso del pronombre "yo", uso de - algún tono extraño en sus relatos	2	(13.3)
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - buen uso de reglas gramaticales, pronombre "yo"	1	( 6.7)
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - buen uso de reglas gramaticales, uso del pronombre "yo", uso de - algún tono extraño en sus rela-- tos, habla sola	1	( 6.7)
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - uso de algún tono extraño en sus relatos	1	( 6.7)
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - buen uso de reglas gramaticales, uso de algún tono extraño en sus relatos	2	(13.3)
Menciona los nombres de los <u>obje</u> tos que aparecen en la lámina, - buen uso de reglas gramaticales, uso de algún tono extraño en sus relatos, responde diferente a lo que se le pregunta	1	( 6.7)

	Fr.	8
Uso de algún tono extraño en sus relatos	1	( 6.7)
Emite sonidos guturales constantemente y en tono elevado	4	(26.7)
No habla	4	(26.7)
No habla, llora	1	( 6.7)
	15	(100.0)

8) Estimulación Motora.

a) Reacciones Motoras Específicas del Niño.

Dentro de esta area todos los niños de nuestra muestra presentaron uno, varios o todos los movimientos - extraños, de forma estereotipada que a continuación mencionamos: balanceo, movimientos continuos de cabeza, brincar, saltar, agitación global corporal, agitación de pies y manos, -- vueltas continuas, gestos faciales, formas extrañas de caminar.

Podemos concluir diciendo que el 100% de -- los niños autistas de nuestra muestra presentaron movimientos repetitivos y estereotipados a lo largo de la aplicación.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Balanceo, movimientos de cabeza, brincar, agitación global corporal, agitación de algún miembro-especifico, dar vueltas, gestos-faciales, formas extrañas de caminar, repetición de algún movimiento, placer en los movimientos que realiza	1	( 6.7)
Balanceo, movimientos de cabeza, brincar, agitación global corporal, agitación de algún miembro-especifico, gestos faciales, formas extrañas de caminar, repetición de algún movimiento, placer en los movimientos que realiza	1	( 6.7)

	Fr.	
Balanceo, movimientos de cabeza, agitación global corporal, agitación de algún miembro específico, dar vueltas, gestos faciales, repetición de algún movimiento, placer en los movimientos que realiza	1	( 6.7)
Balanceo, golpea continuamente la cabeza, agitación de algún miembro específico, repetición de algún movimiento, placer en los movimientos que realiza	1	( 6.7)
Agitación de algún miembro específico, repetición de algún movimiento, placer en los movimientos que realiza	1	( 6.7)
Repetición de algún movimiento	2	(13.3)
Repetición de algún movimiento, - placer en los movimientos que -- realiza	1	( 6.7)
Balanceo, movimientos continuos de cabeza, agitación de algún miembro específico, repetición constante de algún movimiento, - placer en los movimientos que -- realiza.	1	( 6.7)
	15	(100.0)

9) Area Intelectual.

a) Capacidades y Habilidades del Niño.

Cuatro de los niños autistas de nuestra muestra presentaron conductas positivas como serían reconocimiento de los números (asociación del símbolo cantidad) por lo menos del 1 al 10, reconocimiento de letras, asociación fonema-grafema (por lo menos 10 letras del abecedario), retención de estímulos auditivos como números seriados y ejecución de rompecabezas y crucigramas. Uno de los niños presentó una combinación de conductas positivas y negativas y once los niños presentaron conductas negativas como ignorar por completo al examinador, conductas agresivas y falta de reconocimiento total de los estímulos que se le presentaban.

Podemos concluir diciendo que el 73.5% de los niños de nuestra muestra no presentan manifestación alguna de sus habilidades y capacidades intelectuales.

Tabla Correspondiente

	Fr.	%
Reconoce números; rompecabezas y crucigramas, memoria auditiva in mediata, lecto-escritura	1	( 6.7)
Reconoce números (del 1 al 3), - rompecabezas y crucigramas, reconoce letras	1	( 6.7)

	Fr.	8
Rompecabezas y crucigramas	2	(13.3)
Reconoce letras, retira los libros con coraje	1	( 6.7)
Agitación, ignoró por completo, no se pudo medir esta area, aventaba los objetos	1	( 6.7)
Agitación	1	( 6.7)
Ignoró por completo, no se pudo - medir esta area	7	(46.7)
No se pudo medir esta area, aventaba los objetos	1	( 6.7)
	15	(100.0)

#### 5.4 Resultados del Cuestionario a las Madres de los Niños.

##### 1) Relaciones Interpersonales.

##### a) Respuestas del Niño a su Temprana Edad:

Diez de las madres de los niños de nuestra muestra le dieron alimentación; ocho de los niños la aceptaron y dos la rechazaron. Las quince madres reportan que sus hijos tomaron leche artificial antes de los seis meses y todos ellos la aceptaron.

Trece de las madres reportan que sus hijos sí se acomodaban al ser tomados en brazos y dos de los niños no lo hicieron, ya que lloraban. En cuanto a las reacciones que tenía el niño una vez que era tomado en brazos encontramos que: nueve de ellos sonreían, cuatro ignoraban, y dos lloraban. Al ser depositados de regreso a su cuna: ocho de los niños lloraban, uno de los niños sonreía y seis de los niños ignoraban el hecho de ser depositados en su cuna. Por otro lado, nueve de las madres reportaron que sus hijos sí presentaban movimientos anticipatorios al ser tomados en brazos y seis de los niños no presentaban este tipo de movimientos.

Por último y en cuanto a caricias se refiere, dos de las madres reportaron que sus hijos tendían a rechazar las caricias y besos, diez de los niños las aceptaban y dos de los niños ignoraban las caricias y besos; un solo niño fue reportado por su madre como responsivo con movimientos ante caricias y besos.

Podemos concluir diciendo que el 70.4% de los niños de nuestra muestra presentaron respuestas adecuadas en el area de relaciones interpersonales en su temprana edad.

Tabla Correspondiente

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Fr.
HA OBSERVADO USTED ALGUNA CONDUCTA EXTRAÑA O RARA EN SU HIJO EN RELACION CON ALGUNA PARTE DE SU CUERPO		SI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	14
		NO					.										1
D E Q U E T I P O E S E S T A	MOVIMIENTOS DE CABEZA	.										.	.			.	4
	MOVIMIENTOS DE BRAZOS Y MANOS	.	.		.	.	.	.	.	.	.		.	.	.	.	12
	MOVIMIENTOS DE PIERNAS	.												.			2
	AGITACION CORPORAL GLOBAL (BALANCEO)	.				.			.		.						4
	GESTOS FACIALES	.													.		2
	FORMAS EXTRAÑAS DE CAMINAR	.			.		.							.			3
	PERSEVERANCIA EN SUS MOVIMIENTOS	.	.	.		.	.			.	.	.	.	.	.	.	13
	QUITARSE LOS CALZONES CONTINUAMENTE			.													1
	SE TAPA LOS OIDOS																1
	BRINCAR	.					.		.								3
	MAROMAS						.										1
	PERMANECER EN CUCLILLAS								.								1
	CHUPARSE LA ROPA														.		1
	SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			.											.	.	1

2) Auto-Observación.

a) Movimientos Corporales del Niño.

Catorce de las madres de los niños de nuestra muestra reportaron haber observado conductas extrañas en sus hijos con relación a algún miembro de su cuerpo, siendo las más frecuentes: movimientos continuos de brazos y piernas; una sola madre no reportó haber observado este tipo de movimientos en sus hijos.

Podemos concluir diciendo que las madres de los niños autistas de nuestra muestra sí reportaron movimientos extraños y estereotipados en sus hijos.



3) Relaciones de Objeto.

a) Relaciones del Niño con Objetos que lo Rodean.

Diez de las madres de los niños de -- nuestra muestra reportaron que sus hijos tienden a hacer collecciones de objetos extraños y cinco de las madres no reportaron este tipo de conducta de sus hijos; once de las madres reportaron que los niños tienden a hacer líneas y arreglos díversos con todo tipo de objetos, cuatro de las madres no reportaron este tipo de conducta.

Trece de las madres reportaron que -- sus hijos tienden a examinar los objetos de manera extraña y -- dos de estas madres no reportaron este tipo de conducta en -- los niños. Asimismo, trece de las madres de los niños autistas de nuestra muestra, reportaron reacciones de enojo, llanto y berrinche ante la pérdida de algún objeto, y solamente -- dos madres reportaron que sus hijos tienden a ignorar la pérdida de objetos. Aunado a lo anterior, once de las madres reportaron que el niño reacciona con gran enojo y berrinche cuando llega a perder un objeto por el que sentía gran apego y solamente cuatro de las madres reportaron una reacción de indiferencia ante la pérdida de un objeto por el que sus hijos -- sentían apego.

Doce de las madres reportaron que sus hijos no utilizaban sus juguetes para su función real y solamente tres de ellas reportaron que sus hijos utilizaban sus --

juguets para su función real.

Podemos concluir diciendo que el 77.7% de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron que sus hijos no presentan relaciones de objeto estables y que desconocen el uso real de los juguetes comunes y apropiados para su edad, dándoles a estos un uso sin dirección. Sin embargo, la mayoría de las madres reportan reacciones de enojo, llanto o berrinche ante la pérdida de objetos.

juguetes para su función real.

Podemos concluir diciendo que el 77.7% de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron que sus hijos no presentan relaciones de objeto estables y que desconocen el uso real de los juguetes comunes y apropiados para su edad, dándoles a estos un uso sin dirección. Sin embargo, la mayoría de las madres reportan reacciones de enojo, llanto o berrinche ante la pérdida de objetos.



4) Perseverancia.

a) Reacciones del Niño ante Cambios en el Ambiente.

Nueve de las madres reportaron que no han observado reacciones emocionales que a su juicio sean exageradas en el niño ante cambios en la rutina y seis de estas, sí reportaron este tipo de reacciones en sus hijos. Doce de las madres reportaron que sus hijos no insisten en tomar siempre el mismo platillo y tres de las madres reportaron que sus hijos sí insisten en tomar siempre el mismo alimento. Ocho de las madres reportaron que sus hijos no se niegan a usar -- prendas de vestir nuevas para ellos y siete de las madres sí reportaron insistencia por parte de sus hijos para usar el -- mismo tipo de prendas ya conocidas por el niño. Ocho madres reportaron que sus hijos sí se niegan a dormir en otra cama -- que no sea la suya y siete de las madres no reportaron este -- tipo de conducta. Nueve de las madres reportaron que sus hijos se niegan a quedarse con personas que no están acostumbrados a ver y seis de las madres no han reportado este tipo de conducta. Diez de las madres reportaron que el niño se niega a utilizar juguetes u objetos comunes pero nuevos para él y -- cinco de las madres no reportaron esto.

Catorce de las madres reportaron que han intentado enseñarle algún tipo de tarea sencilla a sus hijos y seis de ellas han observado que sus hijos reaccionan --

con indiferencia, cuatro reportaron conductas de rechazo en sus hijos ante el aprendizaje de una nueva tarea y solamente cinco opinaron que las reacciones del niño eran positivas como el aceptar dicho aprendizaje. Sin embargo, la mayor parte de las madres reportaron que aunque el niño presentara aceptación ante el aprendizaje de la tarea, el proceso era sumamente lento y no lograban adquirirlo por completo.

Podemos concluir diciendo que el 50.40 de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron un mayor número de conductas en las que sus hijos presentan perseverancia que en las que no presentan esta conducta.



5) Estructuración Sensorial.

a) Reacciones del Niño en Relación a Estímulos Quinestésicos.

Ocho de las madres reportaron conductas de agresión en sus hijos ante estímulos dolorosos, dos de las madres reportaron conductas de rechazo ante estos estímulos y cuatro reportaron indiferencia en sus hijos ante los estímulos dolorosos; dos de las madres coincidieron en que sus hijos aceptaban estímulos dolorosos.

Diez de las madres reportaron que sus hijos reaccionan ante los cambios de temperatura y cinco de las madres reportaron que sus hijos no presentaban reacciones ante ningún tipo de cambio en la temperatura. Asimismo, diez de las madres reportaron que sus hijos tienden a llevarse objetos inusuales a la boca y cinco no reportaron este tipo de conducta.

Seis de las madres reportaron que sus hijos tienden a acercarse a estímulos peligrosos, cuatro reportaron que sus hijos muestran indiferencia ante estos y cinco reportaron que sus hijos tienden a alejarse de los estímulos peligrosos. Once de las madres reportaron que sus hijos no muestran atracción hacia estímulos peligrosos y cuatro sí reportaron que sus hijos se sienten atraídos por estos.

El 54.6% de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron reacciones adecuadas -

ante estímulos dolorosos así como ante los cambios de temperatura; sin embargo, la mayor parte de las madres también afirmaron que sus hijos tienden a llevarse objetos inusuales a la boca y que muestran conductas de acercamiento e indiferencia ante estímulos peligrosos.



6) Reactividad Emocional.

a) Reacciones Emocionales del Niño Ante Situaciones Específicas.

Todas las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron que sus hijos presentan reacciones emocionales violentas de enojo o llanto ante cualquiera de las siguientes situaciones: cambios en la rutina, miedo especial difícil de comprender, interferencia necesaria de otras personas. Aunado a lo anterior, todas las madres reportaron que sus hijos manifestaban estas reacciones a través de una o varias de estas conductas: llanto inconsolable, berrinches acompañados por pataletas o gritos, conductas agresivas como morder, pegar o romper.

Todas las madres reportaron que sus hijos se tranquilizaban con uno o varios de los siguientes estímulos: hablando con él, acariciándolo, presentándole algún estímulo entretenido, regañándolo o encerrándolo, pegándole para que reaccione, de forma espontánea y retirándole lo que le ocasionó el llanto.

Doce de las madres de los niños de nuestra muestra reportaron que sus hijos presentan periodos de risa sin razón aparente por varios minutos u horas, tres de las madres no reportaron este tipo de conductas. Aunado a lo anterior trece de las madres reportaron que sus hijos presentaron sentimientos de miedo ante una o varias situaciones espe-

cificas que revelan peligro real, dos de las madres no reportaron esta conducta. De las trece madres que reportaron que sus hijos presentaban miedo ante una situación de peligro - - real, todas afirmaron que sus hijos manifestaban este sentimiento a través de una o varias de las siguientes conductas: llanto, berrinche, conductas agresivas, búsqueda de protección y temblor.

Podemos concluir diciendo que el -- 64.4% de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron que sus hijos presentan reacciones emocionales exageradas e inadecuadas.



Tabla Correspondiente

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Fr.
COMO MANIFIESTA SU TEMOR?	CLANTO	•			•	•	•	•						•		•	7
	BERRINCHE	•						•						•			3
	CONDUCTAS AGRESIVAS	•						•								•	3
	BUSQUEDA DE PROTECCION	•	•	•	•	•		•	•	•				•		•	10
(OTRAS)	TEMBLANDO														•		1

7) Desarrollo del Lenguaje en el Niño.

a) Desarrollo del Lenguaje en el Niño.

Unicamente seis de las madres reportaron que sus hijos presentan lenguaje estructurado y nueve - de ellas reportaron que sus hijos no presentaban ningún tipo de lenguaje. De las madres que reportaron lenguaje en sus hijos, todas afirmaron que sus hijos comenzaron a balbucear antes o durante el primer año de edad y que dijeron sus primeras palabras antes de los cinco años de edad; asimismo, de las madres que reportaron lenguaje en sus hijos, todas afirmaron que esto ha ido en aumento.

Trece de las madres reportaron que aunque el lenguaje esté presente en sus hijos, presentan algunas o varias de las siguientes características: peculiaridades en su tono de voz, ecolalia, peculiaridades en la pronunciación, uso de vocabulario extraño, falta de estructuración en el lenguaje.

Podemos concluir diciendo que el 66.66 de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportan que sus hijos no presentan lenguaje y en los casos en donde este sí se presenta, existen peculiaridades en su tono, uso de vocabulario, etc.

Tabla Correspondiente

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Fr.									
A QUE EDAD COMENZO A BALBUCEAR?		4	7/8	1	1	7/8		9/8	7/8		4/8	1	-	1		1										
A QUE EDAD COMENZO A DECIR LAS PRIMERAS PALABRAS?			1 1/2	1 1/2	5	4		9/8	1		1 1/2	3	3	1		1 1/2										
A QUE EDAD COMENZO A ESTRUCTURAR FRASES?			4	-	-	-		1	2		-	-	0	3		3										
EL LENGUAJE FUE	EN AUMENTO		•	•	•				•		•		•	•		•	7									
	EN DISMINUCION					•					•	•					4									
NOTA ALGUNA PECULIARIDAD O DEFICIENCIA EN EL LENGUAJE DE SU HIJO?	TONO				•						•	•		•		•	6									
	ECOLALIA		•						•		•		•	•			6									
	PRONUNCIACION		•						•		•		•				5									
	USO DE VOCABULARIO								•		•			•			3									
	ESTRUCTURACION		•						•		•			•			6									
DE QUE TIPO?											•															
		UNICAMENTE EMITE SONIDOS COTIDIALES					UNICAMENTE EMITE SONIDOS COTIDIALES					NO EXISTE NINGUNA MANIFESTACION DE LENGUAJE - SOLO EMITE SONIDOS					NO H A B L A					NO EXISTE NINGUNA MANIFESTACION DE BARRIA				

8) Estimulación Motora.

Ocho de las madres reportaron que sus hijos tienden a la pasividad y siete de ellas afirmaron que sus hijos generalmente se mostraban hiperquinéticos. Catorce de las madres afirmaron que sus hijos muestran mayor actividad - durante el día y sólo una de ellas reportó que su hijos muestra ba mayor actividad durante la noche.

Todas las madres reportaron que sus hijos se acuestan entre las 20:00 y las 23:00 horas aproximadamente, y que se levantan entre las 5:00 y las 10:00 de la mañana. On ce madres reportaron que sus hijos no duermen durante el día y cuatro reportaron que sus hijos sí dormían algunas horas du rante el día. Asimismo, catorce de las madres reportaron que sus hijos presentan uno o varios de los siguientes trastornos nocturnos: despertarse durante la noche sin razón aparente, terrores nocturnos, realizar actividades cuando se despierta durante la noche. Solamente una madre no reportó ninguno de estos hábitos nocturnos en su hijo.

Ocho de las madres reportaron que sus hij jos no pueden permanecer inmóviles por largos periodos de - - tiempo y siete de las madres reportaron que sus hijos sí lo- gran permanecer tranquilos. Todas las madres reportaron una o varias de las siguientes conductas en sus hijos:

- balanceo
- movimientos continuos de cabeza

- brincar y saltar constantemente
- torcerse o agitar miembros de su cuerpo
- dar vueltas
- gestos faciales
- formas extrañas de caminar
- movimientos extraños de manos y piernas
- extremo placer en los movimientos que realiza

Algunas madres reportaron que sus hijos realizan este tipo de movimientos repentinamente y sin una razón aparente y otras afirmaron que sus hijos realizan estos movimientos ante diferentes situaciones como serían: ansiedad, aburrimiento, etc... solamente dos madres reportaron que sus hijos realizan estos movimientos de forma continua.

Podemos concluir diciendo que el 100% de las madres de los niños autistas de nuestra muestra no observan alteraciones en sus hijos en cuanto a horarios de levantarse y acostarse se refiere, sin embargo, el 93.3% de las madres sí reportaron trastornos de sueño en sus hijos como serían los nocturnos. Asimismo, 53.3% de las madres, reportaron que sus hijos no puedan permanecer inmóviles y que presenten frecuentemente uno o varios movimientos motores estereotipados.



Tabla Correspondiente

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Fr.
HA OBSERVADO USTED ALGUN MOVIMIENTO ESPECIAL EN SU HIJO COMO:	BALANCEO	•		•		•	•		•	•			•			•	8
	MOVIMIENTOS CONTINUOS DE CABEZA	•		•		•	•						•	•		•	7
	BRINCAR Y SALTAR CONSTANTEMENTE	•	•			•	•	•	•				•	•	•		9
	TORCERSE, AGITARSE EL O MIEMBROS DE SU CUERPO		•			•	•		•				•	•	•	•	8
	DAR VUELTAS	•			•	•	•		•	•	•		•	•	•		10
	GESTOS FACIALES	•				•	•	•			•			•			6
	FORMAS EXTRAÑAS DE CAMINAR	•				•	•	•									4
	MOVIMIENTOS EXTRAÑOS DE LAS MANOS Y PIERNAS	•	•			•	•		•	•			•	•	•	•	10
	REPETICION CONSTANTE DE MOVIMIENTOS	•	•			•	•		•	•			•	•	•	•	11
	EXTREMO PLACER EN ESTOS MOVIMIENTOS	•	•			•	•	•	•	•			•	•	•	•	11
ANTE																	
QUE																	
SITUACIONES																	
LOS																	
REALIZA																	
		TODO EL DIA	CUANDO SE EMOCIONA	REPENTINAMENTE	AL OIR MUSICA	CONTINUAMENTE	AL CORRER	CUANDO CABINA DE TALORES	CUANDO ESTA ANSIOSO	REPENTINAMENTE	REPENTINAMENTE	CAMBIOS EMOCIONALES	CUANDO ESTA ABURRIDO	CUANDO SE EMOCIONA	CUANDO NO LE INTERESA	CAMBIOS EMOCIONALES	

9) Area Intelectual.

a) Capacidades y Habilidades del Niño.

Trece de las madres reportaron que sus hijos caminaron antes de los dos años de edad y dos de las ma dres reportaron que sus hijos caminaron entre los dos y tres años de edad. Unicamente tres de las madres reportaron que - sus hijos reconocen letras asociando forma-grafema y llegando a formar sílabas, sólo cuatro madres reportaron que sus hijos logran asociar símbolo-cantidad (o sea, el número y su cantidad). Ocho de las madres reportaron que sus hijos logran re- tener o recordar uno o varios de los siguientes estímulos: pa labras, números, canciones, frases, fechas, nombres, sucesos- extraños.

Once de las madres reportaron que sus hijos aún no logran bañarse solos y cuatro de las madres repor taron que sus hijos sí logran hacerlo; nueve de las madres re portaron que sus hijos no logran vestirse solos y seis de las madres reportaron que sus hijos sí logran hacerlo; once de - las madres reportaron que sus hijos sí logran comer sus ali- mentos solos y cuatro de las madres no lo han observado en -- sus hijos. Diez de las madres reportaron que sus hijos no lo gran hacer tareas cotidianas solos (recoger juguetes, labores del hogar, etc.) y cinco de las madres reportaron que sus hi- jos sí logran hacerlo. Diez de las madres reportaron que sus hijos presentaron control de esfínteres antes de los siete --

años y cinco de las madres reportaron que sus hijos todavía no presentan este tipo de control.

Podemos concluir diciendo que el 66.66 de las madres de los niños autistas de nuestra muestra, reportaron un muy bajo rendimiento intelectual en sus hijos así como una marcada deficiencia en las capacidades y habilidades generales del niño incluyendo tareas cotidianas.





## 6.- DISCUSION Y SUGERENCIAS.

### 6.1 Entrevistas a Paidopsiquiatras en Instituciones.

Los resultados obtenidos en estas entrevistas sugieren - la necesidad de una unificación de criterios diagnósticos para el síndrome de autismo infantil, así como la creación de un - criterio diagnóstico que se base en observaciones de los niños y no entrevistas con los padres.

### 6.2 Encuesta de Validación del Cuestionario.

Las opiniones de los psiquiatras con respecto a la prueba diseñada coinciden en que:

- Es una prueba que representa los criterios mundialmente conocidos para el síndrome de autismo infantil.

- Todos los síntomas del síndrome de autismo infantil se encuentran incluidos en la prueba.

- Todas las áreas de la prueba quedan suficientemente exploradas por la misma.

- Las áreas más importantes que mide la prueba son las - de socialización y relaciones interpersonales.

- No debería de eliminarse ningún reactivo de la prueba, pues se sacrificaría su validez.

### 6.3 Aplicación de la Prueba a Niños.

- RELACIONES INTERPERSONALES.

Esta area resulta importante, para el diagnóstico del autismo infantil, ya que, a pesar de que a los niños autistas se les dificultan las relaciones interpersonales espontaneas - si logran establecerlas cuando se trata de una persona cálida que logra motivarlos a inspirarles confianza y paciencia; no observándose este tipo de reacción al enfrentar al niño con - otros niños con los que tiene que relacionarse e interaccio-- nar utilizando cierta iniciativa y una propia motivación, cau sa por la cual el niño autista no logra establecer relaciones interpersonales adecuadas con respecto a su edad cronológica.

- AUTO-OBSERVACION.

Esta area resulta importante para el diagnóstico del autismo infantil, ya que los niños observados, si presentaron una mayor tendencia a imitar movimientos corporales realiza-- dos por otras personas cuando se les piden que lo hagan, que a ignorarlos. Sin embargo, si existe la presencia de conduc-- tas extrañas y estereotipadas con relación a su propio cuerpo cuando se les enfrenta con su propia imagen en un espejo, lo que indica que los niños autistas presentan una dificultad ma nifiesta en cuanto al area de imagen corporal.

- RELACIONES OBJETALES.

Esta area resulta importante para el diagnóstico, ya que los niños autistas de nuestra muestra, desconocieron el - uso de objetos comunes y apropiados para su edad, mostrando -

también una marcada indiferencia hacia la pérdida de dichos objetos, a pesar de que únicamente los utilizaban para manipularlos de manera estereotipada, de alguna forma, habían experimentado cierto apego hacia ellos. Lo anterior implica que el niño autista no presenta relaciones de objeto estables, en contrándose ausente la capacidad para dar una función real a dichos objetos, así como para involucrarse con los mismos.

- PERSEVERANCIA.

Esta area resulta importante para el diagnóstico del autismo infantil, ya que los resultados obtenidos mostraron que los niños autistas no presentan capacidad de atención, ni tampoco capacidad de reproducción de tareas sencillas y adecuadas para su edad mostrando, por el contrario, una marcada perseverancia de conductas primitivas con los instrumentos -- que se le habían dado para realizar la tarea que se le mostraba. Esto implica que los niños autistas presentan una marcada perseverancia.

- ESTIMULACION SENSORIAL.

Esta area resulta importante para el diagnóstico, ya que, los niños autistas de nuestra muestra tendieron a evitar, rechazar o presentar una total indiferencia ante estímulos visuales y auditivos familiares, lo que implica que los niños autistas muestran una marcada tendencia a evitar estimulación sensorial.

- REACTIVIDAD EMOCIONAL.

Esta area resulta importante para el diagnóstico, ya que, los niños autistas de nuestra muestra no lograron contar con una estimación real del peligro de estímulos aversivos, lo que implica que su capacidad para juzgar y medir las consecuencias de estímulos externos se encuentra muy disminuída con respecto a su edad cronológica.

- LENGUAJE.

Esta area resulta importante para el diagnóstico del autismo infantil; ya que los niños autistas presentan un lenguaje sumamente primitivo e incomprensible, llegando en muchos casos a estar totalmente ausente. Lo que implica que los niños autistas carecen de un medio de comunicación verbal.

- ESTIMULACION MOTORA.

Esta area resulta importante para el diagnóstico, ya que los niños autistas de nuestra muestra presentaron movimientos corporales parciales y globales repetitivos y estereotipados, lo cual implica que estos niños presentan una marcada característica de autoestimulación corporal.

- AREA INTELECTUAL.

Esta area resulta importante para el diagnóstico del autismo infantil, ya que, los niños autistas no presentan el de

sarrollo esperado en relación a su edad cronológica en cuanto a sus habilidades y capacidades intelectuales se refiere, lo que es indicativo de una falta de capacidad de asimilación y aprendizaje en estos niños.

A partir del análisis anterior, podemos concluir que - las áreas que resultan importantes para el diagnóstico del autismo infantil son:

- Relaciones interpersonales.
- Autoexaminación (enfaticar el area de imagen corporal)
- Relaciones objetales.
- Perseverancia
- Estimulación sensorial.
- Reactividad emocional.
- Lenguaje.
- Estimulación motora.
- Area intelectual.

Es decir, todas las áreas que se midieron en esta prueba, resultaron ser significativas para el diagnóstico objetivo - del síndrome de autismo infantil.

#### 6.4 Cuestionario a las Madres.

A continuación se llevará a cabo el análisis global, con formado por las diferentes áreas del cuestionario que se le - aplican a las madres de los niños de nuestra muestra.

- RELACIONES INTERPERSONALES.

La mayor parte de las madres de los niños autistas de nuestra muestra no reportaron conductas inadecuadas con respecto a las áreas de socialización y acercamiento físico en sus hijos durante sus primeros años de vida.

- AUTO-OBSERVACION.

**Movimientos corporales del niño:**

La mayor parte de las madres de los niños de nuestra población reportaron, movimientos corporales extraños y estereotipados en sus hijos.

- RELACIONES OBJETALES.

**Relaciones del niño con objetos que lo rodean:**

La mayor parte de las madres de los niños de nuestra muestra observaron que sus hijos presentan relaciones de objeto inadecuadas.

- PERSEVERANCIA.

**Reacciones del niño ante cambios en el ambiente:**

La mayor parte de las madres de los niños autistas de nuestra muestra, reportaron perseverancia en las conductas de sus hijos.

- ESTIMULACION SENSORIAL.

Reacciones del niño en relación a estímulos Quinestésicos:

La mayor parte de las madres de los niños autistas de nuestra muestra reportaron reacciones adecuadas en sus hijos con respecto a estímulos dolorosos y cambios de temperatura. Sin embargo, también reportaron una tendencia en sus hijos a llevarse objetos inusuales a la boca, así como conductas de acercamiento e indiferencia ante estímulos dolorosos.

- REACTIVIDAD EMOCIONAL.

Reactividad emocional del niño ante situaciones específicas:

La mayor parte de las madres de los niños autistas, afirman que sus hijos presentan reacciones emocionales exageradas e inadecuadas.

- LENGUAJE.

Desarrollo del lenguaje en el niño:

La mayor parte de las madres de los niños, reportaron que sus hijos no presentan lenguaje y, en los casos en que es te está presente, aparecen peculiaridades con respecto al tono, uso de vocabulario, etc.

- ESTIMULACION MOTORA.

La mayor parte de las madres afirmaron que sus hijos -  
presentan una marcada actividad, así como movimientos motores  
estereotipados.

- AREA INTELECTUAL.

Capacidad y habilidades del niño:

La mayor parte de las madres reportaron un bajo rendi-  
miento intelectual en sus hijos así como una falta de desarro-  
llo con respecto a sus habilidades y capacidades intelectua--  
les.

Al finalizar este análisis, es importante mencionar, -  
que el cuestionario a las madres únicamente se utilizó como -  
un accesorio a la prueba objetiva que se les aplicó a los ni-  
ños.

Es decir, este cuestionario se deberá de tomar en cuenta  
exclusivamente como una técnica complementaria a la prueba  
que fue formulada para la presente investigación y no como la  
parte esencial de esta.

Sin embargo, en el análisis realizado a los cuestiona-  
rios de las madres; observamos que gran parte de sus respues-  
tas coinciden con nuestros hallazgos y que ellas reportaron -  
características esenciales del síndrome de autismo infantil -  
en las mismas áreas que nosotras investigamos en la prueba que  
se le aplicó directamente a los niños.

Habiéndose observado corto paralelismo en las 9 áreas, - podríamos concluir diciendo una vez más que el cuestionario a las madres es un elemento complementario importante en el - - diagnóstico del autismo infantil.

Por todos los resultados ya mencionados, observamos que - este instrumento sí logró medir los principales síntomas de - niños previamente diagnosticados con el síndrome de autismo - infantil. Asimismo en el análisis de datos de este estudio - se pudieron presentar todas las combinaciones de síntomas que cada uno de los niños de nuestra muestra presentó.

Es importante mencionar que los resultados de las entre- vistas a las madres también mostraron un corto paralelismo -- con los resultados de las pruebas de los niños.

El objetivo de este trabajo fué la realización de un ing trumento de medición para el síndrome de autismo infantil, -- que logre medir los síntomas principales que presenta esta en tidad patológica, de una manera directa y cuantificable y -- que al mismo tiempo presente las combinaciones de síntomas - que cada uno de los niños sometido a la aplicación de esta - prueba pueda mostrar.

Asimismo el objetivo de este instrumento es el llevar a- cabo el diagnóstico en base a observaciones directas de los -

niños utilizando el cuestionario para las madres de los mismos, como un instrumento complementario a las observaciones.

Por otra parte es importante mencionar que el uso de una medición cuantitativa para el nivel de funcionamiento de los niños autistas que resulte confiable y válida evitará caer en la subjetividad y a su vez promoverá la sistematización del diagnóstico.

Por todo esto consideramos que éste trabajo representa una aportación clínica en el campo de las psicosis infantiles, ya que facilita el trabajo tanto de psiquiatras como de psicólogos encargados de realizar el diagnóstico de este tipo de niños.

Asimismo, consideramos que este instrumento implica una ayuda para los propios niños autistas, ya que al ser diagnosticados tempranamente y de una forma objetiva, se les podrá ofrecer un tratamiento a tiempo y por lo tanto un mejor pronóstico. Sin embargo, resulta importante mencionar que el propósito de esta tesis no fué el crear un diagnóstico diferencial sino únicamente el diseñar un método diagnóstico, por lo que en futuras investigaciones resultaría conveniente aplicar éste instrumento a grupos de niños con diferentes entidades patológicas que se tienden a confundir con autismo infantil, como serían esquizofrenia infantil, retraso mental, niños sordomudos, etc. Con objeto de evaluar si éste instrumen

to discrimina al autismo infantil y logra realizar un diagnós\_ tico diferencial con los principales síndromes con los que se le confunde.

A P E N D I C E

AP. 1

Encuesta a Paidopsiquiatras sobre su Opinión Acerca de una Unificación de Criterios Diagnósticos y la Creación de un Método Objetivo y Cuantificable para el Autismo Infantil.

- 1) Institución:
- 2 Profesión y especialidad:
- 3) Tiempo de experiencia en el trabajo con niños:
- 4) ¿Cuántos criterios conoce para diagnosticar autismo?
- 5) ¿Cuál cree usted que es el criterio más confiable para - realizar un buen diagnóstico del autismo?
- 6) ¿Cuál considera usted que es el criterio más usado actualmente en México? ¿Por qué?
- 7) ¿Qué opina usted de una unificación de criterios para realizar un diagnóstico diferencial de autismo en México?
- 8) Si se llegara a hacer dicha unificación de criterios, ¿que recomendaciones o críticas daría usted para esto?
- 9) Ha diagnosticado usted algún caso de autismo?

SI ( )

NO ( )

¿Cuántos? (más o menos)

- 10) ¿En base a qué criterios?
- 11) ¿Qué dificultades tuvo al utilizar dicho criterio?
- 12) ¿Cómo estableció el diagnóstico diferencial?
- 13) ¿Qué instrumentos utilizó y con qué otros profesionistas trabajó para llegar a dicho diagnóstico?
- 14) ¿Cuál fue el motivo de consulta por el cual llegó y por quién fue referido?
- 15) ¿Cuáles fueron los síntomas principales con que se presentaban los niños?

AP. 2

Encuesta a Paidopsiquiatras para Validar el Instrumento Diseñado.

- 1) En base a los criterios propuestos para el diagnóstico - del autismo infantil por conocidos autores como son: Kanner (1943), Rimland (1964), Mahler (1952), Creak (1960); y tomando en cuenta los criterios diagnósticos actualmente utilizados por las diferentes instituciones de salud mental en la ciudad de México como son: Manual de Clasificación Diagnóstica, Grupo para el Avance de la Psiquiatría, 1981 (GAP); Manual para la Clasificación de los -- Trastornos Mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso de la Organización Mundial de la Salud, IV Versión, 1975 (OMS) y Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1981 (DSM III). ¿Considera usted que esta prueba, representa adecuadamente los criterios mencionados anteriormente?
- 2) ¿Considera usted que el síndrome de autismo infantil, - presenta síntomas que no se incluyen en la presente prueba?
- 3) ¿Considera usted que existen áreas que no son exploradas suficientemente por la prueba?
- 4) ¿ Considera usted que la extensión de la prueba podría -

presentar dificultades prácticas?

- 5) En su opinión, ¿en cuántas sesiones debería aplicarse esta prueba?
- 6) En su opinión, ¿cuáles son las áreas o síntomas más importantes explorados por la prueba?
- 7) ¿Considera usted que podrían eliminarse algunos reactivos de la prueba sin sacrificar su validez?
- 8) ¿Tiene usted alguna sugerencia o comentario acerca de la prueba?

AP. 3

Prueba de los Niños.

1) RELACIONES INTERPERSONALES.

a) Acercamiento con la gente.

Al niño se le llamará por su nombre y con voz fuerte, clara y cálida se le preguntará: "X", ¿cuántos años tienes? - Se efectuarán dos ensayos con diferencia de 10 seg. entre estos. En caso de no haber respuesta, se efectuará un tercer ensayo en el que se le dirá: ven, mira lo que te voy a dar - (mostrándole un juguete apropiado a su edad); el examinador estará a un metro de distancia y se darán 10 segundos.

Ensayo 1 ( )

Ensayo 2 ( )

Ensayo 3 ( )

se aparta ( )

se acerca un poco ( )

toma el objeto ( )

otras \_\_\_\_\_

b) Socialización con otros niños.

Se llevará al niño a un cuarto donde estén jugando otros niños de edad similar cronológicamente a la de él, bien con una pelota o con dados. Se observará la actitud del niño por un periodo de 10 min. (cabe aclarar que a los niños se les pedirá previamente a la entrada del paciente al cuarto de juego, que lo inviten a participar en su juego).

Se medirán las siguientes actitudes:

- habla con los otros niños ( )
- se acerca a ellos ( )
- intenta participar ( )
- su juego es pasivo ( )
- su juego es participativo ( )
- su juego es agresivo ( )
- aislamiento o retraimiento total ( )

Otras \_\_\_\_\_.

c) Respuesta al contacto físico.

Se le dirá al niño: "X", ven, mira lo que tengo para tí, señalándole un dulce, y se medirá:

- se acerca ( )
- toma el dulce ( )
- se retira ( )

En el momento de acercarse por el dulce (independientemente de que este lo tome o no) se intentará hacerle una ca ricia y se observará la respuesta del niño:

- Aceptación ( )
- Evitación ( )
- Rechazo ( )

2) AUTO-OBSERVACION.

- a) Imitación de movimientos corporales.

Se le dirá al niño: fíjate bien lo que yo voy a hacer para que tú hagas lo mismo. El examinador realizará una serie de movimientos corporales que incluyan especialmente pies, cabeza y se medirá:

- imitación ( )
- ignora ( )
- efectúa diferentes movimientos ( )

b) Observación de movimientos corporales espontáneos.

Se pondrá al niño durante cinco minutos frente a un espejo y se observará su reacción.

En este subtest, se describirá la conducta observada puesto que puede ser muy variada en los diferentes casos.

---

---

### 3) RELACIONES OBJETALES.

a) Observación de las reacciones del niño ante una serie de objetos.

Dentro de una cámara de Gesell, se le presentarán al niño 5 juguetes adecuados para su edad. El examinador le demostrará el uso de estos y se observará al niño durante un período de 15 minutos:

- el niño permanece indiferente ( )
- el niño toma un juguete específico ( )
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- el niño utiliza los juguetes según el uso que se le -  
mostró ( )
- el niño les da un uso diferente ( )
- ¿cuál? \_\_\_\_\_

En caso de que muestre apego o preferencia por alguno o varios de los juguetes (independientemente del uso que les de) se le retirará y se observará:

- el niño se muestra agresivo ( )
- el niño acepta la pérdida ( )
- otras \_\_\_\_\_

b) Observación de las reacciones del niño ante un objeto específico.

Se retirarán todos los juguetes anteriores y se le darán: una caja con cubos de colores. Aquí se observará durante cinco minutos la reacción del niño.

- el niño intenta armar algo ( )
- el niño muestra indiferencia ( )
- el niño muestra perseverancia de movimiento( )

#### 4) PERSEVERANCIA.

a) Observación de la reacción del niño ante el aprendi  
zaje de una tarea.

Se le enseñará al niño una tarea sencilla y apropiada para su edad, como por ejemplo: hacer un círculo, cuadrado, - triángulo, etc. y se observará:

- periodos de atención ( )
- capacidad de reproducción ( )
- tiempo de ejecución de la tarea ( )
- reacción emocional acompañada tanto en el periodo de aprendizaje, como en el de ejecución: \_\_\_\_\_

5) ESTIMULACION SENSORIAL.

a) Reacción del niño ante estímulos auditivos.

Se le pondrá al niño una grabación con estímulos auditivos y cotidianos como por ejemplo: teléfono, ruidos de animales domésticos, instrumentos musicales, etc. y se medirá si existe o no reacción ante estos así como el tipo de reacción:

- el niño se tapa sus oídos ( )
- , el niño se aleja del sonido ( )
- el niño ignora el sonido ( )
- el niño se acerca al sonido ( )
- el niño reconoce el sonido ( )
- el niño demuestra agrado ante el sonido ( )

b) Reacción del niño ante estímulos visuales.

Se le presentan al niño estímulos visuales; láminas con objetos familiares como son: frutas, animales, prendas de vestir, etc. y se le mostrarán estas una a una, observando su tipo de reacción (la examinadora le dirá: mira lo que te estoy enseñando). Se medirá la reacción del niño:

- el niño se tapa los ojos ó los cierra ( )
- el niño ignora la lámina ( )
- el niño se acerca a la lámina ( )
- el niño reconoce espontáneamente el estímulo presentado ( )
- el niño muestra agrado por la lámina ( )

Después de haberle presentado el estímulo visual se le - preguntará al niño sobre el color, forma, uso, material, etc. del objeto que se le acaba de mostrar.

6) REACTIVIDAD EMOCIONAL.

- a) Reacciones del niño ante estímulos aversivos.

Se intentará medir la reactividad del niño ante estímulos tales como: oscuridad y fuego (cabe mencionar que estos no serán nocivos).

Se medirá su reacción emocional:

- llora ( )
- se ríe ( )
- ignora ( )
- reacción agresiva ( )
- se acerca al estímulo sin medir su peligro ( )

7) LENGUAJE.

- a) Respuestas verbales del niño ante objetos familiares.

Se le mostrarán al niño una serie de láminas con ob

jetos conocidos o familiares para que el niño nombre lo que ve en cada lámina. Se observará:

- si dice las palabras completas o solo un fragmento o fragmento de estas.

completas ( )                      fragmentos ( )

- no logra mencionar los nombres de los objetos ( )
- el niño menciona algunos de los 10 objetos ( )  
¿cuántos? \_\_\_\_\_
- el niño nombra correctamente los 10 objetos ( )

b) Estructuración, sintaxis, vocabulario y entonación - de su lenguaje.

Se le relatará un cuento sencillo al niño que se ilustrará en varios dibujos y después se le formularán preguntas concretas sobre el cuento que se le relató.

- logra mencionar adecuadamente los nombres de los diferentes objetos que aparecen en las láminas

SI ( )                      NO ( )

¿cuántos? \_\_\_\_\_

- uso apropiado de reglas e inflexiones gramaticales (incluyendo: pronombres, verbos, adjetivos, y adverbios) ( )

Cabe aclararse que en el uso específico de los pronombres se hará hincapié en el uso del pronombre "yo" con preguntas - como:

- ¿quién de ustedes de llama "X" (dar el nombre del niño

- ¿quién tiene un pantalón de color "x"? (su color de pantalón)
- ¿quién vive en "x"? (domicilio del niño)

Durante la aplicación de este subtest se observará si el niño utiliza algún tono específico o extraño en sus relatos:

SI ( ) NO ( )

- ¿cómo es este? \_\_\_\_\_
- ¿en qué ocasiones se realiza? \_\_\_\_\_
- otras \_\_\_\_\_

8) ESTIMULACION MOTORA.

a) Reacciones motoras específicas del niño.

Se medirán movimientos especiales como son:

- balanceo ( )
- movimientos continuos de cabeza ( )
- brincar y saltar ( )
- agitación global corporal ( )
- agitación de algún miembro específico ( )
- ¿cuál? \_\_\_\_\_
- dar vueltas ( )
- gestos faciales ( )
- ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- formas extrañas de caminar ( )
- repetición constante de algún movimiento ( )
- extremo placer en los movimientos que realiza ( )
- ¿cuáles? \_\_\_\_\_

9) AREA INTELLECTUAL.

a) Habilidades específicas en el niño; esto se medirá a través de su capacidad en cuanto a:

- cálculo: se le pondrán operaciones numéricas correspondientes a su edad.
- rompecabezas y crucigramas.
- memoria auditiva inmediata; listas de nombres, fechas, etc. por repetir.
- habilidades mecánicas especiales.
- lecto-escritura

AP. 4

Cuestionario a las Madres.

1) RELACIONES INTERPERSONALES.

a) Respuestas del niño a su temprana edad.

- Antes de los 30 meses, es decir, cuando el niño era bebé:

¿ le dió pecho?      SI ( )      NO ( )

¿ lo aceptó?      ( )

¿ lo rechazó?      ( )

- ¿ A qué edad se le empezó a dar alimentación artificial?

\_\_\_\_\_

¿ la aceptó?      ( )

¿ la rechazó?      ( )

otras \_\_\_\_\_

- Al tomarlo en brazos, el niño se acomodaba?

SI ( )      NO ( )

- ¿Cuál era su reacción al ser tomado en brazos?

lloraba      ( )

sonrería      ( )

ignoraba      ( )

otras \_\_\_\_\_

- ¿Cuál era la reacción del niño al ser depositado en su cuna?

lloraba      ( )

sonreía ( )

ignoraba ( )

otras \_\_\_\_\_

- Antes de ser tomado en brazos, presentaba movimientos anticipatorios?

SI ( )

NO ( )

- ¿Cómo era la reacción del niño ante caricias y besos?

los rechazaba ( )

los aceptaba ( )

los ignoraba ( )

respondía con algún movimiento ( ) ¿Cuál era éste?

---

## 2) AUTOEXAMINACION.

- a) Movimientos corporales del niño.

Se le preguntará a la madre:

- ¿Ha observado usted alguna conducta extraña o que a su juicio sea rara en su hijo en relación con alguna parte de su cuerpo?

SI ( )

NO ( )

¿de qué tipo es esta? \_\_\_\_\_

## 3) RELACIONES OBJETALES.

- a) Relaciones del niño con los objetos que lo rodean.

- ¿El niño hace colecciones de objetos o cosas?

SI ( )

NO ( )

- ¿De qué objetos ha hecho, o hace colecciones? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Cómo reacciona cuando pierde uno o varios objetos?  
\_\_\_\_\_

- ¿Forma líneas y arreglos diversos con todo tipo de ob-  
jetos?

SI ( )

NO ( )

- ¿Examina los objetos comunes de manera extraña, ya sea  
dándole vueltas, rascándolos, acercándolos y alejándo-  
los de sus ojos?

SI ( )

NO ( )

- ¿Muestra gran apego por un objeto específico al grado  
de llegar a hacer un berrinche o mostrar enojo si lle-  
ga a perderlo?

SI ( )

NO ( )

- ¿Cuál es la reacción del niño si esto sucede:

Indiferencia ( )

aceptación ( )

enojo ( )

otras: \_\_\_\_\_

- ¿ El niño utiliza sus juguetes para su función real?

SI ( )

NO ( )

¿Qué uso les da? \_\_\_\_\_

4) PERSEVERANCIA.

a) Reacciones del niño ante cambios en el ambiente.

- ¿Ha observado usted algún tipo de reacción que a su juicio sea exagerada por parte del niño cuando se realizan cambios en la rutina o en lo que el niño está acostumbrado?

SI ( )

NO ( )

¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

(En esta pregunta se le podrán decir ejemplos como: cambios en el orden de los muebles, cortinas, objetos decorativos, etc.).

- ¿El niño se niega a dormir en otra cama que no sea la de él?

SI ( )

NO ( )

- ¿El niño se niega a quedarse con personas diferentes a las que siempre se hacen cargo de él?

SI ( )

NO ( )

- ¿El niño se niega a utilizar algún objeto nuevo?

SI ( )

NO ( )

- ¿Alguna vez ha intentado usted enseñarle alguna tarea a su hijo?

SI ( )

NO ( )

¿Qué tipo de tarea? \_\_\_\_\_

- ¿Cuál fué la reacción del niño?

rechazo ( )

aceptación ( )

indiferencia ( )

otras: \_\_\_\_\_

- ¿En cuánto tiempo aprendió la tarea? \_\_\_\_\_

5) ESTIMULACION SENSORIAL.

a) Reacciones del niño en relación a estímulos Quinestésicos.

- ¿Cómo reacciona el niño ante algún estímulo doloroso; por ejemplo, cuando se cae y se pega, cuando alguien le pega, si lo inyectan, etc.?

el niño agrede ( )

el niño rechaza ( )

el niño se muestra indiferente ( )

el niño lo acepta ( )

el niño muestra placer ( )

- ¿Cómo reacciona ante los cambios de temperatura?

cuando hace calor: \_\_\_\_\_

cuando hace frío: \_\_\_\_\_

- ¿Se lleva objetos inusuales a la boca?

SI ( ) NO ( )

¿cuáles? \_\_\_\_\_

- ¿Cuál es la reacción del niño ante estímulos peligrosos?

acercamiento ( )

alejamiento ( )

indiferencia ( )

- ¿Siente usted que se ve atraído por estos?

SI ( ) NO ( )

6) REACTIVIDAD EMOCIONAL.

a) Reacciones emocionales del niño ante situaciones específicas.

- ¿Ha observado en el niño reacciones violentas de enojo o llanto debido a:

cambios en la rutina ( )

miedo especial difícil de comprender ( )

interferencia necesaria de otras personas ( )

a una razón que no se comprende ( )

otras: \_\_\_\_\_

- ¿Cómo son estas reacciones?

llanto inconsolable ( )

berrinches acompañados por pataletas o gritos ( )

conductas agresivas como morder, pegar o romper ( )

- ¿Cómo se tranquiliza el niño?

hablando con él ( )

acariciándolo ( )

prestándole algún estímulo estretenido ( )

solo, espontáneamente ( )

otras: \_\_\_\_\_

- ¿Ha observado en el niño periodos de risa sin razón aparente?

¿ante qué situaciones? \_\_\_\_\_

¿cuánto duran? \_\_\_\_\_

- Ante una situación que revele un peligro real, ¿el niño presenta sentimientos de miedo?

SI ( )

NO ( )

- Ante situaciones realmente peligrosas se atemoriza?

- 
- ¿Cómo manifiesta su temor?

llanto ( )

berrinche ( )

conductas agresivas ( ) ¿cuáles? \_\_\_\_\_

búsqueda de protección ( ) ¿cómo? \_\_\_\_\_

## 7) LENGUAJE.

- a) Desarrollo del lenguaje en el niño.

- ¿A qué edad comenzó a balbucear? \_\_\_\_\_

- ¿A qué edad comenzó a decir las primeras palabras? \_\_\_\_\_

- ¿A qué edad comenzó a estructurar frases? \_\_\_\_\_

- El lenguaje fue en aumento o en disminución \_\_\_\_\_

- ¿Nota alguna peculiaridad o deficiencia en el lenguaje de su hijo? \_\_\_\_\_

¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

tono ( )

ecolalia ( )

pronunciación ( )

uso de vocabulario ( )

estructuración ( )

8) ESTIMULACION MOTORA.

a) Hábitos motores del niño.

- Usted considera que su niño es:

pasivo (tranquilo) ( )

promedio ( )

hiperactivo ( )

- ¿A qué hora presenta mayor actividad el niño? \_\_\_\_\_

- ¿A qué hora se duerme? \_\_\_\_\_

- ¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_

- ¿Duerme durante el día? SI ( ) NO ( )

- Hábitos nocturnos:

despertarse durante la noche sin razón aparente ( )

terrores nocturnos ( )

realizar actividades cuando se despierta durante  
la noche ( )

- ¿El niño puede permanecer inmóvil por largos periodos  
de tiempo? SI ( ) NO ( )

- ¿Ha observado usted algún movimiento especial en su  
hijo como:

balanceo ( )

movimientos continuos de cabeza ( )

brincar y saltar constantemente ( )

torcerse, agitarse él o miembros  
de su cuerpo ( )

dar vueltas ( )

gestos faciales ( )

- formas extrañas de caminar ( )  
movimientos extraños de las manos y piernas ( )  
repetición constante de movimientos ( )  
extremo placer en estos movimientos ( )  
¿Ante qué situaciones los realiza? \_\_\_\_\_

9) AREA INTELECTUAL.

a) Capacidades y habilidades del niño:

- ¿A qué edad comenzó a caminar? \_\_\_\_\_
- ¿Qué deportes o juegos se le facilitan más? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Qué deportes o juegos se le dificultan más? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- El niño reconoce letras asociando sonido-símbolo  
(fonema-grafema) SI ( ) NO ( )
- El niño lee:  
sílabas ( )  
palabras ( )  
frases ( )  
párrafos ( )
- ¿El niño asocia símbolo-cantidad? SI ( ) NO ( )
- ¿Qué operaciones numéricas realiza?  
suma ( ) multiplicación ( )  
resta ( ) división ( )

- El niño logra retener y recordar:

palabras	( )	fechas	( )
números	( )	nombres	( )
canciones	( )	sucesos extraños	( )
frases	( )	etc...	

10) AUTOCUIDADO,

- ¿El niño se baña solo? SI ( ) NO ( )
  - ¿El niño se viste solo? SI ( ) NO ( )
  - ¿Come solo? SI ( ) NO ( )
  - ¿Realiza sus tareas solo? SI ( ) NO ( )
  - ¿A qué edad hubo control de esfínteres? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué otras tareas es capaz de realizar solo? \_\_\_\_\_
-

BIBLIOGRAFIA.

- Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Madrid, Toray Masson, 1980.
- Alpern, D.G. "Measurement of Untestable Autistic Children". Journal of Abnormal Psychology. Vol. 72, No. 6, 1967. p.p. 478-486.
- Betelheim, B. La Fortaleza Vacfa. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo. España, Ed. Laia Psiquiatría, 1981.
- Capute, J.A., Derivan, T.A., Chauvel, J.P., Rodríguez, A. "Infantile autism: a prospective study of the diagnosis development". Medical Child Neurology. Vol. 17, 1975. p.p. 58-62.
- Coleman, J.C., Butcher, J.N., Carson, R.C. Abnormal Psychology and Modern Life. U.S.A., Scott Foresman and Company, 1980.
- Douglas, J.V., Sanders, A.F. "A pilot study of Rimlands diagnostic check list with autistic and mentally retarded children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 9, 1968. p.p. 105-109.
- Fish, B., Ritvo, E.R. Childhood Psychosis.

- Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J. Compendio de Psiquiatría. Barcelona, España, Ed. Salvat, 1980.
- Freeman, B.J., Ritvo, E.R., Schroth, P.C. y col. "Behavioral Characteristics of high and low I.Q. autistic children". American Journal of Psychiatry. Vol. 138, No. 1, 1981, p.p. 25-29.
- Furneaux, B., Roberts, B. Autistic Children Teaching, Community and Research Approches. London, Routle and Kegan Paul, 1977.
- Garfield, E. "Autism: few answers for a baffling disease". Current Comments. No. 7, Feb. 1982. p.p. 5-15.
- Goldsberg, H. Abnormal Psychology. A Social Community Approach. California, U.S.A., Brooks Cloe Publishing Company, 1977.
- Kolvin, I. "Studies in the childhood psychosis: I. Diagnostic criteria and Classification". British Journal of Psychiatric, Vol. 118, 1971 . p.p.381-384.
- Masters, C.J., Miller, E.D. "Early Infantile Autism: a methodological critique". Journal of Abnormal Psychology. Vol. 75, No. 3, 1970. p.p. 342-343.
- Mussen, H.P., Conger, J.J., Kagan, J. Desarrollo de la Personalidad del Niño. Ed. Trillas. México, 1979.

- Kaplan, H.J., Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Text Book of Psychiatry. Baltimore, U.S.A., Ed. Williams an Wilkins 1981.
  
- Prior, M., Bence, R. "A note on the validity of the Rimland diagnostic check list". Victoria, Australia. p.p. 510-513.
  
- Ward, J.A., "Early Infantile Autism: diagnosis, etiology and treatment". Psychological Bulletin. Vol. 73, No. 5, 1970. p.p. 350-362.