

126668



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**



**Aplicación de Técnicas de Modificación de  
Conducta para la Implementación del  
Lenguaje Funcional en un Niño Autista.**

001  
31921  
M3  
1990-5

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A

BEATRIZ E. MATURINO GONZALEZ

IZTACALA, EDO. DE MEX.

1990

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

A mi PADRE:

Que gracias a su amor,  
comprensión y apoyo he ido logrando  
cada uno de mis objetivos.

A mi MADRE (+):

Que desde el cielo con  
su bendición...  
A su recuerdo.

A JUAN:

Que en los últimos y primeros  
momentos de esta etapa de mi vida, con  
su amor, apoyo, paciencia, comprensión  
y por su infinita fe en Dios  
Para seguir adelante.

A mis HERMANOS:

Por su cariño, compañerismo  
y apoyo en todo lo que quiero.

A ROSY:

Por su asesoría, apoyo y ayuda en cada momento de este trabajo realizado.

A mis NINOS:

Que por su pequeño mundo en el que viven, trazando un gran camino para seguir adelante.

A mi ESCUELA:

Que gracias a ella no tendría lo que tengo.

A

Con el cariño y apoyo de tu amistad.

I N D I C E

**IZT. 1001145**

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I .....	8
Concepto de Autismo .....	8
Características .....	19
Etiología del Autismo .....	38
El Lenguaje dentro del Autismo .....	59
 CAPITULO II .....	 80
Tipos de Tratamiento .....	80
A) Psicoanalítico .....	80
B) Cognitivo .....	89
C) Farmacológico .....	98
D) Conductual (Técnicas de Modificación de Conduc- ta). .....	105
 CAPITULO III .....	 122
Programa de Modificación de Conducta .....	122
Método (Sujeto, Situación, Material, etc.) .....	122
Procedimiento .....	126
 RESULTADOS .....	 139
 DISCUSION .....	 151
 BIBLIOGRAFIA .....	 157

## I N T R O D U C C I O N

El trabajo que se realizó en esta tesis abarca - el tema de autismo siendo este clasificado como síndrome, el cual no ha tenido una definición muy clara y tampoco se conocen sus causas.

En la parte teórica de este trabajo se desarrollarán varios puntos para dar una información más amplia sobre el tema, refiriéndonos al concepto, las características, la etiología y el lenguaje dentro del autismo. También hablaremos de los diferentes tratamientos que se utilizan para la rehabilitación en el aspecto emocional y conductual del niño autista.

1 Existen formas en el desarrollo mental y físico de los niños, dando como resultado deficiencias conductuales -- dentro del autismo como apariencia normal y algunas habilidades e inhabilidades en su conducta.

2 Por eso se dice que cada niño autista presenta una personalidad propia, que determina la forma en que reacciona ante su desventaja para convertirse en un sujeto único con sus propias características particulares.

Cuando se escribe sobre los niños autistas uno de

los problemas mayores es que la causa, o las causas del autismo en los niños son todavía desconocidas y no existen --- pruebas específicas que den un diagnóstico, pues la única -- forma de realizarlo es por medio de varios estudios detallados con respecto a la salud física y comportamiento del niño desde su nacimiento hasta el momento de que se examina. Realizando investigaciones de tipo médico, bioquímico, psicológico y pedagógico, apoyadas por historias familiares (clínicas).

En los últimos años, Kanner denomina al autismo como "autismo infantil precoz" por sus condiciones patológicas presentándose en una etapa temprana de su desarrollo. Literalmente, autismo significa "vivir en función de sí mismo", ya que para el observador, el niño autista parece como un -- ser egocéntrico, puesto que es escasa su respuesta al mundo externo y el pequeño se encuentra en un estado que tiene muy poca conciencia de "sí mismo".

El profesor Kanner sugirió el nombre de "autismo - infantil precoz" porque creyó que el alejamiento y el retraimiento social demostrado en los primeros años eran características de mayor importancia.

Dentro de la psiquiatría la palabra "autismo", se define como un "encierro en sí mismo", con la que se denomi-

dep. cond  
7

disc. psiquiatría

naba a los pacientes que se aislaban o se absorbían en sí mismos.

Algunos investigadores se refieren a este estado como "esquizofrenia infantil" o se generalizaba como "psicosis infantil" pero se diferenciaron con las investigaciones realizadas por Makita (1974) y Rimland (1964) con el autismo.

*descripción*  
El profesor Kanner, en 1943, fue la primera persona que describió a estos niños como un grupo especial. Desde entonces ha crecido firmemente el interés por ellos. Se han propuesto muchas teorías distintas sobre las causas estudiándose con más detalle su conducta real. En estas investigaciones se trabajó tanto con los padres como con el niño para tener un mejor resultado para clasificarlo independientemente de los pacientes esquizofrénicos y psicóticos, dando particularmente a estos sus propias características entre las que están: Aparición antes de los 30 meses de edad; presencia de conductas estereotipadas y antisociales, apariencia física normal; disturbios perceptuales, motrices y de lenguaje, y dándose Estas más en niños que en niñas.

De todas Estas, hay una muy importante para la comunicación del niño autista con las demás personas, y es el lenguaje que dentro de este síndrome se presenta como un disturbio desarrollando diferentes anomalías como: La ecolalia (repetición de palabras o frases escuchadas en un tiempo --



transcurrido); el mutismo (cuando el niño no emite ningún tipo de sonido); y la distorsión de lenguaje (el niño habla en segunda o tercera persona, refiriéndose a él).

Estas se presentan en el niño autista sin tener un desarrollo normal, ya que éstas se dan en los niños normales entre los 2 y 5 años de edad, pues tiende a imitar lo que ven y escuchan de su medio que los rodea.

Ahora bien, el lenguaje debe tener funcionalidad para tener una mejor comunicación con los demás y ésta se da por medio de diversas áreas, que van desde nombrar objetos hasta tener una conversación.

Esta funcionalidad también se aplica a los programas de lenguaje para los niños autistas cuando presentan distorsión de éste. Para realizar un programa para la rehabilitación del niño es necesario investigar qué tipo de tratamiento es el mejor y más rápido. Para esto existen varios tipos como son: El Psicoanalítico, el Cognoscitívismo, el Farmacológico y el Conductismo (técnicas de modificación de conducta). En cada uno de estos tratamientos se aplican diferentes programas para la rehabilitación del niño autista.

*tratamiento* El Psicoanálisis se basa en las diferentes etapas de desarrollo del niño en lo que se refiere a su pensamiento,

como a sus sueños, actos, emociones y personalidad, abarcando su consciente e inconsciente, dando un análisis psicológico del niño mediante el juego o actividades proyectivas con diferentes objetos naturales y artificiales (arena, agua, palitos de madera, pasta para modelar, etc.).

El tratamiento Cognitivo, se basa por lo general - en la aplicación de pruebas y programas psicopedagógicos para la integración del niño autista al ambiente educativo, a actividades de socialización como cantos y juegos, salidas con el grupo a paseos, excursiones y reuniones. Por lo general este tratamiento se basa en la teoría de aprendizaje social, ya que el niño autista aparte de tener problemas de socialización, no entiende lo que se refiere a reglas y no retiene información de ciertas situaciones, por lo tanto se -- tiene que adaptar el programa que se aplique en forma individual y grupal. Se utilizan pruebas psicológicas y pedagógicas y también se combina con algunas técnicas de modificación de conducta, utilizándose este tipo de tratamiento en - escuelas y centros de educación especial.

Dentro del tratamiento de Farmacología, se trata - de modificar la conducta del niño autista por medio de fármacos estableciendo un control médico bajo ciertas condiciones, utilizando diversas drogas o estimulantes ya sea para disminuir las conductas problema o activar las más importantes pa

ra el niño autista, como el lenguaje y la socialización. -- Por lo general éste se integra a otros tipos de tratamientos para tener un mejor resultado en la rehabilitación emocional y conductual del niño.

Ahora bien, en el Análisis Conductual Aplicado que es un proceso de cambios psicológicos en el aprendizaje a -- partir de la aplicación de un reforzamiento. Aquí se encuentran las técnicas de modificación de conducta, que se utilizan en diversos ambientes como el educativo, educación especial, industrial, instituciones, clínicas, hospitales, trabajo familiar e individual. Con este tipo de tratamiento se ha obtenido mejores resultados y a corto plazo en los diversos casos de educación especial. Rutter (1971), menciona -- que con los niños autistas por lo general se trabaja con las técnicas de Modelamiento, Moldeamiento e Imitación para los problemas de socialización, lenguaje y dentro del salón de -- clases.

Dentro del lenguaje se utilizan por lo general la técnica de imitación, ya que los niños autistas tienden a -- imitar más que los otros niños, siendo así más fácil de obtener este repertorio como se muestra en el trabajo de Lovaas (1966), realizando un programa sobre la adquisición de lenguaje imitativo por medio de reforzamiento, el de Risley y -- Wolf (1964), implementando el lenguaje funcional por medio -- de la imitación. También trabajando sobre la eliminación de

la ecolalia como el de Carr (1974), y el de Lovaas (1977), - así como los de Kozloff (1978) y (1981) sobre un programa de lenguaje funcional para niños autistas.

Basado en este tipo de trabajos el objetivo de esta tesis es la Implementación de Lenguaje Funcional en un niño con características autistas a través de las técnicas de modificación de conducta.

## C A P I T U L O I

Dentro de este capítulo mencionaremos aspectos del autismo como son; el concepto, las características, etiología y características de su lenguaje analizado por diferentes autores, con el fin de informarse más acerca del tema.

### CONCEPTO DE AUTISMO

( A lo largo de la historia han surgido varios nombres para definir el autismo y por lo tanto se presentan problemas para especificarlo ya que muchos autores lo describen de diferentes maneras.)

La palabra autismo viene del griego "Autos" que -- significa "mismo", y se utilizó por primera vez en el campo de la psiquiatría y para denominar el aislamiento y la absorción de los pacientes psicóticos referidos como "un encierro en sí mismo" donde los pacientes trataban de no tener una interacción o estimulación social.

La definición de autismo deberá tener un significado y una explicación clara para que sea entendido. Para Kanner (1943), lo denominó como síndrome que se compone por varios síntomas o características que lo define en forma particular, y utiliza el término "Autismo Infantil Precoz".

→ Literalmente (el autismo se define como "una función de vivir en sí mismo". Para un observador el niño autista parece como un ser egocéntrico, ya que su respuesta al mundo externo es escasa, pues el niño se encuentra en un estado de poca conciencia de "sí mismo".)

(Algunos investigadores como Marita (1966), y Rutter (1969), se refieren a este estado como "esquizofrenia infantil" porque se creía que era un antecedente para los pacientes esquizofrénicos adultos. Michel (1976), lo identifica como un síndrome desarrollado en los niños que tienen disturbios en el habla y en la conducta que se acompaña por la esquizofrenia y la psicosis.)

El término fue inicialmente utilizado como un adjetivo por Bluere (1906), para describir los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, caracterizada por pensamientos -- desorganizados por referidos a uno mismo con ausencia de la realidad. Y también hizo referencia a la esquizofrenia como una severa enfermedad mental - del área de las psicosis - caracterizada por alteraciones de todas las funciones de la -- personalidad más notablemente del pensamiento, la afectividad y la conducta.

De acuerdo con la distribución de los síntomas, la edad de comienzo, el curso y el pronóstico, se distinguen --

clásicamente cuatro formas denominadas: esquizofrenia hebefrénica, simple, paranoide y catatónica.

Las dos primeras formas son de aparición generalmente temprana (adolescencia y primera juventud), las dos últimas más tardías. La forma hebefrénica en su precoz presentación, su evolución es lenta en los síntomas y en su psicopatología (trastornos de pensamiento y del lenguaje) su afectividad es insuficiente (conducta absurda y extravagante). La simple se caracteriza fundamentalmente por un progresivo empobrecimiento de toda la actividad psíquica del joven sin la presencia de síntomas típicos psicóticos: alucinaciones, delirios, conductas anormales, etc., y domina el cuadro una inafectividad, indiferencia, apatía e insipidez.

De Myer (1982), afirma que el término de autismo, es de uso inconsistente y cae dentro del marco de Psicosis Infantil siendo un análogo de esquizofrenia infantil. Este término se ha ido emparejando con el de autismo, aunque las características de cada uno de estos son diferentes tomando en cuenta su etiología, definición y anomalías.

Prosiguiendo con la conceptualización del autismo, \*Kanner retoma el término para describir las características sintomatológica en la taxonomía psiquiátrica, entre los criterios más destacables que señala con: 1) Incapacidad para

mantener relaciones interpersonales; 2) Deseo obsesivo de -- preservar igualdad del ambiente; 3) Relación hábil con los -- objetos; 4) Fisonomía inteligente y pensativa; 5) Retraso en el lenguaje y utilización no comunicativa del mismo.]

→ Posteriormente (1955) se reduce a dos criterios -- esenciales del autismo; 1) Extremado aislamiento, y 2) Insistencia a la invarianza estimular del entorno. Luego en 1978, señala que el autismo es un síndrome que no se había estudiado dentro de la psiquiatría. Aunque su primer estudio se basó en el relato de los padres de la conducta de su hijo, y fue así como una inhabilidad para relacionarse adecuadamente consigo mismo, con otras personas y situaciones, desde el -- inicio de su vida. El señala como un rasgo sobresaliente algunas características:

- Mantener (1978, cit. Mulvaney)*
- 1) Dificultad para desarrollar relaciones con la gente desde su nacimiento.
  - 2) Alteraciones graves del lenguaje verbal, uso -- no comunicativo de la palabra, ecolalia diferida, mutismo, e inversión del lenguaje.
  - 3) Juegos repetitivos y estereotipados.
  - 4) Tendencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios.
  - 5) Ausencia de Imaginación.
- Describe las características esenciales del S. autista*
- Co. act. 17. 1978*
- 1978*



6) Facilidad de Memorización.

7) Apariencia física normal.

Características conductuales:

Las conductas que con mayor frecuencia se presentan son: (1) El no desarrollo de conducta verbal, (2) Retraso del lenguaje y (3) Conductas ritualistas. Se pueden presentar otras conductas como son; atención fugaz, auto-agresión y retraso del control fecal, teniendo éstas su presencia desde antes de los 30 meses de edad. → *carac. del autismo T. Conductual*

En esta edad el niño se distingue de los niños normales, ya que los padres se dan cuenta de la presentación de conductas anormales en el niño.

Algunos autistas desarrollan conductas en los primeros meses de vida y es por eso que los padres notan la diferencia a las de los niños normales, por ejemplo hay niños que gritan mucho y lloran durante todo el día especialmente cuando se despiertan y por lo general no se calman con nada, sólo paseándolos en sus carritos o arrullándolos. Otros pueden mostrar rigidez o dificultad para levantarlos o para bañarlos y/o cambiarlos, otros pueden pasar el tiempo frotando el mismo lugar, o también puede ejecutar conductas autodestructivas como es el de pegarse en alguna parte de su cuerpo.

*Carac conductuales*

A partir de las observaciones y conclusiones de -- Kanner surgen las diferencias de autismo y esquizofrenia infantil dando una patología diferente, en cuanto a las características físicas y conductuales.

Rozental (1983), habla sobre el concepto del autismo, mencionando que este tiene un valor nosológico (rama de la medicina que estudia las diferentes enfermedades) y observándose que la esquizofrenia infantil tiene una evolución -- más progresiva en cuanto al estado psíquico.

Ahora veremos la diferencia entre Autismo y Esquizofrenia Infantil:

#### AUTISMO

- Se presenta desde el nacimiento.
- Hay buena salud y apariencia física normal.
- E.E.G. normal.
- No hay adaptación ambiental.
- No hay integración social.
- No hay alucinaciones, ni delirios.
- Existe un alto nivel de destreza motora.
- Hay perturbaciones del lenguaje (inversión de pronombre, ecolalia y mutismo).
- No hay orientación, ni interés.
- No es condicionable.

- No hay incidencia de Psicosis familiar.

#### ESQUIZOFRENIA INFANTIL.

- No hay desarrollo temprano.
- Es enfermizo y es de apariencia débil.
- E.E.G. normal.
- Hay adaptación ambiental.
- Dependencia del adulto.
- Variabilidad del estado de ánimo.
- Alucinaciones y delirios.
- Desarrollo del lenguaje (normal y anormal).
- Movimientos extraños.
- Es desorientado y confuso.
- Es fácilmente condicionable.
- Existe alta incidencia de Psicosis familiar.

Como observamos, la esquizofrenia y el autismo han sido síndromes específicos que abarcan una variedad de particularidades que caracterizan a cada uno de ellos.

Ahora bien, Rutter (1972), menciona que los antecedentes del autismo, a diferencia de la esquizofrenia son:

- Estudios familiares (antecedentes) por medio de estudios médicos y entrevistas.
- Inicio a la edad de los 30 meses.

- Sintomatología (enfermedades) análisis e historia clínica.
- Curso y evolución de su desarrollo (lenguaje y ambientación).

Otras características más específicas del autismo son descritas por Makita (1974):

1. Se presenta más en niños que en niñas.
2. No hay relación de esquizofrenia o psicosis -- con padres.
3. El autismo se presenta con nivel de clase alta.
4. Su desarrollo es tranquilo y no alucinan.
5. Su inteligencia es normal o con poco retardo.

El esquema de contraste del autismo y de esquizofrenia más completo y actual es el de Polaino (1982), que se presenta a continuación:

CRITERIOS	AUTISMO	ESQUIZOFRENIA
1. Edad inicial:	antes de los 30 meses.	En la infancia es tardía y frecuente en la adolescencia.
2. Incidencia:	2/ 10.000 n.	8/ 10,000 n.
3. Antecedentes personales y familiares de enfermedades:	Puede haber antecedentes familiares maternos psiquiátricos.	Puede haber antecedentes familiares - psiquiátricos y <u>per</u> sonales de tipo orgánicos. Sí hay psicosis.

4. Alteraciones sensoperceptivas:	Padecimientos de sistemas - receptivos.	Alucinaciones.
5. Alteraciones del <u>pensamiento</u> .	Muy difícil de explorar.	Las propias de la - esquizofrenia.
6. Alteraciones afectivas.	No hay conductas de apego. Aislamiento. No <u>relaciones interpersonales</u> : Ausencia de <u>interacción social</u> .	Variables e irregulares, pero se conservan siempre las <u>relaciones interpersonales</u> . Conducta de apego.
7. Alteraciones de lenguaje.	Siempre presentes y graves, <u>desarrollo está alterado</u> .	Variables y menos - graves y frecuentes.
8. Alteraciones de memoria.	Habilidades especiales para ciertas retenciones.	Variables.
9. Alteraciones de sueño.	Infrecuentes.	Frecuentes.
10. Habilidades y destreza motora.	Extrañas e irregulares. <u>Versatilidad</u> . No hay homogeneidad.	Sin sentido y pobres si hay homogeneidad. Comparación.
11. Tolerancia a la Variabilidad.	Pésima.	Buena.
12. E.E.G.	Variable al comienzo del cuadro. Alteraciones	Variable. Nada específico puede asociarse a alteracio-

	<i>muy evidentes -- cuando se presenta la adolescencia.</i>	<i>nes epilépticas, -- aunque es poco frecuente.</i>
13. Pronóstico.	Sombrío.	Relativamente optimista.
14. Respuesta a los psicofármacos.	Mediana; empleo sintomático, más bien que global.	Bueno.
15. Respuesta a la terapia de comportamiento.	Buena aunque gradual lenta y progresiva. Aprendizaje fácil a la extinción y difícil a la adquisición. Importancia de los padres como coterapeuta en el programa de modificación de conducta.	Puede emplearse después de usar psicofármacos o asociada a ellos para el tratamiento de síntomas residuales. Es estrictamente esquizofrénicos y resistentes a los fármacos.

Así como se mencionan los puntos más importantes dentro del concepto del autismo dando sus características -- esenciales para dar su definición y la diferencia con la esquizofrenia de acuerdo con los diferentes autores, vemos que el niño autista tiene su propia personalidad determinando diferentes reacciones ante sus desventajas que lo caracterizan como un sujeto único, teniendo habilidades e inhabilidades -- para desarrollar ciertas conductas.

Por lo tanto el autismo se define de acuerdo a varios puntos de sus rasgos conductuales como un síndrome que

presenta el niño durante su primera infancia.

1 y (para esto en la última década, se ha aumentado - la forma de trabajo para obtener una mejor información sobre el autismo pero para esto se han realizado estudios e investigaciones acerca de las características de este síndrome,) - del que hablaremos en el siguiente apartado con los puntos - de vista de varios autores.

#### ANALISIS CRITICO:

Como vemos el autismo es un concepto muy diferente a la esquizofrenia y a la psicosis, ya que éste no se ha definido completamente y no se ha encontrado la causa, puesto que se han dado varias teorías de acuerdo a sus características físicas y conductuales.

Además, el autismo se refiere a los pacientes que se encierran "en sí mismos", aislándose del mundo exterior - evitando las relaciones sociales.

Dentro del trabajo de investigación de esta tesis, el niño no era clasificado como autista, sino con características de este síndrome, ya que su apariencia física es normal pero con problemas de lenguaje y socialización.

Cuando no se tiene una definición clara acerca del

autismo, se crean problemas, en lo que se refiere a la clasi  
ficación del síndrome con fines terapéuticos, ya que ésta no  
es bien definida, pues se puede confundir con otro tipo de -  
problema dándose un criterio muy ambiguo, por lo tanto, se -  
tendrá que dar una definición en cuanto a las característi-  
cas físicas y conductuales del síndrome para realizar un tra  
tamiento más específico.

#### CARACTERISTICAS

( Dentro de este punto se analizarán estudios reali- 1700  
zados por diferentes autores para describir las característi-  
cas del autismo, entre estos Rutter y Ritvo (1968), manifies  
tan que el síndrome del autismo puede variar según el niño,  
ya que presentan características particulares.

Wing, (1971) menciona que los niños autistas son -  
indescriptibles ya que según los médicos y psicólogos el tér  
mino es todavía indefinido y además no existe la forma de --  
efectuar un diagnóstico, ya que sólo se realiza por medio de  
una forma conductual como es la observación directa.

Rozental (1983), apoya la teoría de Wing, dando co  
mo características las siguientes: Una conducta inapropiada  
frente a la realidad, la restricción de uso de objetos, pro-  
blemas afectivos produciendo conductas inconsistentes, aluci-  
naciones, actitud abstracta, comunicación restringida y rela-  
naciones.



ciones antisociales.

Sarason (1980), lo describe como "autismo infantil o psicosis de la primera infancia" caracterizada por la falta de desarrollo de patrones significativos de relaciones sociales y casi carencia total al no producir una socialización.

Shopler (1971), menciona que las características del grupo de conductas se dan por deficiencias neurológicas y su edad de aparición en el niño.

→ Dentro de las características particulares del autismo, mencionaremos que éste se presenta desde los dos primeros años de vida del niño, y entre los primeros síntomas que se manifiestan está, que aún siendo bebé, no responde a los estímulos exteriores, provocados generalmente por los padres, con gestos y ruidos gestuales, como la mayoría de los niños normales responde; cuando son tomados en brazos, no pueden acomodar su cuerpo al de las personas que los cargan. También se ha dicho que durante el tiempo que están despiertos se autoestimulan más que aprender a verbalizar. Se pueden mostrar conductas auto-agresivas y no tener control fecal (Lovaas, 1975). ←

Respecto a su apariencia física, parecen con una expresión de "serios y pensativos", y en presencia de otras

personas se muestran ansiosos y tensos, posiblemente por una inquieta anticipación de interferencia. Cuando está a solas con objetos, presenta una sonrisa de complacencia acompañada por una melodía (Hoysen, 1976).

Según las características para definir al autismo se han desarrollado varias investigaciones como: las de Ornitz y Ritvo (1976), donde señalan que se presentan:

1. *Disturbios Perceptuales:* Son comunes en autistas, debido a sus disturbios neurofisiológicos. Se refiere a la distorsión de modulación en la entrada de sensaciones extrañas, disturbios en ejecuciones receptoras e inhabilidades en la entrada sensorial para hacer la discriminación a respuestas motoras. Conductualmente aparece la hiperactividad y atención a ruidos extraños. Muestra preferencia a la recepción de los sentidos del gusto, olfato y tacto, tienen pocos movimientos oculares y atención para aprender.
2. *Disturbios en el Desarrollo:* Los autistas muestran desviaciones de la secuencia normal en áreas como: motora, lenguaje y social.
3. *Disturbios de relación:* Pierde contacto ojo - ojo, falta o ausencia de sonrisa social, de respuestas anticipato-

rias del tomado de brazos, aversión al contacto físico, desinterés del juego con otros niños, ansiedad a situaciones de cambio.

4. *Disturbios del habla:*

- *Mutismo*
- *Ecolalia*
- *Inversión del Pronombre*
- *Lenguaje atonal y arrítmico*

5. *Disturbios de Movilidad: Presentan conductas estereotipadas principalmente en brazos y manos.*

Kanner (1978), señala como rasgos sobresalientes:

1. *Dificultad para desarrollar relaciones con la gente desde su nacimiento.*
2. *Alteraciones graves del lenguaje verbal, uso no comunicativo de la palabra, ecolalia diferida, mutismo, e inversión de lenguaje.*
3. *Juegos repetitivos y estereotipados.*
4. *Tendencia obsesiva a mantener el ambiente sin cambios.*
5. *Ausencia de Imaginación.*
6. *Facilidad de memorización.*

7. Apariencia física normal.

Cada una de estas características se refieren a diferentes tipos de comportamiento que son los siguientes:

1. Los niños tienden a no tener relaciones sociales con personas conocidas o ajenas en cualquier situación.
2. No presentan lenguaje ante cualquier situación, ya que - tienen problemas de lenguaje verbal como es el uso no comunicativo ante cualquier persona y situación. Ecolalia que por lo general se presenta cuando el niño inicia su etapa escolar. Mutismo, que es cuando el niño no presenta ningún tipo de palabra o emisión de sílaba. E inversión del lenguaje que sucede por lo general en el niño - que ya tiene un lenguaje establecido, pero no tiene funcionalidad.
3. Juegos repetitivos y estereotipados: se refiere a cuando el niño está ante situaciones de juego con objetos mecánicos y objetos que oscilan o giran.
4. Tienden a tener situaciones en una misma rutina, ya que no les gusta cambiar de su situación hasta que ellos lo cambien.
5. Les falta imaginación para tener una secuencia situacional ante situaciones que crea él mismo.

6. Tienen la facilidad para memorizar situaciones, canciones, palabras o frases que escuchan y en determinado tiempo que pasa vuelven a repetirlo ellos mismos.
7. Su apariencia es normal, pero su estado mental es deficiente, y presenta problema de conducta y emocionales.

Moyssen (1976), da características particulares y generales del autismo:

Las generales:

1. Muestran una anomalía grave en sus relaciones emocionales con las personas.
2. Muestran raras reacciones a su propio cuerpo: adoptan posturas extrañas; se rascan agresivamente, etc.
3. Muestran preocupación excepcional por los objetos inanimados y se ponen a estudiar objetos durante un tiempo largo.
4. Muestran reacciones perceptuales anormales, reaccionan violentamente.
5. Muestran una gran ansiedad de mantener sin alteraciones sus ambientes y cuando hay cambio se trastornan.
6. Muestran ansiedad excesiva y no provocan una variedad de acontecimientos.

7. Su manera de hablar es anómala y generalmente repiten lo que se les dice.
8. Muestran una conducta motora extraña, ya sea hiper-activa o inmovilidad absoluta.
9. Pueden parecer retrasados mentales.

Las particulares:

1. Se presentan desde los dos años.
2. No responde ante estímulos exteriores cuando es bebé.
3. Se calcula que el 70% de estos niños se autoestimulan.
4. Un 75% tienen conductas auto-agresivas.
5. Debido a su memorización que es muy alta su habla en --- cuanto a su vocabulario es asombrosa ya que recuerda poemas, canciones y nombres, y debido a eso dan indicios de buena inteligencia.
6. Con frecuencia son desorganizados.
7. Presentan ecolalia, repitiendo sin sentido las palabras.
8. Las caras de los niños autistas expresan seriedad y ser pensativos, cuando hay otras personas se muestran ansiosos y tensos. Cuando están solos con sus juguetes presentan una sonrisa satisfactoria acompañada generalmente por una tonada.

Por otro lado Prior (1979), menciona las habilidades e inhabilidades cognitivas de los niños autistas que son:

1. **Percepción:** Esta va de acuerdo a su edad cronológica y - su constancia perceptual en su integración - sensorial, o sea que el niño autista aprende rá a discriminar los estímulos tanto del medio ambiente como del lenguaje en un niño -- normal. Ya que éste es un desorden inmaduro en cuanto a los estímulos auditivos y visuales.
2. **Discriminación:** Se dice que el niño autista sí puede aprender a discriminar, tanto situaciones como -- formas, tamaños, etc. Pues su apariencia de niño "normal" da facilidad para su aprendiza je, si los estímulos llaman su atención ya - sea por su posición o dimensión.
3. **Memoria:** Tienen una facilidad para memorizar diferentes estímulos, ejemplo: auditivos y visuales como frases, juegos digitales, tonadas y algunas tareas que les hayan gustado.
4. **Aprendizaje Cross-Modal:** El aprendizaje por medio de estí mulos audiovisuales tienen mayor efecto que los estímulos por separado, ya que los estu-

dios de percepción, cross-modal, discriminación y memoria en los niños autistas muestran un desarrollo en mejor término, tomando en cuenta las características del niño autista que son aparentemente con retardo mental y falta de lenguaje.

5. *Aprendizaje por Imitación:* El niño autista tiene como habilidad imitar espontáneamente como es, la imitación motora, conductas de lenguaje, como palabras y frases comerciales y canciones.
6. *Condición de Procesos:* Los niños autistas no llevan un orden de acuerdo a su aprendizaje pues su atención es muy especial a ciertos estímulos y a ciertas conductas que se le presentan, aunque algunas veces presentan conductas estereotipadas limitadas o idiosincráticas.
7. *Aprendizaje de Condiciones:* Por lo regular los niños autistas atienden a ciertas situaciones, con varias señales o varios estímulos que llame su atención para que ellos respondan. Ya que de lo contrario puede distraerse o no responder, ejemplo: extinción de conductas estereotipadas y de auto-estimulación.



8. *Aprendizaje de Lenguaje: Dentro de este síndrome el lenguaje es un desorden que causa dificultad al niño para comunicarse con los demás y cuando estos niños adquieren su lenguaje espontáneamente no tiene éste una funcionalidad. Por lo regular su deficiencia es por la ecolalia.*
  
9. *Habilidades Especiales: Algunos niños autistas presentan habilidades especiales como son: memoria verbal, música y canto, atención a objetos mecánicos en movimiento, habilidades motoras y de lectura y matemáticas.*

*También Wing (1981), señala las siguientes características:*

*Problemas de comprensión del mundo:*

1. *Dificultades en la comprensión del lenguaje*
2. *Respuestas desusadas a los sonidos.*
3. *Dificultades del habla:*
  - *Ecolalia.*
  - *Dificultad de utilizar palabras copulativas como "en, - sobre, debajo, antes y por qué".*
  - *Confunden dos palabras de significado contrario o usan una sola palabra del par con su significado correcto y con el opuesto.*

- Invierten el orden de las letras.
  - No utilizan la palabra con flexibilidad.
  - Expresan una oración para describir un objeto.
  - Sólo aprenden un solo nombre de una cosa cuando hay más significados.
  - Su conversación es aburrida.
4. Dificultades en la pronunciación y en el control de la voz.
  5. Problemas en la comprensión de lo que ven.
  6. Problemas en la comprensión de gestos.
  7. Los sentidos del tacto, el gusto y el olfato, son formas de explorar los medios.
  8. Movimientos poco usuales del cuerpo.
  9. Torpeza en los movimientos que requieren de habilidad.

*Dificultad de conductas y problemas emocionales:*

1. Alejamiento y retraimiento social.
2. Resistencia al cambio:
  - Movimientos rutinarios propios.
  - Encariñarse con objetos.
  - Colección de objetos inusuales.
  - Patrones en la conducta de comer.

3. Temores a algunos alimentos.
4. Conductas socialmente embarazosas.
5. Incapacidad de jugar.

#### *Habilidades Especiales:*

Los niños autistas presentan habilidades especiales para desarrollar tareas que ellos aprenden de ciertas situaciones, como son la música, canto, memoria, retención de dígitos y lectura. En resumen se coincide con los problemas perceptuales motores, y de lenguaje de acuerdo a los estudios realizados por cada uno de ellos, tomando en cuenta que cada uno de estos autores dan diferentes definiciones a las características del síndrome de autismo. Aunque muchas veces estas mismas habilidades las presentan los niños normales a cierta edad de desarrollo a diferencia del niño autista que se dan con ciertas limitaciones.

Ahora mencionaremos específicamente las características de las diferentes etapas del autismo como son el; nacimiento, infancia, adolescencia y edad adulta.

1. *Nacimiento:* Con respecto a esta etapa se ha mencionado que no hay, muchos estudios directos ya que la mayoría detecta este síndrome desde los dos hasta los cinco años. Pero algunos ca-

Los se han estudiado características pre-, peri-, y postnatales (Finegan y Quearrinton, 1979), donde mencionan que algunos factores fisiológicos son importantes en el desarrollo de los síntomas del síndrome del autismo, ya que su causa puede ser por secuelas neurológicas. Para estos se realizan estudios de sangre y de ultrasonido.

Mc Bride (1969), mencionan conductas anormales en el bebé autista hasta el año de vida.

- 1.1 Amamantamiento flojo: se asocia con largo período de -- alimentación.
- 1.2 Ausencia a la respuesta de sonrisa: no responde a la -- sonrisa de la gente.
- 1.3 Conducta tranquila: no llora, ni responde a la hora de alimentación, ni de aseo.
- 1.4 No responde al llamado: no tiene atención al llamado de la gente, pero si de sonidos extraños, como toquidos a la ventana, ruidos de automóvil, etc.

Freedman y Cols. (1961), menciona<sup>n</sup> que los bebés autistas, no responden al tomado de brazos y no adoptan ningun-

na postura al levantado de brazos de los padres, como lo hace el niño normal. Por otro lado Wing (1981), dice que existen dos tipos de bebé autista, el primero es el bebé "bueno", que se muestran tranquilos y no exigen, se conforman con estar acostados todo el día. Cuando se tiene un bebé es difícil que la madre sepa cuando tiene hambre o está sucio, ya que no llora nunca. Y el segundo es el "berrinchudo" que -- desde el nacimiento algunas veces los síntomas son observados por los padres, como son llanto constante y desobediencia. Algunas ocasiones los síntomas no son detectados por los padres en los primeros meses de vida del niño, sino hasta después de esta etapa.

Bender (1956), menciona que la conducta inadaptable se presenta después del nacimiento, aunque muchas veces la madre no puede explicar la naturaleza del comportamiento extraño del niño, ya que en ocasiones pueden llorar con frecuencia y no responder a la compañía de alguna persona, sin estímulo aparente. En ocasiones son tensos cuando se les toma en brazos, por otra parte se pueden irritar con facilidad o sobreactuar ante cualquier situación. En el segundo curso de desarrollo, los padres reportan que los síntomas más notorios en los niños autistas se dan desde los 30 meses de edad (Kanner, 1971; y Wing, 1981).

2. Infancia: Según Wing (1981), a estos niños les gusta mucho las luces o cualquier cosa que brille, pa

recen no interesarles las cosas que comúnmente les llama la atención a los niños normales. Los niños autistas no son curiosos, ni hacen el intento de mantener la atención de sus padres mostrándose de manera complaciente. Muchas veces, los padres de los niños autistas tienden a pensar que sus hijos son retrasados mentales dado el desinterés que muestran en su ambiente, las madres mencionan que muchas veces los niños sonríen y brincan, pero nunca viendo directamente a la cara de alguna persona, tampoco tiene interés en el mundo que lo rodea.

Uno de los principales defectos del autista y el disturbio más importante, es el lenguaje, ya que no tiene comprensión, expresión y uso de gestos (Rutter, 1981).

De Myer (1981), menciona que el lenguaje es un déficit del autismo que se presenta con diferentes problemas:

- No hay lenguaje espontáneo.
- No usan el lenguaje para comunicarse socialmente.
- Ecolalia y Mutismo.
- Hay un patrón variable del lenguaje.

Otras características del niño autista es que es --

hermético al razonamiento lógico, pero extremadamente sensible a las experiencias emocionales, memoriza las palabras enlazadas, las experiencias le emocionan pero ignora las explicaciones.

También se ha observado que los niños autistas sobre todo tienen desventajas secundarias, aparentan ser muy saludables y físicamente son muy atractivos, comúnmente tienen grandes ojos que nunca miran directamente a la gente. - Parecen estar en "otro mundo" y lo que les rodea no les afecta, solo se interesan por objetos, tales como: una canica o una caja vacía. Si éste se altera, entonces el niño tranquilo es una fiera (Rutter, 1971).

Mucha gente cree que los niños autistas son sordos, ya que tienden a ignorar sonidos fuertes, no parecen darse cuenta si alguien está detrás de ellos. Con frecuencia sus padres se dan cuenta de que sí escuchan ya que muchos de los sonidos o ruidos especiales les toman mayor atención, como el ruido de una campana, a veces estos sonidos les producen angustias y rápidamente se tapan las orejas (Kanner, 1973).

La respuesta del niño autista al lenguaje es muy peculiar, ya que cuando por ejemplo, en un niño normal su madre le platica él responde con su cuerpo y el niño autista no posee atención ni interés ya que ignora el lenguaje. Aunque

algunas veces hay formas de lenguaje que lo angustian o lo entretienen (Rutter, 1970).

Alrededor de los 5 años, los niños autistas empiezan a adquirir comprensión del lenguaje. Obedece instrucciones sencillas. Posteriormente entiende frases como "dale esto a tu papá". Si le intentan dar muchas instrucciones a la vez, se confundirá y se enojará (Kanner, 1973).

Por otra parte, los padres y los maestros de los niños autistas pronto se dan cuenta que a estos les gusta explorar su mundo a través del tacto, gusto y olfato, les gusta tocar objetos de madera o juguetes de peluche. Comúnmente reconocen a otra gente a través de sus sentidos; gustan de oler las manos de sus padres y explorar sus caras tocándoles delicadamente, como lo hacen los niños ciegos. Los niños autistas no parecen ser sensibles al frío o al calor, algunos niños andan afuera sin ropa aún cuando el clima esté frío, ignorándolo por completo. Demuestran la misma actitud cuando se caen y se lastiman; estas actitudes empiezan a desaparecer con el crecimiento (Wing, 1981); algunos niños especialmente aquellos que están confinados a instituciones en donde existen poca atención y supervisión exhiben una conducta autodestructiva, lastimándose físicamente en diversas partes del cuerpo, y en diferentes formas (Prior, 1979).

3. Adolescencia y Edad Adulta: En este aspecto las caracte



ísticas que se presentan tienen una continuidad con respecto a las de la infancia.

Rutter (1978), hace mención de una serie de estudios de seguimiento, a algunos de los aspectos más relevantes y fueron los siguientes:

- Hiperkinesia: En los niños autistas no existe este síntoma, pero posteriormente puede presentarse o darse otro tipo de conducta similar.
- Conductas ritualistas y compulsivas: Aunque el niño autista se adapta a las situaciones, cuando hay cambios se resiste a ellos y por lo general presenta fenómenos ritualistas y compulsivos.
- Lenguaje: Kanner menciona que hasta la adolescencia está sin habla y por consiguiente en la edad adulta también. Y si hay lenguaje tienden a conservar por cuestiones obsesivas relativas.
- Inteligencia: En la niñez su grado de C.I. es retardado, y en la adolescencia y edad adulta es proporcional con un grado menor en retardo.
- Deseo Sexual: En la niñez no se manifiesta

el deseo sexual, y en la adolescencia y ---  
edad adulta se presenta masturbación pero -  
no la satisfacción total.

#### ANALISIS CRITICO:

En lo referente a las características del autismo dadas por varios autores, dando diferentes puntos de vista o descripciones, como son las características conductuales de socialización y lenguaje, y algunos disturbios psicopercep--  
tuales. Al igual que habilidades que son desarrolladas más ampliamente por ellos mismos como la memoria y sus conductas estereotipadas.

La mayoría de estas características las presenta -  
el niño con el que se trabaja en la investigación. Como es la memorización, problemas de lenguaje, ecolalia, interac---  
ción social y conductas estereotipadas.

Además estas conductas del niño autista pueden ser manipuladas para poder incrementarlas o decrementarlas de --  
acuerdo al tipo de programa que se realice en el trabajo.

( Cuando se presentan las características, éstas son importantes para realizar una evaluación y poder tener un --  
tratamiento bien definido, pues para esto hay que tener cuidado para identificarlas y saber etiquetarlas ya que } muchas

veces este tipo de características se presentan en otros casos de Educación Especial, ya que (para clasificar claramente cada una de estas características, se tendría que analizar cada una de ellas ya sea para incrementar o decrementar estas y así dar un diagnóstico más preciso del autismo.) ya.

### ETIOLOGIA DEL AUTISMO

En lo que se refiere a este punto se menciona que aparece el síndrome con disfunciones neurológicas; con alteraciones desde el nacimiento, sin lenguaje comunicativo y con habla limitada siendo más frecuente en niños que en niñas.

Al principio se decía que los pacientes autistas tenían un funcionamiento cerebral normal, pero psicológicamente estaban dañados, o sea, emocionalmente.

Es por esto que los psicólogos han fracasado, en cuanto a identificar los factores psicológicos propios de los padres de los niños autistas.

A lo largo de la última década científica de todo el mundo han alcanzado un acuerdo en el criterio diagnóstico y las causas del autismo. Se considera que es un síndrome definido conductualmente y que se manifiesta por alteraciones como: 1) ritmo y secuencia del desarrollo; 2) de re



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

lacionarse con personas, objetos y situaciones; 3) del desarrollo del habla y del lenguaje y 4) reacciones normales a estímulos sensoriales. Y se ha dicho que estos síntomas son debido a disfunciones cerebrales (patología neurológica).

El daño cerebral que origina el autismo puede ser estructural o funcional.

IZT. 1001145

1. Tipos estructurales de daño cerebral.- Disminución generalizada o localizada de la cantidad de tejido cerebral, se ha comprobado en subgrupos de pacientes autistas mediante técnicas especializadas de rayos X (tomografía -- computarizada).
2. Tipos funcionales de daño cerebral.- Respuestas reflejas disminuidas (nistagmo post-rotatorio), respuestas de ondas cerebrales anormales al sonido (potencial auditivo evocado) y electroencefalograma (E.E.G.) anormales han sido comprobados en pacientes autistas. Se espera que nuevos y más precisos métodos de medidas de las reacciones químicas en el cerebro (PET, Posición de Emisiones -- Tomográficas) serán capaces de identificar anomalías bioquímicas corregibles y específicas de los diversos -- subtipos de pacientes autistas.

No se conocen las causas exactas de la patología cerebral en el autismo, sin embargo varios factores que ori-

ginan las lesiones cerebrales que han sido halladas en casos específicos incluyen algunos como:

- 1) Factores genéticos. Pueden actuar directamente originando un funcionamiento y desarrollo cerebral normal, o indirectamente haciendo fetos o niños vulnerables a las infecciones o a otros ataques a sus cerebros en desarrollo. Aparece un tipo de transmisión genética recesiva autosómica, que explica un tipo de autismo que tiene lugar en familias con dos o tres hermanos o primos autistas.
- 2) Infecciones. Algunos casos de autismo se han asociado con infecciones ocurridas durante el período fetal o la primera infancia. Virosis (rubeola, varicela, etc.), malaria, toxoplasmosis y sífilis congénita son algunos ejemplos.
- 3) Desórdenes metabólicos. Se han asociado casos de autismo con algunas alteraciones del metabolismo de la sangre.
- 4) Causas físicas. Se refiere a los casos de defectos físicos como son la sordera y ceguera.

Finegan y Quarrington (1979), mencionan que los factores fisiológicos son importantes dentro del desarrollo del niño autista. Dentro de su etiología se menciona que el

autismo puede ser causado por secuelas neurológicas dadas en el período pre, peri y post-natal.

Algunas investigaciones toman en cuenta las historias de los niños autistas teniendo presentes dos factores - importantes que es diagnóstico del autismo y los resultados de estudios de sangre. El diagnóstico del autismo es muy -- complicado ya que la forma de evaluación presenta diferentes establecidos que son expuestos por su <sup>o</sup>diferente descripción, dándose a su vez tres ejes de diagnóstico: 1) la conducta, - 2) el intelecto y 3) la etiología. Dentro de la conducta - podemos observar su comportamiento del niño en todas las situaciones que se encuentre. En el intelecto, se clasifica - su C.I. por medio de una evaluación de pruebas psicométricas. Y el último que es la etiología, se basa en su análisis desde el nacimiento hasta su edad adulta.

También se puede clasificar por medio de tres niveles:

1. Clínico: Se basa en los estudios clínicos desde su nacimiento, si recibe medicamentos, que enfermedades ha padecido o padece, y también en cuanto a la salud de los padres y abuelos.
2. Neurológico: Se refiere a los estudios neurológicos que recibe el niño, como son: el electroencefalograma y estudios audiométrico-visual.

3. Bioquímicos: Estudios relacionados con la sangre y tipo de, y alteraciones metabólicas (Lorente, 1982).

Brooker y Mareth (1982), mencionan que el autismo aparece como una rareza con serias consecuencias, una de --- ellas son los disturbios que presentan los niños en el desarrollo. Aunque se han dado otras investigaciones utilizando el aspecto clínico, donde se menciona que su sintomatología se presenta a los 30 meses de edad, ya que desde los 18 a -- los 24 meses lo llaman el "bebé bueno", pero después de los 30 meses se presentan los síntomas de disturbios del habla y resistencia a los cambios del medio ambiente y conductas ritualistas.

*etiología* → Desde el punto de Kanner en 1943, el autismo no es un daño orgánico, sino una causa característica de los pa--- dres. Y ésta es "Psicogenética" postnatal debido a los pa--- dres y abuelos que presentan una inteligencia mayor intere--- sándose por algunas ciencias y por lo tanto no tenían inte--- rés por la gente, es decir, no tenían relaciones sociales. Pero Kanner no da a ésta como única causa ya que no podría - tener una comparación y comprobación. También dio como otra de las causas la relación padre-hijo, aunque también se pue- de establecer como un síntoma de los niños autistas. ↑

Otra teoría dada por Kanner en 1965, (citado por -

Alvarez C. y Moysen, 1978) se basó en los estudios realizados sobre el estatus socioeconómico de los padres del niño autista, llegándose a la conclusión de que además de tener una clase social muy alta, eran más inteligentes. Lotter -- (1967), y Treffert (1970), señalan que los padres de estos niños tienen alto índice de educación.

En un estudio longitudinal de 280 casos de esquizofrenia y autismo infantil, se encontró que el grado de educación de los padres de niños autistas es significativamente alto en comparación con los padres de niños esquizofrénicos.

Entre los pacientes de los niños autistas se encuentran médicos, científicos, escritores, artistas, etc., en fin de todo tipo de personas ocupadas en actividades intelectuales, todos ellos poseedores de un C.I. elevado. En la historia familiar se encuentran, por lo general, trastornos de tipo obsesivo, así como el interés por abstracciones de tipo científico, como señalábamos, y por un limitado interés por la gente. Los matrimonios de los padres de estos niños son más de tipo convencional y rara vez son felices y afectuosos.

Existe, hoy en día la orientación teórica que sostiene que el autismo infantil está asociado con una disfunción neurológica del sistema reticular activado. Por esto -



Kanner trabajó con niños autistas y encontró que la actividad de su E.E.G. era desorganizada.

Otra investigación, apunta al parecer que los síntomas del autismo son similares a los producidos por una lesión cerebral por lo que se puede pensar que tanto el autismo como la esquizofrenia infantil son causadas por un traumatismo durante el embarazo o bien en el parto. Los trastornos y la integración neuronal se producen en edad temprana y se manifiesta primeramente en anomalías motoras, perceptuales y de postura y más tarde se presentarán defectos en los procesos cognoscitivos, en la conducta social. Sin embargo, si se habla de lesión cerebral, hemos de considerarla de tipo selectivo, ya que no provoca deficiencia mental, además - que se sabe de casos en que ha habido una compleja recuperación. Por lo tanto, si se quiere seguir en la línea de esta teoría, hemos de considerar que quizá se encuentren dañadas o inactivos algunos de los centros neurofisiológicos encargados de aquellas funciones de las que adolece el niño autista.

Existen otros conceptos acerca de la causa del autismo y se refiere al crecimiento fetal del niño, ya que el feto se habitúa a un bajo grado de variaciones de estímulos dentro del vientre de la madre. No obstante las explicaciones anteriores acerca del origen del autismo, se ven muy poco reales acerca de estos trastornos, debido en parte a que

La investigación para conocer su origen se ha venido desarrollando desde 1965 hasta la fecha, y gracias a estudios realizados por Kanner (1948) donde encontramos que quizá la mayoría de las veces no se estudia o describe el autismo, como se debe sino como se da en determinada situación, para hacer la investigación.

Por otro lado, se ha dicho que el autismo puede -- ser una causa de las relaciones interpersonales defectuosas de los padres. Pues lo denota en el autismo el tipo de relación entre el niño y su medio ambiente. Dentro de esta relación podemos encontrar lo que algunos investigadores refieren como "el concepto de apego" que es cuando el niño se relaciona más con un objeto o con una persona ajena a su familia, esto suele suceder en los niños institucionalizados.

Este concepto se debe en gran parte al estudio del profesor Harry Harlow (1934), en la Universidad de Wisconsin, su experimento consistió en colocar monos de corta edad con madres hechas con tela de alambre. Algunas de las madres estaban forradas con felpa. Los monos fueron alimentados por éstas, tomando en cuenta que la diferencia de cada madre era la textura, ya que una era más suave (la de felpa) y la otra no (tela de alambre). Cuando se les permitía elegir a los monos a acudir con cualquiera de las madres para ser alimentados, preferían la que estaba cubierta de felpa y se pasa--

ban más tiempo aferrados a ella. Se observó también en los monos que siempre se alimentaban de la madre de tela de alambre, que sólo se acercaban para alimentarse cuando tenían -- hambre hasta saciarse y luego regresaban a la madre de felpa, con la que pasaban la mayor parte del tiempo.

Cuando estos monos se les puso en contacto con --- otros monos presentaron conductas de aislamiento, y cuando - otros monos trataban de entablar relaciones con ellos reaccionaban violentamente o con agresiones.

Algunas de las conclusiones que se han obtenido de estos estudios son:

- Para que el mono desarrolle normalmente su crecimiento -- tiene que establecer relaciones con un objeto al cual puede aferrarse durante los primeros meses de vida. Lo mejor para ellos es otro mono, pero en su ausencia, se observó que un sustituto con cierto parecido a la madre natural (en este caso la felpa que en cuanto a su textura - es similar al pelo de la madre natural), le permite aferrarse y desarrollar un apego. La respuesta de aferrarse en el monito, como lo es la de vocalizar en los niños.
- Cuando sienten tensión, el mono corre hacia el objeto al cual se aferra normalmente.

Estos puntos se relacionan con el autismo, en que el niño autista se llega a aferrar a ciertos objetos como juguetes o muñecos de peluche de tal manera que al querérselos quitar se ponen agresivos o lloran sin calmarlos. También - cuando se presentan situaciones donde hay mucha gente se ponen tensos y buscan a su mamá para protegerse o aferrarse.

Considerando otro ejemplo de apego, vemos el trabajo realizado por los etólogos, los cuales han descubierto -- que si un patito recién nacido sigue primero a un objeto extraño (como podría un ser humano), en lugar de su madre, aunque después se acerque a ella, él seguirá al objeto. Este fenómeno se le llama "improntación" o "estampamiento". Esto es de igual forma que el estudio anterior, ya que el niño autista se apega a una persona o a un objeto de forma obsesiva, aferrándose a éste por protección o seguridad de él mismo.

Como en el caso de los monos de Harlow que tenían madre de tela de felpa, el pato queda apegado al objeto, aún cuando no alivie o reduzca el dolor, hambre o alguna otra incomodidad.

En el caso del pato, ni siquiera se necesita establecer un contacto táctil entre él y el objeto al cual sigue. Aparentemente cada especie está dotada de un conjunto especial de respuestas que se pueden producir desde el momento -

del nacimiento o muy poco después. Estas respuestas son semejantes a reflejos en los humanos, pero más complejos. A comparación del niño que emite respuestas ante el primer estímulo que se le presente en un ambiente adecuado como puede ser; la sonrisa, el balbuceo, escudriñar, manipular y agarrar o entre otras conductas que da ante la madre, ya que Éstas suelen ser el blanco o el estímulo para que se den las respuestas del bebé, y en consecuencia se da el apego entre la madre y el niño. Ahora bien, aquel niño que no cuente -- con un adulto que esté a su cuidado (madre o tutor) no contrae ese "apego" por el adulto y por lo tanto se mostrará ansioso ante el extraño y menos respondiente a la sociedad o situaciones sociales, y disminuye su posibilidad de sonreír y de hacer acercamientos a los adultos, además mostrará retardo en el desarrollo del lenguaje.

En el caso del niño criado en ambientes institucionales, tiene menor posibilidad de tener "apego" hacia un --- adulto y por lo regular su respuesta ante extraños es el --- llanto.

Spitz (1940), observó la conducta de niños peque-- ños que habían pasado su primer año de vida en instituciones. Al principio lloraban constantemente, posteriormente la presencia de los adultos fue indiferente, ya que su rostro no - tenía expresión, algunos niños estaban enfermos físicamente

padecían desnutrición o enfermedades infecciosas. Las observaciones realizadas dieron a pensar a los psicólogos y psiquiatras en la posibilidad de ser autismo infantil. Este -- punto no está relacionado tanto ya que esto se debe al cuidado en forma general del niño en este ambiente, a comparación del niño autista que por lo general es protegido y cuidado - por la madre, o de otro adulto o también ellos (se autoprotegen ellos mismos) con algún objeto. Y en el caso de los niños -- institucionalizados se aíslan por el trato que reciben.

*ya* (En general, las teorías sobre las causas del autismo pueden ser variadas, pero Wing (1981) da dos tipos que -- son las emocionales y las físicas:

Entre las emocionales existen tres causas que son:

1. La mayoría de los niños autistas tienen problemas de conducta y dificultad para relacionarse y mostrar afecto.
2. Problemas emocionales, como ansiedad, miedo, temor, etc.
3. Los padres de los niños autistas tenían personalidades - anormales. También se menciona que las madres eran --- frías, duras y rechazaban a sus bebés, o podría suceder lo contrario los sobreprotegían o los sofocaban.

En cuanto a las personalidades de los padres, describen con problemas emocionales, o con desventajas físicas,

pero con normalidad mental, ya que son inteligentes, mejor educados y de un nivel socio-económico elevado.

Muchas personas creen en la actualidad que es más probable una causa física (también denominada una causa "orgánica"), pues además de tener el autismo presentan otra alteración o disturbio del cerebro y del sistema nervioso, ya que tiene problemas de lenguaje y coordinación motora, tanto que se demostró con radiografías que su sistema óseo tenía maduración retardada, y que puede ser físicamente inmaduros en otros sentidos y tender a madurar sus rasgos infantiles y sus manos de bebé más tiempo que los otros niños, aunque la pubertad se presenta dentro del mismo margen de tiempo que en los normales; su sueño no es normal ya que requieren de mayor o menor tiempo de sueño.

Finalmente los médicos y psicólogos que están a favor de las causas físicas, piensan que los padres tienden a tener una inteligencia superior, los investigadores se dedican a las posibles causas físicas del autismo infantil trabajando en diferentes líneas, algunos se interesan por las básicas como son anomalías hereditarias o lesiones, infecciones durante el nacimiento o después de él.

Los métodos para estudiar estos problemas son: historias familiares, análisis cromosomático e historias médicas del niño.

Por su parte (De Myer y Cols., (1981), nos presentan su análisis de la etiología en base a tres teorías:

1. *No orgánica o experimental:* La mayoría de las afirmaciones proceden de la explicación psicodinámica que asume - que el niño tiene un nacimiento normal, atribuyendo su - sintomatología a defectos de crianza de los padres y en especial de las madres. Dentro de esta teoría hay dos - versiones, que son:
  - 1.1 Los padres tienen una gran cantidad de Psicopatología.
  - 1.2 Los padres tienen una personalidad extrema (son --- fríos autosuficientes, etc.).
2. *La orgánica:* Los padres son percibidos con poca contribución en la sintomatología presentada por el niño. Se considera el autismo como la expresión de una anormalidad biológica.
3. *La Teoría Interaccional:* Orgánica-experimental, parte - de que, tanto causas biológicas como factores derivados de los padres tienen que ver con el aprendizaje del lenguaje y otras habilidades intelectuales; sus variaciones son:
  - 3.1 El niño es visto como deficiente biológicamente y - los padres como faltos para dar apoyo emocional ---



apropiado a la vulnerabilidad infantil.

- 3.2 Algunos niños son vistos con daño biológico y otros como biológicamente normales. En esta versión los padres de los niños con daño orgánico son descritos como deficientes.

De lo anterior, se derivan tres tipos de hipótesis que se refieren a la etiología y son:

- Hipótesis que involucra a los padres agente posible casual.
- Hipótesis orgánica, que centra al autismo como resultado de un daño orgánico.
- Hipótesis de aprendizaje social, se basa en la explicación de que el autismo es una deficiencia en el ambiente social.

La hipótesis de que los padres son factores etiológicos, se desprende de una teoría psicoanalítica derivándose de la psicosis, ya que se decía que el autismo era una parte de la esquizofrenia. Para esto se empezó a estudiar la personalidad de los padres y más tarde específicamente de la madre, ya que ella tenía más contacto con el niño durante la educación de éste desde su nacimiento.

Dentro de otras características de la personalidad

de los padres, encontramos el stress, al igual que el rechazo familiar, la depresión materna, la separación de los padres, conflictos maternales, enfermedades físicas, etc. (De Myer y Rutter 1981).

Así como Despert (1971), médico psiquiatra menciona las siguientes características etiológicas:

1. Desapego emocional.
2. Tensión y rechazo de la madre.
3. Madres agresivas.
4. Incongruencia de los padres.
5. Madres inmaduras.
6. Compulsividad.
7. Enfermedades Físicas.
8. Sobreestimulación del niño.

En estos puntos mencionamos causas orgánicas y ambientales, sin embargo, hay más inclinación por analizar la personalidad de los padres.

Otros estudios afirman que durante la infancia los niños recibieron de sus padres sentimientos negativos. Que las madres eran negativas en el contacto con el niño. Los padres fríos en relación a los niños eran introvertidos y obsesivos, sobreprotectores, indecisos y faltos de dominio. También tienen la inhabilidad para comprender las necesida--

des del niño, ausencia de control y autoridad; son incapaces de cumplir sus funciones ante el niño.

Las madres son inmaduras emocionalmente y narcisistas; falta de sentimientos maternales e incapaces de demostrar afecto espontáneo y a la vez el padre es negativo ante la situación de la madre.

Con respecto a la otra hipótesis que es la orgánica, hay autores como Rutter (1971), Ornitz y Ritvo (1976), - que se interesan por otras posibles causas como son; Anormalidades genéticas, lesión cerebral, infecciones o enfermedades. ) *ya*

Para esto existen métodos para estudiar problemas incluyendo exámenes detallados con historias familiares, estudios cromosómicos, etc. (Wing, 1981).

En cuanto a investigaciones que corroboran las causas orgánicas existen:

1. Estudios hereditarios.
2. Estudios sobre minerales, vitaminas y aminoácidos.
3. Desarrollo del embarazo y de las condiciones del parto.

4. Estudios del cerebro, en los cuales encontramos diversas formas de aproximaciones.
5. Estudios neurrológicos.

↘ Basándose en estos estudios de evaluación se realizaron investigaciones como las de Rutter y Shopler (1981), - donde se analizan las diferencias que presentan gemelos, en donde por lo menos uno de ellos es un niño autista. Los resultados en cuanto a su investigación mostraron que en los gemelos monocigóticos eran autistas ambos niños, mientras -- que en los gemelos dicigóticos solo uno era autista, o ninguno lo era. Por lo tanto la influencia hereditaria y la evidencia de hechos medioambientales, serían dos causas que provocarían las anomalías en uno de los gemelos monocigóticos, influyendo en función cognitiva y lingüística, dando una importancia a las fallas biológicas en el período perinatal.

Los estudios con referencia a las vitaminas, minerales y aminoácidos se han derivado a la medicina "Holística", donde se da importancia a las concentraciones de estos compuestos en diferentes órganos del cuerpo y por supuesto en relación con estados psicóticos (De Myer y Cols. 1981).

En los estudios que analizan las condiciones del parto, con el fin de encontrar factores que causan el autismo, se mencionan que las condiciones prenatales, perinatales

Holística

y neonatales son importantes, ya que se ha encontrado que -- las madres de los niños autistas habían tenido una gestación más larga que lo normal y con complicaciones del parto encontrando como características distintivas en las madres:

1. Manifestaciones Neuróticas.
2. Antecedentes de alcoholismo.
3. Trastornos Psíquicos.
4. Retraso mental.

Con respecto a los estudios del cerebro, algunos autores hablan del aspecto de que existe una lesión cerebral por lo general, se presentan ataques epilépticos, como en el estudio reportado por Kanner (1971), en donde él observó que solo dos de los niños de un grupo de autistas, presentaron ataques epilépticos después de su nacimiento y conforme se desarrolló el cerebro. Otros autores, han venido observando los mismos resultados como Rutter (1970), que estudió a varios niños durante su infancia en el hospital de Maudsleys y continuó su observación hasta la edad adulta, y vio que algunos si tenían ataques. Estos resultados plantean la hipótesis de que el autismo puede derivarse a causa de daños orgánicos, y no de una enfermedad.

En las investigaciones sobre el cerebro encontramos una abundante gama de estudios, los cuales van desde el

electroencefalográfico hasta el estudio de diversos parámetros cerebrales con el objeto de encontrar un patrón característica de los niños autistas, y a esta forma de estudio se le ha llamado electrofisiología.

Dentro de las teorías de aprendizaje social, según Daviso y Neal (1974), dicen que Rutter (1978) hace referencia a una falla por parte de los niños para comprender sonidos y lenguaje afirmando que el autismo infantil es un desorden central involucrando el lenguaje, la conducta y el área social.

Actualmente la hipótesis sobre la etiología del autismo se ha centrado más en los problemas que presentan los niños en comprender y utilizar el lenguaje, según Wing (1981), se ha elaborado esta teoría como "desventaja múltiple de lenguaje". Esta indica que los niños autistas tienen distintas anormalidades que se unen para presentar su grave problema de lenguaje. Algunas anormalidades afectan las respuestas al sonido y a la capacidad del niño para comprender las cosas que ve; en comprender los gestos; capacidad para copiar los movimientos complicados y en consecuencia hacen que para estos niños sea difícil de aprender y expresarse por medio de las actividades corporales. Cada una de estas anormalidades se puede presentar por sí sola o combinada con otro tipo que son características de los niños autistas, como son el mutismo, la ecolalia, o la inversión de pronombres.

Como vemos la etiología abarca varias teorías sobre el origen del autismo, dando diversas causas y realizando estudios para su comprobación, utilizando diferentes métodos de diagnóstico y de evaluación. Pero sólo se ha visto en realidad que no hay un concepto para dar la etiología del autismo, en una forma más clara y concisa.

#### ANALISIS CRITICO:

Como vemos la etiología del autismo no se ha definido específicamente, ya que se han realizado varios estudios e investigaciones para tener una causa exacta del origen o causas del autismo, pero no hay nada concluyente ya que dieron resultados tanto conductuales como emocionales, orgánicos y físicos.

Pero la causa que se ha definido más claramente se debe a la de disturbios conductuales y emocionales, como es el caso de Gabriel, ya que su nacimiento fue normal (9 meses), padeció de diarreas frecuentes a los 3 años mostrándose ansioso y tenso, posteriormente presentó conductas autistas, por influencia de la personalidad de los padres y sobreprotección de la madre hacia el niño. Por lo tanto su origen etiológico de Gabriel se puede incluir en la teoría Interaccional, ya que el niño tiene un problema orgánico a nivel del sistema nervioso sin el apoyo de los padres en forma emocional hacia él. Menciono orgánico porque él presenta una

alteración funcional del sistema nervioso, presentando conductas de ansiedad, tensión, llanto, etc.

Va que cuando se presentaba en situaciones de tensión para el niño, como llegar a nuevos lugares, donde se encontraba demasiada gente.

#### EL LENGUAJE DENTRO DEL AUTISMO.

Como ya mencionamos las características más importantes del autismo son: Disturbios perceptuales, sociales y de lenguaje. En este punto hablaremos principalmente del -- lenguaje, que es uno de los aspectos más importantes para la comunicación del sujeto y abarcaremos conceptos generales y específicos de éste dentro del autismo.

Se define al lenguaje como un medio de comunica---ción entre organismos o miembros. El lenguaje es un sistema utilizado por humanos para comunicar a sus semejantes, sus - sentimientos e ideas, es la facultad que permite representar expresar y comunicar por medio de un conjunto ordenado de -- signos. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, - 1981).

Como vemos el lenguaje, es comúnmente considerado como un sistema de símbolos escritos o hablados que se utili



zan para establecer la comunicación. Dentro de éste hay diferentes episodios para que se establezca y uno de ellos es la conducta expresiva (imitación), donde se da la conducta motora o verbal, dándose una reproducción verbal que es cuando se pronuncia simbólicamente y funcionalmente en el medio ambiente.

Es así como hay una relación entre el habla y el lenguaje, ya que estos van estrechamente relacionados de acuerdo a la edad y maduración del sujeto en su medio ambiente.

Pero para aclarar este punto mencionaremos la diferencia que hay entre lenguaje y habla:

- Habla: Es la realización concreta, de un determinado código o lengua. Cada individuo selecciona, al hablar los signos y reglas que la lengua pone sistemáticamente a su disposición y que la persona extrae de su mente. El habla es una de las funciones biológicas vitales para el ser humano, relacionada con la alimentación y respiración. La valoración patológica del habla debe basarse en el patrón dado por la evolución normal de la comprensión del lenguaje. Las causas por las que un niño no habla se deben, a perturbaciones sensoria--

les, neurológicas o psíquicas o deficiencia mental. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1981).

- Lenguaje: Es el medio de comunicación entre organismos o miembros de una misma especie; el lenguaje es el sistema que emplean los humanos para comunicarse por medio de sus diversas formas como son; el sentimiento, ideas, etc., es la facultad para representar, expresar y comunicar.

El lenguaje presenta un desarrollo en el niño en cierta edad o etapa del crecimiento normal. Cuando hay trastornos en el lenguaje son en cuanto a su forma, grado y ritmo lingüístico. Su psicología y patología es tan variada y compleja que puede dar diferentes puntos de vista para estudiarlo, y se debe a trastornos del sistema nervioso, anomalías estructurales, del habla y voz. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1981).

Ahora bien, la conducta verbal se adhiere por medio de otros procesos como son: de percepción y cognitivos. El proceso de percepción se da conforme a su desarrollo auditivo-vocal y recepción del medio ambiente. En el aspecto cognitivo es por medio de los estados sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y formales (descritas por Piaget, 1964). Piaget (1970), menciona que el lenguaje en el -

niño normal aparece aproximadamente al mismo tiempo que el pensamiento semiótico. En el sordomudo, el lenguaje articulado no se adquiere hasta que se da la imitación diferida, - el juego simbólico y la imagen mental (semiosis).

También, mencionamos algunos puntos del desarrollo del lenguaje para describirlo en forma breve y en general:

1. El lenguaje articulado, comienza con el balbuceo espontáneo (edad de 6 a 10 meses) y en la imitación de fonemas (12 meses). Posteriormente después de los 2 años se enseñan las frases de dos palabras; luego pequeñas frases completas sin conjugaciones ni declinaciones, y después una adquisición progresiva de estructuras gramaticales. La sintaxis es de los 2 a 4 años basándose en el trabajo de Chomsky (1969), sobre la constitución de reglas gramaticales, demostrando que la adquisición de las normas -- sintácticas no se reduce a una pasiva, si no que entrañaban la asimilación generalizada.
2. Además de la relación entre el lenguaje infantil, las -- teorías estructuralistas lingüísticas y la teoría de información, surge un problema genético en cuanto al desarrollo de lenguaje con el pensamiento y con las operaciones lógicas.  
Esto se refiere a que producen relaciones con rapidez, -

las adaptaciones senso-motoras están limitadas al espacio y tiempo, y la inteligencia senso-motora por acciones sucesivas y progresivamente gracias al lenguaje. Sin embargo, el lenguaje desempeña un papel importante, ya que los instrumentos semióticos (imágenes) que son -- construidas por el individuo dentro del lenguaje están -- elaborados socialmente para el uso del sujeto que aprende a enriquecerlo con un conjunto de instrumentos cognitivos (relaciones, clasificaciones, etc.) al servicio -- del pensamiento.

3. El lenguaje es una lógica de la secuencia de la vida humana, pues en ésta él tiene una sintaxis y una semántica generalizada. Y prueba que en los niños con desventaja, su lógica es lenta a la del niño normal.  
La enseñanza de las matemáticas en los niños con desventajas físicas o mentales tienen sus respuestas con años de retardo en comparación con los niños normales, y esto se debe a la perturbación sensorial propia de los niños que impide una adaptación de los esquemas senso-motoras y retrasa su coordinación general y las coordinaciones verbales.
4. La comparación de los progresos del lenguaje con los de operaciones intelectuales, de una relación entre lenguaje y razonamiento.

Por lo tanto se concluye de los puntos de Piaget sobre el lenguaje, que la función semiótica presenta imitaciones diferidas, de juego simbólico, de dibujo, de imágenes mentales y de recuerdos-imágenes y de lenguaje, que consiste en la respuesta verbal que representa el objeto y acontecimientos, dando una forma recíproca en el pensamiento sobre la acción a una actividad senso-motora.

Como vemos el lenguaje es un proceso que está bajo control de estímulos del medio ambiente que el niño al escuchar sonidos, palabras, o frases puede repetir éstas, bajo un control de señales y consecuencias naturales del medio ambiente.

En la vida diaria el lenguaje nos pone en contacto con otras personas que recompensan de manera natural nuestro lenguaje haciendo aquellas cosas que nos gustan.

También el lenguaje es un proceso de imitación de señales con consecuencias (respuestas), ya que lo que vemos o escuchamos lo repetimos con la misma fotografía, dándole una funcionalidad tanto para el sujeto como para el medio ambiente. Esto se realiza por medio de, identificar objetos, hacer afirmaciones o preguntas, etc.

Por lo tanto, el lenguaje funcional se da cuando -

el niño se le enseña a utilizar por medio de la imitación -- las señales naturales por medio de las situaciones cotidiana-- nas que vive dando como respuestas las consecuencias (res--- puestas) que se dan ante las señales (estímulos). Estas se-- ñales y consecuencias son naturales, ya que por ejemplo; --- cuando nosotros queremos algo los demás nos responden de for-- ma natural, dando o respondiendo lo que queremos.

En el lenguaje funcional se consideran diversas -- áreas que son:

1. Nombrar
2. Pedir
3. Identificar y Describir
4. Contestar preguntas sencillas
5. Decir "Hola y Adios"
6. Usar frases y oraciones simples
7. Identificar uno y más de uno
8. Usar preposiciones
9. Usar pronombres
10. Usar antónimos
11. Usar palabras de tiempo: antes, después, hoy.

Siempre se enseñará desde lo más simple hasta lo -- más complejo, se le dará al niño las instrucciones para que responda ante el estímulo en forma correcta ante la situa--- ción que esté, como por ejemplo: "¿Qué es esto?, elaborando

un esquema que es el siguiente:

señal	ayuda	respuesta	consecuencia
¿Qué es esto?	"manzana"	Conducta emite la palabra.	Recompensa.

El lenguaje funcional se trabaja por medio de las conductas de imitación motora y verbal, motora fina, ya que cuando el niño tiende a imitar él puede hacerlo con sonido, palabra y frases, y si no se le incitará o se le exigiera se tratará de adecuarlo para hacerlo y también para que lo utilice con otras personas, ya que de otro modo lo aprendería para sí mismo y no para comunicarse con los demás.

Dentro del lenguaje encontramos trastornos del habla, que se consideran aquellas perturbaciones que dificultan las expresiones lingüísticas orales. Se puede hablar de trastornos de lenguaje y del habla para referirse globalmente a cualquier alteración o dificultad en la comunicación oral, y se divide en:

1. Global.- Equivalente a todos los trastornos del lenguaje.
2. Restringida.- Referida al retraso del habla.
3. Aceptación.- Es más generalizada como:
  - 3.1 Disrítmica: Falta de sincronización.
  - 3.2 Dislalia: Problemas de pronunciación.

3.3 *Distraxia: Trastornos de articulación -- por problemas orgánicos y funcionales.*

*Los trastornos del lenguaje que se presentan más -- amplia y generalmente son:*

1. *Trastornos de origen sistema nervioso.*
2. *Trastornos de disfunciones y anomalías estructurales.*
3. *Trastornos de retraso evolutivo.*
4. *Trastornos funcionales del habla.*
5. *Trastornos de la voz: Fonopatías.*
6. *Dislexia y disortografía.*

*Cada uno de estos trastornos se dedica a casos específicos, pero el que nosotros nos interesa es el inciso -- (2), el cual incluye: 1. Retraso mental; 2. Hipoacusia; -- 3. Disfasias, afecciones y epilepsia; 4. Autismo; 5. Factores ambientales. Pero de todos estos puntos tomaremos en cuenta el punto (4) para estudiarlo pues habla de los trastornos -- del lenguaje en el autismo, los cuales son: la ecolalia, el mutismo y la conversión de pronombres. Davison (1979), menciona que el lenguaje y el habla son los principales problemas del niño autista.*

*Riviere y Belinchon (1984), dicen que el lenguaje en el autismo siendo éste muy fértil desde el punto de vista*



del diagnóstico, de la etiología, pronóstico y terapéutico. Ya que dentro de este síndrome se dan diferentes grados de - disturbios del lenguaje expresivo, que puede llegar hasta el mutismo total (Rutter, 1977), con trastornos severos de la - comprensión verbal y pautas desviadas de evolución lingüística, como la ecolalia, la inversión de pronombres, la escasez y concreción del vocabulario o las alteraciones prosódicas y articulatorias.

Algunos estudios tratan de definir el lenguaje de los autistas diferenciándolo de otros tipos de lenguaje patológico (hipoacusia, retraso mental, etc.), dando como resultado una clasificación de diferencia patológica y de forma - terapéutica, ya que de acuerdo al problema de lenguaje se desarrolla el programa de rehabilitación.

El trabajo terapéutico se dirige a estimular y fomentar el desarrollo del lenguaje que existe en el sujeto, - en su medio ambiente. Ya que las conceptualizaciones sobre el autismo y el lenguaje se dan por alteraciones de la conducta, pues el niño y el adulto autista muestran trastornos de lingüística, evitan el juego y el contacto social.

Podríamos mencionar que en el autismo, se da la incapacidad del dominio del lenguaje como instrumento de comunicación y representación, por lo que la terapia de lenguaje

de un sujeto autista debe orientarse a la "construcción" de su lenguaje para su comunicación y representación ante los demás.

En relación con el lenguaje las deficiencias patológicas del autista son:

1. El sujeto posee mayor competencia lingüística de la que manifiesta.
2. Sus alteraciones del lenguaje son de la actuación lingüística elaborada.
3. La intervención terapéutica, condiciona la expresión verbal.
4. No se considera un tratamiento específico de lenguaje cuando se toman como modelo las pautas lingüísticas normales, ya que éstas son adquiridas, y sólo tienden a dar una funcionalidad.

Anteriormente se decía que el autismo infantil ha partido del enfoque psicolingüístico y la psicología cognitiva, dándose como un trastorno de comunicación cognitiva y psicolingüística, semejante a una incapacidad evolutiva de trastornos emocionales psicóticos, dando diferentes posiciones terapéuticas:

1. Es necesaria una evaluación de habilidades lingüísticas, por medio de situaciones, tareas y motivaciones - por medio del reforzamiento, para que aprenda a discriminar.

2. Dado que el lenguaje es un déficit dentro del autismo, se programa una terapia de lenguaje.

3. La terapia se dirigirá a la construcción del lenguaje como instrumento de comunicación y de representación.

Bajo esta teoría Rutter, Bartec y Cox (1975), demostraron que esta tesis no es consistente, ya que el autismo da una serie de diferentes alteraciones, y para demostrar esta tesis compararon 19 niños autistas con 23 disfásicos y 5 con alteraciones mixtas analizando las diferencias con pruebas de inteligencia, comprensión y expresión gestual, habilidades motoras, conducta social y lenguaje. Dando como resultado que las características conductuales, lingüísticas y capacidades e incapacidades cognitivas permitieron una discriminación entre cada uno de los disfásicos y autistas ya que en cada uno se desarrollo su lenguaje en diferente forma de psicolingüística.

En los últimos años se ha dicho que el autismo, da alteraciones dentro del lenguaje ya que este es muy complejo

pues, dentro de éste se destacan el mutismo, la emisión de oraciones completas en situaciones a la capacidad e incapacidad del lenguaje, las ecolalias (inmediata y demorada de sí mismo y de otros), e inversión del pronombre, las dificultades severas en la comprensión, la escasez de vocabulario (en el habla espontánea), de preguntas con valor informativo y de producción verbal general, la aparente falta de intención comunicativa de la emisión verbal, las alteraciones en el tono, ritmo e inflexión (aspectos que configuran los rasgos suprasegmentales del lenguaje), falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido (y entre los gestos y las emisiones verbales), y por último el interés por el sonido de las palabras y la aparente falta de captación del sentido.

Dentro de las alteraciones de lenguaje en los autistas existen dos más que son: Los procesos de comunicación y de simbolización. Los de comunicación, porque altera el lenguaje, y no son los primeros que manifiesta el niño, ya que éste muestra alteraciones en las situaciones como conversación pre-lingüística, que se da entre niños normales y la madre como sonrisa social y llanto. Es por esto que tiene que haber la necesidad de situar un tratamiento de lenguaje en contextos más naturales y un análisis más apropiado en los niveles de desarrollo de los niños, por medio de la modificación de conducta (programa clásico de Lovaas, 1980). El empleo de una línea base, de un registro cuidadoso de situa-

ciones y conductas, del empleo de reforzadores para conseguir las respuestas de un control de contingencias para el manejo de los estímulos que se le presentan en determinada situación.

La terapia de lenguaje de los niños autistas se impone, con un control de todas las variables que afectan al éxito o fracaso de ejecución.

Lovaas (1977), describe una serie de programas con los que se puede trabajar con los niños autistas:

1. El niño se entrenará para producir los sonidos, por medio de imitación.
2. Al niño se le enseña a producir y describir -- eventos, objetos y actividades, preguntándole ¿Qué es?
3. El niño aprenderá los conceptos de: colores, - formas y tamaños, en relación con diferentes - objetos.
4. Se hará una interacción entre el instructor y el niño dando cambios verbales como son: preguntas y respuestas.
5. Se le enseñará a tener conversación (por medio de preguntas) con una tercera persona.

6. Se le enseñará a desarrollar las habilidades gramaticales, para discriminar el singular y el plural.
7. Se le permite al niño tener una comunicación con otras personas, para incrementar su experiencia social.
8. El programa es más complejo por lo que al niño se le pide que use su lenguaje en forma espontánea, teniendo como reforzador un evento natural.
9. Los niños comunican sus ideas de diferentes experiencias privadas y de su imaginación.

Con estos puntos del programa el lenguaje del niño autista puede desarrollarse para comunicarse más ampliamente con las demás personas.

Ahora hablaremos de los diferentes trastornos que se dan dentro del lenguaje del autista como la ecolalia, que es la repetición de palabras o frases después de un tiempo transcurrido. Kanner (1946), señala la ecolalia como característica del lenguaje autista. Rutter (1971), encuentra en sus estudios que éste aparece también con otras deficiencias como la afasia, psicosis, demencia senil, fibroplasia retro-lenta, etc.

Es fundamental que en su tratamiento se establezca el tipo de la ecolalia que presenta el niño.

Shapiro (1970), Catwell, Halín y Rutter (1977), -- clasifican la ecolalia en una forma funcional:

Su origen:

1. De sí mismo: Emisiones en las que el niño se repite a sí mismo.
2. De otros: El niño repite las emisiones de los demás.

Cuando se mide el tiempo de aparición, la ecolalia puede ser:

1. Demorada: Se repite la emisión que se ha escuchado con anterioridad.
2. Inmediata: Se repite la emisión inmediatamente después de haberla escuchado.

Por su estructura, la ecolalia se subclasifica en:

1. Exactas y Congruentes: Repetición idéntica al original.
2. Reducidas: Tan sólo se repite una parte del original
3. Expandida: La emisión tiene parte de la original y se aña de algunas emisiones propias.

4. *Mitigadas*: Se efectúan cambios apropiados de personas y número cuando repite las emisiones de otros.
5. *De Jerga*: Se añaden expresiones no significativas a la emisión repetida.
6. *Telegráfica*: Se suprimen los conectores o yuxtaposiciones de la emisión repetida.

En cuanto a su interés comunicativo la ecolalia -- puede ser, en función de si guarda o no la relación con la conversación mantenida:

1. *Apropiada o comunicativa*: Cuando la repetición de palabra tiene un control y buena aplicación a ésta.
2. *No apropiada o no comunicativa*: Cuando la repetición de palabras no tienen control para tener una buena aplicación de ésta. (en: Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, --- 1981).

Ross (1981), dice que la ecolalia es un disturbio del lenguaje en los niños autistas donde él menciona que hay dos tipos de ecolalia, la inmediata; que es la repetición de toda o parte de una frase en determinado momento después de escucharla, y la ecolalia demorada; que es cuando el niño re



pite la frase después de un tiempo determinado.

La ecolalia demorada, se ha dicho que es una función inapropiada del contexto social, ya que por lo general los niños tienden a repetir lo que escuchan de los adultos o de los medios de comunicación por medio de la imitación, después de un tiempo establecido. Es por esto que ésta se define como la relación entre esta anomalía del habla y un estímulo medio ambiental concurrente, y esta respuesta se puede reforzar variablemente manteniendo esta conducta. Este tipo de reforzamiento es de dos formas: Extrínseco y el intrínseco, con dos tipos de habla, la privada (usando el habla como ecolalia demorada) y la directa social (usando el habla para comunicarse con otras personas). El reforzamiento extrínseco es el que se da por la otra persona, y el intrínseco es dado por los objetos.

Otro disturbio de lenguaje en el autismo es el mutismo que es ausencia permanente del lenguaje expresivo o desaparición temporal o permanente de éste en un sujeto que lo ha adquirido previamente. Puede relacionarse con diversas causas ya sean psicológicas o emocionales; funcionales, estructurales o mixtas. Entre las emocionales y psicológicas se encuentra el mutismo selectivo parcial que se produce temporalmente ante determinadas situaciones o personas y suele darse como un síntoma neurótico en los niños de intelligen

cia normal en relación con situaciones y ambientes alterados, donde se encuentran casos de mutismo infantil, psicosis regresiva y deficiencia mental profunda.

En relación a las causas estructurales, funcionales y malformaciones hay diferentes tipos de autismo como en los cuadros de audiomudez y afasia traumática o de volución. Este tipo de mutismo suele presentarse entre los 3 y 7 años de edad, coincidiendo con la iniciación de la vida escolar del niño, y suele manifestarse sin acompañamiento de otras alteraciones, a no ser el de negarse a ingerir alimentos --- (Wergunland, 1979).

También se ha considerado como un trastorno de tipo obsesivo-compulsivo, psicótico o prepsicótico, aunque para los niños autistas es un síntoma o característica de su diagnóstico.

El mutismo se define en los niños autistas a los 5 años de edad, cuando no ha adquirido el lenguaje y para la mayoría de estos casos, se utiliza la terapia de lenguaje -- con el procedimiento más utilizado, la imitación (Lovaas, -- 1966; 1977 y Shaerffer, 1966). Este programa se realiza por medio de pasos: el repertorio imitativo verbal, que incrementa las vocalizaciones por medio del reforzamiento; la discriminación de las vocalizaciones; y que el niño aprenda a imi-

tar las vocalizaciones sin errores, y conforme pasa el tiempo se dan nuevas vocalizaciones. Dándose también un entrenamiento de lenguaje receptivo que es similar al aplicado anteriormente, con expresiones verbales, y para que el niño --- aprenda a dar respuestas presentándole mandos en forma general, formando así un repertorio receptivo y expresivo en el niño.

Los procedimientos de adquisición de lenguaje pueden basarse en imitación, modelamiento y moldeamiento (técnicas de modificación de conducta), utilizando un modelo de -- aprendizaje para el lenguaje.

En la diferencia de los modelos psicolingüísticos que determinan la capacidad de los mecanismos de lenguaje in natos con determinantes biológicos o físicos (Mc Neill, 1966; 1970), y de los modelos de aprendizaje que determinan los me canismos del lenguaje aprendido en sus determinantes psicológicos y ambientales, son los trastornos utilizados para el - desarrollo del lenguaje con las técnicas de modificación de conducta, aunque también se utilizan otras técnicas derivadas del psicoanálisis y de la teoría cognitiva, que nos referiremos en el siguiente capítulo.

#### ANALISIS CRITICO:

El lenguaje es un aspecto o característica muy im-

portante para desarrollar una mejor comunicación hacia los demás y una adaptación social.

**IZT. 1001145**

Como vemos existen varios trastornos dentro de éste, pero los que nos interesan más son los que se dan dentro -- del autismo, pues el trabajo que se está realizando en esta tesis es la implementación del lenguaje funcional, ya que el niño presenta lenguaje con ecolalia e inversión del pronom-- bre. Y realizando un programa con las técnicas de modificación de conducta, basado en un análisis de Kosloff, se reali-- zará el trabajo de investigación para que el niño tenga una funcionalidad en su lenguaje y una adaptación social.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTÁCALA

## C A P I T U L O II

### TIPOS DE TRATAMIENTO.

En este capítulo se verán los diferentes tipos de tratamiento que existen en la rehabilitación del autismo, -- siendo éste clasificado como un síndrome con las características anteriormente mencionadas.

( Los tratamientos se han enfocado desde diferentes teorías como son el psicoanálisis, la teoría cognoscitiva, - la farmacología y el conductismo con sus técnicas de modificación de conducta.

Inicialmente se planteará como es conceptualizado el autismo desde diferentes puntos de vista teóricos, para - posteriormente exponer cómo es tratado este problema por cada una de las teorías presentadas, siendo la primera corriente que presentaremos el Psicoanálisis.

#### ✓ A) PSICOANALISIS.

[ En el psicoanálisis se toman en cuenta los procesos dinámicos y especialmente el inconsciente. Durante la -- evolución del individuo se sufren diversos cambios dando lugar a trastornos en la personalidad. ] Dentro de esta teoría

el inconsciente tiene un papel muy importante, ya que en su exploración se pueden realizar estudios de los sueños, actos de la vida diaria (actos fallidos), productos de la imaginación activa (consiste en concentrar la atención sobre una imagen vista en sueños), y la respuesta a ciertos test de personalidad (Roschardtchts, Asociación, etc.). En este proceso el psicoanálisis y el psicólogo tratan de descubrir el dinamismo inconsciente y consciente del sujeto. Existen diferencias entre los tratamientos en cuanto a la conveniencia o no conveniencia de explicar al paciente los resultados de este proceso, esto dependerá de la orientación del terapeuta dentro de esta teoría.

En esta teoría se encuentra, la Psicopatía autista, cuyo cuadro clínico aparece a los cuatro o cinco años y se caracteriza por la permanencia de un contacto con el medio, dándose en niños inteligentes, afectando la mímica y el gesto, así como las actividades que pueden ser estereotipadas, ausencia de progresividad, de trastornos del pensamiento y disociación afectiva. El desinterés por el entorno, incluyendo en éste a la madre, el cual se presenta desde los primeros meses de vida ha sido considerado por Kanner (1942), como uno de los rasgos característicos predominantes; estas características los ha hecho parecer sordos o débiles mentales, pese a que no padecen anomalías auditivas y su potencial intelectual es normal.

Presentan dos características principales, el aislamiento social extremo y ansiedad por mantener inmutable su ambiente, dando la impresión de tener indiferencia hacia las personas o algún desinterés monótono y estereotipado por la manipulación de objetos. Carecen por lo general de lenguaje, y si lo presentan no transmite comunicación alguna.

Por otro lado Tustlín (1972), menciona que el autismo se desarrolla en diferentes etapas según sea la evolución del niño. Las cuales son: 1) Autismo de primera infancia, - Que es cuando se da en condiciones normales ya que se tiene poca conciencia del mundo externo en el que el niño experimenta en función de distintos órganos, sentidos y zonas de su cuerpo. Los procesos cognitivos no se desarrollan. 2) Autismo patológico. - Que es cuando se intensifican los síntomas del autismo de primera infancia y se analizan para ver si es autismo o esquizofrenia. Dándose también aquí el autismo normal primario que es cuando en los niños autistas se prolonga el autismo infantil, siendo causado por: factores físicos y ambientales.

Respecto a los tratamientos posibles, la terapia médica es desplazada por terapias dinámicas con corriente -- psicoanalítica, ya que resultan ser aceptadas pues permiten una relación terapéutica suficientemente larga, continua y estable, que puede obtener buenos resultados terapéuticos, y

ngor

permite una incidencia mayor en la dinámica familiar.

La aportación del psicoanálisis en las primeras -- etapas de vida del niño y la aparición de síntomas psíquicos ha sido fundamental para la psiquiatría infantil, ya que dentro de ésta se encuentra la psicoterapia que anima al niño a expresar sentimientos y pensamientos que resulten negativos. Esta no corrige daños orgánicos pero contribuye a mejorar -- los síntomas emocionales.

En el Psicoanálisis la terapia consiste en que los niños traten de resolver sus problemas en conflicto por medio del método proyectivo de la terapia de juego con objetos, agua, arena, barro y fuego. En esta terapia el niño puede expresar sus pensamientos e ideas ante ciertas situaciones negativas para él, mediante el juego. El niño es colocado en una habitación con diferentes muebles y juguetes variados en formas y colores (aviones, tazas, lápices, etc.) esto se hace con el fin de que el niño se desplaza libremente para que juegue como él lo desee y sin obstáculos.

Por medio de ésta se va a representar el tipo de problema que el niño presenta (ansiedad, angustia, temor, -- agresión, etc.) y así el análisis podrá observar el juego -- que haya elegido el niño. También el terapeuta interviene en el juego, para poder interpretar la situación junto con



el niño y conocer más su forma de pensar y de actuar ante de terminada situación.

Marchdier (1978), hace mención de un estudio que se realizó con un niño autista, de 5 años de edad el cual -- presentaba conductas problema como ansiedad, agresión y te-mor. Se utilizó la terapia de juego con agua, ya que el niño le gustaba estar en la piscina la mayor parte del tiempo, pues él sentía más tranquilidad y no mostraba ansiedad ni temor. También le gustaba la música pues cuando la escuchaba se mostraba complaciente ante la situación de la piscina. - Su problema era que tratará de sacarlo de la piscina sin mostrar las conductas de temor y angustia utilizando la música y algunos juegos de modelado, haciéndolo poco a poco, de tal forma que no se diera cuenta sino hasta que ya estuviera fuera de ella. También intervino el analista en el juego pero fuera de la piscina, logrando que el niño interviniera en el juego con él, y así eliminar los problemas del niño, llegando a ser más activo y sin problemas emocionales.

Aberastury (1978), trabajó con un niño autista de 2 años de edad con temores nocturnos y tendencia a insomnio. Su tratamiento fue con la terapia de juego utilizando diversos juguetes como palitos, tazas y cubiertos, se representó una comida placentera a través del juego, mostrándose diversas conductas como ansiedad la que se define cuando el niño

mordía el palito. Posteriormente a este juego, se dirigió al lavamanos y estuvo jugando con el agua en forma de manoteo mojando el suelo y a él mismo, fue así como se observó que de esta manera el niño se mostraba menos ansioso, pero esta situación no era conveniente pues no era posible que el niño estuviera en esa situación. Por lo tanto se retiró de la situación llevándolo a otro tipo de juego con juguetes mecánicos que a él le agradaban. Y fue así como se fueron decrecientando sus ansiedades, de tal manera que se desarrollaron otras conductas que no fuera la ansiedad.

El estudio de Bowlby (1969), menciona que aparte de la alimentación, el niño necesita de estimulación sensorial exterior para exitar la estimulación interna. Así mismo, necesita de sus padres y en especial de su madre y que deberá estar capacitada para soportar dificultades y frustraciones que se deriven del medio externo asociadas a diferentes estimulaciones así como la falta de éstas como son cariño y desapego, y se da en casos de niños institucionalizados.

Shevirng y Toussieng (1965), recogieron un considerable número de datos relativos a los efectos de la insuficiencia de estimulación externa en los bebés criados en instituciones, dando como consecuencia reacciones de tipo autistas en los niños. Así mismo sucedió con los niños que tenían estimulación táctil excesiva. Evidentemente la situa-

ción de la estimulación externa era nula y su atención era sólo de su cuerpo. Ya que la falta parcial de cuidados elementales en los niños les afecta en tal grado que su desarrollo no es normal pues puede crear un estado emocional anormal que a la vez influye en su crecimiento y esto se debe a las características de la madre o de quien esté a cargo su crianza.

La crianza del niño muchas veces puede ser obstaculizada por impedimentos como estados de ceguera, sordera, incapacidad mental, disfunción cerebral, flacidez muscular, o constitución emocional dificultosa. En este tipo de casos se requiere de un cuidado especial. A veces ciertos impedimentos congénitos del niño se ven afectados por deficiencias inevitables, y su crianza puede ser con exceso de cuidados y esto afectará tanto al niño como a la madre, provocando problemas emocionales de tipo autista.

El autismo se puede conjuntar con un mecanismo de defensa contra la sensación de pánico a la separación física, como es el susto o ansiedad. Estas emociones son efectos de la separación física de manera prematura, esto puede deberse al estado sensible de uno o más órganos de los sentidos, o a una inteligencia generalmente elevada, o al hecho de hallarse dotado de talento específico.

Tutstén (1981), trabajó con un niño de 5 años de edad, que era diagnosticado como psicótico, pero con el transcurso del tratamiento realizado se dedujo que era autista. Su madre había anhelado tener una niña, cuando nació David tuvo la columna vertebral desviada, el padre tenía este mismo defecto, por lo tanto la separación de los padres se dio a causa del niño. Posteriormente la madre lo sometió a un tratamiento y por conclusión se crearon problemas emocionales en el niño. Debido al desapego de la madre y del padre.

El niño había sufrido una separación geográfica de la madre, desarrollándose sensaciones traumáticas. Se utilizó la técnica de juego para saber el tipo de problema, se llamó a la madre para analizar el caso y trataron de eliminar la coraza que tenía el niño, para extinguir la conducta autista.

Los resultados que se mostraron fue la aceptación del niño hacia la madre y viceversa teniendo en cuenta que la madre era la principal en el origen del problema del niño.

Dentro de los tratamientos para el autismo hay diferentes perspectivas y una de las cuales es lograr cierto grado de mejoría en el niño autista dependiendo de su potencial de inteligencia, ambiente familiar, y el conocimiento -

del terapeuta sobre el autista, para cuando el niño comience a responder al terapeuta éste le ayudará, y así el niño desarrollará una seguridad de sí mismo para las expresiones que se den como resultado del tratamiento, y así se podrá debilitar el autismo.

Una de las técnicas utilizadas, es la de "Depresión" que consiste en llevar a la depresión al paciente impidiendo el desarrollo de la integración y la recuperación de sus emociones de origen negativo y para que tenga un desapego emocional con los padres, orientándolos a una separación y tratar de confundirlo a través de situaciones de "miedo", "terror" y "susto" al conflicto físico o emocional de cualquier persona incluyendo a sus padres. Dándoles una orientación analítica a la idea de descubrir y elaborar los mecanismos de defensa básicos del niño, y así relacionarse con su terapeuta de manera normal.

En esta técnica se interrumpe la conducta estereotipada y algunas conductas emocionales que al niño puedan ser una interrupción al terapeuta, que es el que promueve el juego constructivo con el reconocimiento de las partes del cuerpo y el desarrollo del lenguaje con otras conductas.

Como vemos, esta técnica brinda al niño autista la ayuda necesaria para solucionar los conflictos intrapsíquicos o la estimulación en áreas de desarrollo psíquico que se

han detectado y que sufren un deterioro emocional. Esta también se desarrolla a corto plazo y obteniendo buenos resultados para el paciente.

Estas técnicas Psicoanalíticas que se han comentado son las más usuales para la rehabilitación emocional en el autismo infantil.

Además el autismo dentro del psicoanálisis es un concepto que parte del estado de la psicosis, dando una psicopatía con características particulares en el comportamiento del niño en su mundo interno y externo en el medio emocional con temores, o ansiedades a situaciones, objetos o personas.

Aunque se utilizan diferentes tipos de técnicas y formas para el autismo, el psicoanálisis tiene una ventaja en cuanto a la rehabilitación emocional del niño, pero de la conducta no, ya que sólo se trata de mejorar su inconsciente en cuanto a sí mismo y a las personas que lo rodean.

#### B) COGNITIVO.

Esta teoría se enfoca a las deficiencias de memoria abstracta del niño autista. Hamerlin (1976), menciona que al procesar la información recibida mediante los sistemas sensoriales, los niños normales pueden eliminar redundan

cias y reconocer las reglas apropiadas para almacenar información. En otras palabras, pueden codificar la información. Los niños autistas reciben la información sensorial, pero no pueden extraer lo que es crucial pues retienen el suministro inicial de manera precisa y sin codificación. Dado que la información debe codificarse como memoria abstracta para que sea almacenada y recordada, los niños autistas son incapaces de retener la información por períodos largos y no pueden -- construir o modificar esa información de la manera usual en el aprendizaje. La información que se retiene es a corto -- plazo, sensorialmente específica y sin abstracción, y sería útil para recordar la localización precisa de los objetos o para repetir una frase adecuada como lo haría un loro; no -- obstante, sin la codificación abstracta, la memoria normal -- empleada en el lenguaje y en la interacción social no puede desarrollarse.

Los investigadores que apoyan esta teoría señalan que los niños autistas en comparación con otros niños, tienen más dificultad para deducir reglas, reconocer redundancias y retener información de cualquier tipo.

El énfasis mayor se centra en el desarrollo de la comunicación tanto receptiva como expresiva, lo cual se tiene que adaptar a cada niño de manera individual. Puede ser que un niño se dedique primero a las conductas imitativas, -

mientras otro empieza a hacer sonidos o identificar objetos por su nombre. En niños que desempeñan un entrenamiento mayor, se puede trabajar conceptos abstractos y con oposiciones, como la diferencia entre arriba y abajo, etc.

Dentro del tratamiento cognitivo uno de los aspectos básicos son las recompensas que se dan por los terapeutas, ya que éstas les ayudan a desarrollar a los niños su capacidad para pensar y resolver problemas dentro de su vida cotidiana. En cuanto a la forma del pensamiento y de la solución de problemas se producen cambios graduales en su ambiente con el tiempo y con la experiencia que obtiene el niño a través de su desarrollo.

Estos aspectos se basan en la teoría de Piaget (1960), donde él dice que el desarrollo cognitivo es el producto de la interacción del niño con el medio ambiente, en forma que cambian sustancialmente a medida que el niño evoluciona, dándole cuatro estadios que son: 1) senso-motor, 2) preoperatorio, 3) operaciones concretas y 4) operaciones formales.

El estadio senso-motor, se presenta en los primeros años de vida, al mismo tiempo que cuando se presentan los síntomas del síndrome de autismo. Dentro de éste, los estadios se mantienen con un retraso debido a las características particulares de los niños.



Las conductas más características dentro del estadio senso-motor son: 1) Egocentrismo, que es la capacidad de pensar en situaciones o acontecimientos y objetos desde el punto de criterio de segundas personas. Este tipo de conducta en el niño autista se prolonga más que en el niño normal. 2) Circulación, es la repetición de actos, se manifiesta por medio de conductas como; llorar, apretar, succionar o arrojar objetos. Conductas que son estereotipadas en el niño autista. 3) La experimentación, que es un componente del aprendizaje, ya que lo aprendido anteriormente, lo experimentan en su vida diaria. Cosa que el niño autista no lo manifiesta. Y por último 4) La imitación, que es cuando el niño imita las reacciones de otras personas, o las reproduce. En el niño normal es un determinante intelectual temprano y en el niño autista se desarrollan durante todo el tiempo de su vida.

En el primer estadio del desarrollo cognitivo, el niño autista entiende muy poco el lenguaje y no sabe como usarlo para poder comunicarse con las personas. Por esta razón no entienden lo que sucede a su alrededor. Tampoco son capaces de comprender los argumentos lógicos que los padres utilizan tan a menudo para explicar lo que hacen y cómo se comportan. Estas limitaciones del lenguaje afectan a la memoria, la comunicación, la socialización y la solución de problemas.

En el estadio preoperatorio, el niño normal usa -- muy poco su lógica pero utiliza un nivel superior del pensamiento. Como la memoria, que es un aspecto que no se pierde en el niño autista ya que para éste es una habilidad superior dentro de sus características.

El pensamiento, que también se le llama pensamiento simbólico conceptual, consta de dos componentes que son: simbolismo no verbal y simbolismo verbal.

El simbolismo no verbal, es cuando el niño utiliza los objetos con fines diferentes a su utilidad. Y el simbolismo verbal, es la utilización de lenguaje o de signos que representan objetos, acontecimientos y situaciones, cosa que los autistas no lo presentan.

Va que el lenguaje permite a los niños a descubrir cosas acerca de su medio ambiente, gracias a las preguntas y comentarios que se hacen por las demás personas. Y esto en el niño autista este estadio es deficiente, pues así como -- tienen imaginación para crear juegos, también presentan la -- deficiencia del lenguaje comunicativo y receptivo.

Hay muchas características psicológicas que impiden al niño autista adquirir un lenguaje para llegar a un -- pensamiento lógico. Por lo tanto el niño autista no presenta:

FALTA

PAGINA

94

tas, no pueden resolver razonamientos lógicos de estos estadios, debido a su incapacidad de categorización de pensamiento ya que la diferencia de los estadios es el grado de desarrollo cognitivo por el lenguaje y disturbios perceptuales, ya que sólo se limitan a situaciones concretas para ellos -- mismos.

Como observamos el comportamiento del niño autista en su desarrollo cognitivo muestra un retraso debido a las características particulares que presenta, y una solución es la aplicación de algunas formas de evaluación o técnicas terapéuticas. Una de éstas es por medio de test psicométricos y psicopedagógicos para tomar en cuenta su C.I. (coeficiente intelectual, que es la medida que asigna la actuación de una persona y de la inteligencia como capacidad de entender los hechos y relaciones para utilizarlos de una forma razonable y lógica.

Ahora bien, las técnicas utilizadas en esta teoría son:

1) Técnica basada en el aprendizaje social, (Bandura, 1977), propone que la conducta se adquiere y mantiene por medio de tres sistemas inter-relacionados: la estimulación externa, el refuerzo externo y un sistema cognitivo regulatorio. Esto se refiere a que al niño se le enseña por medio de un modelo dentro del contexto social.

✓2) *Modificación cognitiva de la conducta*: se refiere a los trastornos clínicos como resultado de pautas inadaptadas de pensamiento que dan lugar a conductas problema. Por consiguiente es necesario modificar aquellas para obtener cambios en la conducta (Mahonet, Meichenbaun, Ellis y Beck; 1977 y 1979).

✓3) *Modelo fenomenológico*: tiene su interés en la percepción subjetiva del sujeto, la cual se basa en su conducta. Tomando en cuenta que el sujeto debe tener una conciencia de sus percepciones y de su conducta.

El principal exponente de esta teoría es C. Roger (1970), el paciente va desarrollando, a partir de sus interacciones con el ambiente, un concepto de sí mismo a través de su conducta.

El proceso terapéutico consiste en la creación por parte del terapeuta, de una relación propia para producir un cambio y así el paciente conseguirá una mejor aceptación y confianza en sí mismo y su funcionamiento cognitivo se hará más flexible y su conducta se adapta más fácilmente al medio ambiente o situaciones en que se encuentre.

Muchas veces se utiliza la terapia de estimulación precoz, partiendo de la evidencia de que los logros más complejos se apoyan en un desarrollo a nivel sensorial y psicomotor, se han utilizado diversas técnicas para la estimulación precoz de bebés y niños en los primeros años de vida, -

tanto con fines terapéuticos, en niños deficientes de diversas etiologías, como preventivos, en niños de alto riesgo --- (Sanchez Palacios y Cabrera, 1978).

La combinación de escuelas y terapias psicopedagógicas es el medio ideal para ayudar a los niños autistas. - Pues dentro del salón de clases se tiene un programa espe--- cial con intentos terapéuticos ya que como parte del equipo terapéutico se tiene la terapia de lenguaje y/u ocupacional.

También consiste en realizar diversas tareas duran--- te toda la semana, ya que se trabaja de 5 a 6 horas diarias. Durante este tiempo el aprendizaje del niño autista, ya sea cognitivo o social produce una mejoría en la rehabilitación de éste.

Wing (1978), menciona que la mejor técnica para es--- te tipo de niños, es el método Montessori, que consiste en - la libre e independencia actuación del niño para el trabajo escolar, conteniendo integrado el programa normal, como lec--- tura, escritura, aritmética, música, etc.

Ella menciona que es muy importante para su socia--- lización realizar salidas con la escuela, reuniones como cum--- pleaños y de navidad, ya que esto es muy estimulante para te--- ner un mejor interés en los demás.

Como observamos, esta teoría si se combina con otro tipo de técnicas, es buena, ya que sólo se trabaja en Centros y Escuelas especializadas para desarrollar un buen programa para la rehabilitación del niño autista.

Esta técnica se utiliza por lo general para trabajar con grupos grandes en escuelas y centros con los niños autistas para realizar diferentes actividades sociales de cantos y juegos, excursiones y reuniones.

Integrando ésta a una de las técnicas de modificación de conducta para complementar un mejor trabajo para la integración del niño autista a un grupo social.

### C) FARMACOLOGIA.

En esta técnica, el autismo por lo general se combina con otro tipo de tratamiento como son el conductual o el psicoanálisis, ya que el niño autista por lo regular necesita ingerir algún fármaco debido a sus características conductuales y emocionales.

La farmacoterapia es la corriente de una supuesta anormalidad bioquímica de síntomas por medio de la administración de determinadas sustancias. Estas pueden ser clasificadas de diversos modos, atendiendo a su estructura química o a criterios farmacológicos o clínicos. Deniker (1976),

propone un tratamiento psicofarmacológico que incluye hipnóticos, neurolépticos (tranquilizantes mayores), tranquilizantes menores, reguladores del humor, estimulantes del sueño, estimulantes del humor (antidepresivos) ya lucinógenos y psicodislépticos.

El tratamiento más generalizado de los trastornos mentales más severos, muestran un interés en combinarlo con tratamientos psicoterapéuticos para conseguir una mejor recuperación y adaptación del paciente.

En el autismo el tratamiento de fármacos que se utiliza es aplicado según el problema de conducta que presente el niño y se explica a continuación:

1) El empleo de neurolépticos que generan resultados aceptables en el tratamiento de la esquizofrenia infantil no rinde la misma efectividad en el tratamiento del autismo.

2) En los autistas que predomina la hipoactividad y la apatía no debe emplearse, ya que incrementa la irritabilidad y el insomnio y pueden desencadenar crisis convulsivas (Cambell, 1978).

3. En los autistas apáticos, irritables y con bajo C.I., deben emplearse fármacos que faciliten la adquisi-



ción del lenguaje, y estimula el nivel del sueño, e incrementan las respuestas de imitación motora (Pool, 1976).

4) El neuroléptico reduce el aislamiento, además tiene un efecto sedativo y la imitación del lenguaje se incrementa. Según investigaciones recientes su eficacia es mayor cuando se asocia a técnicas de modificación de conducta, que cuando se emplea aisladamente (Campbell, 1980).

5) En los autistas con C.I. alto debe comenzarse el tratamiento con la administración de fármacos, pues mejoran la hipoactividad, reduce las reacciones distónicas agudas y tienen muy buena tolerancia (Conners, 1977).

Paluszny (1987), utiliza aspectos bioquímicos para mejorar la condición del niño autista, y como medida terapéutica dirigido a síntomas específicos, como son:

- Teoría de las Megavitaminas: Pauling (1973), sugirió que una terapia útil para los pacientes psiquiátricos es la ortomolecular la cual se define como un tratamiento de la enfermedad mental por medio de la provisión de un ambiente molecular en el cerebro con ciertas concentraciones de sustancias dadas al cuerpo y estas se dan por medio de reacciones químicas y una cierta dieta. Algunas de estas sustancias son vitaminas como el complejo B (B1, B3, B6 y B12).

Rimland (1978)], recomienda que se den grandes dosis de vitaminas solubles en agua para los niños autistas. En otro estudio del mismo autor, se le administró vitaminas B6, a un grupo de 16 niños autistas en un tiempo regular, y se observó que después de retirárselas un tiempo, los niños mostraron regresiones conductuales, y en comparación con --- otros estudios en niños normales se pudo encontrar el mismo resultado en cuanto al valor potencial que tienen las vitaminas.

Dentro de las teorías de la etiología del autismo, una de estas es acerca de anormalidades bioquímicas en el -- autismo que portula niveles de anormalidades del aeurotransmisor seretomina en la sangre, y para la mejoría se les aplica una vitamina que es una sustancia que se presenta en el - organismo de manera natural. Cuando se emplearon fármacos - en niños autistas la concentración de seretomina en la san-- gre decreció, pero no hubo mejoría clínica (Ritvo y cols., - 1971). Al emplear esta vitamina en un grupo de niños con -- trastornos diversos, Campbell (1973) encontró mejoría en --- cuanto el intercambio social y respuestas afectivas por lo - que es conveniente seguir con estos tipos de estudios.

En lo que se refiere a los tratamientos de hormo-- nas, muestran resultados más alentadores con los niños autistas, ya que siempre sirvieron para la maduración del sistema nervioso central. Campbell (1973), realizó un estudio con -

niños autistas a los que se les aplicó una sustancia hormonal dando buenos resultados en su desarrollo motor. A partir de lo anterior se puede ver que en la actualidad se exploran nuevos tratamientos médicos de tipo hormonal para los niños autistas.

En un futuro quizá sea factible identificar subgrupos de autismo mediante datos experimentales más cuidadosos y clasificaciones precisas, y tal vez también sea posible de terminar cuál subgrupo de niños autistas sea más propenso a una respuesta positiva o a una intervención médica.

La terapia de fármacos se considera normalmente auxiliar de otro tipo de terapias. Ya que no existe ninguna otra forma de eliminar eficazmente este síndrome según al parecer, ya que está por sí sola no tendría buenos resultados.

Por otro lado parece que no existe una droga eficaz para combatir el aislamiento, ya que esta conducta es a menudo observable en el niño autista, y se ha tratado de realizar lo mismo con los antidepresores con el propósito de ver un resultado mucho mejor, pero a menudo se ha visto que los efectos negativos sobrepasan a los positivos.

En un estudio en que se aplicó una droga antidepresiva para niños autistas y a niños esquizofrénicos, se observó un aumento de conductas psicóticas, y los inicios de ata-

ques de pequeño mal, lo cual ocasionó que los investigadores afirmaran rápidamente que esta droga no debía administrarse, con excepción de los niños más "retrasados", "mudos y enérgicos" (Campbell, 1971), esta droga tiene efectos similares a otros estimulantes. Los estimulantes sirven en el niño para controlar la hiperactividad. En el niño autista, controla la hiperactividad y la agresión, y pueden incrementar la conducta de aislamiento. Por lo tanto es aconsejable no administrar estimulantes, ni antidepresores al niño autista.

Normalmente, los tranquilizantes se administran al niño autista para controlar conductas agresivas que son insuficientemente controladas por otros medios, o que interfieren en el aprendizaje del niño.

Las variaciones individuales de las drogas son muy efectivas como sedantes en los niños pequeños con autismo, y no presentan efectos colaterales. Otras son muy eficaces en niños mayores con autismo como sedantes para controlar las conductas estereotipadas como mecerse o manoseos, etc.

Se usan también en ocasiones sustancias químicas, que aunque no se usan en niños autistas, generalmente se administran para el control de conductas agresivas, y no se recomienda eficazmente (Campbell, 1972), ya que se les puede ocasionar algún trastorno de tipo orgánico. Y cuando se utilizan se realizan estudios para ver su rendimiento dentro --

del organismo del niño, y poder aplicarlo para reducir las conductas negativas.

Dentro de la epilepsia que ocurre con bastante frecuencia en los niños autistas, cuando crecen (adolescentes) se controla con drogas bajo regimen médico. Teniendo como efecto el aumento de hiperactividad y agresividad. Pero por otra razón se tiene que utilizar constantemente otro tipo de anticonvulsionantes. Los problemas para dormir pueden ocasionar una complicación muy seria en el hogar del niño autista. Para esta causa se debe administrar medicamentos ocasionalmente o sea de vez en cuando, como básicamente un antihistamínico que sólo se utiliza para que duerma el niño autista pequeño, y como sedante en el niño mayor.

En cuanto a su estado emocional los tranquilizantes pueden causar daño en el sistema nervioso, ya que por lo general se utilizan para tranquilizarlos cuando presentan estados de ansiedad, tensión, etc. Pero se recomienda que sólo se administren cuando su conducta sea incontrolable.

La medicación debe ser supervisada cuidadosamente por medio de la observación de la conducta, de los exámenes físicos, y de los análisis de laboratorios pertinentes, y -- las drogas deben modificarse o suspenderse si existen efectos colaterales o falta de respuestas deseadas, o también según el crecimiento o desarrollo del niño.

Como vemos la técnica de farmacología también se tiene que combinar con otro tipo de técnicas terapéuticas, como la Cognitiva, el Psicoanálisis y la Conductual.

En este tipo de tratamiento se aplican varios tipos de drogas, ya sea para estimular o disminuir las conductas o habilidades que presenta el niño autista. A mi parecer este tratamiento no es recomendable aplicarlo solo, ya que éste se debe combinar con otro tipo de tratamiento, para tener un mejor resultado, sobre todo con alguna técnica de modificación de conducta, para dar una rehabilitación completa.

#### D) TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

Se utiliza como sinónimo de terapia de conducta o terapia conductista. Nace con cuatro significados distintos: 1) Aplicación de Técnicas Operantes; 2) Aplicación de Modelo Pavloviano de Aprendizaje; 3) Serie de Medidas Terapéuticas y 4) Evaluación Intensiva y Objetiva del caso individual en la Psicología Clínica (en Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1981).

Esta técnica se aplica para el tratamiento en ambientes educativos normales, especiales, hospitales, institucionales, industriales, trabajo familiar e individual. Sus resultados demuestran que es eficaz como otra terapia en el tratamiento de casos difíciles.

La modificación de conducta permite la difusión de una ingeniería y tecnología conductual (aparatos e instrumentos) junto con el desarrollo de la Psicología Científica. Posteriormente se aplica en la Educación Especial, aportando métodos y procedimientos concretos para eliminar conductas perturbadoras (agresividad, berrinches, etc.) e implementar conductas adaptivas (lenguaje, cooperatividad, socialización, etc.). Este tipo de terapia ha sido comparada con la terapia de juego (Ney y cols., 1971), y con la terapia de descubrimiento (Baztak y Rutter, 1971) y ésta parece que ha sido la más eficaz con los niños autistas.

Dentro del autismo existe la problemática de sus tratamientos y para esto se recomienda trabajar con las Técnicas de Modificación de Conducta.

El tratamiento no tiene por objeto descubrir la razón por la cual el niño autista no habla o no juega, sino enseñarle como llevar a cabo estas conductas.

→ Esta terapia sigue varios pasos: 1) El terapeuta debe definir primero las conductas que se modificarán, ya sea para eliminarse, implementarse o incrementarse; 2) Identificar los estímulos que producen la conducta; 3) Diseñar un programa; y 4) Mediante reforzadores positivos y negativos hacer que el niño responda con la conducta deseada.

Dentro de la práctica real deben llevarse registros y anotaciones cuidadosas respecto de cómo mejora la conducta y también debe verse si realmente funciona o no el programa. Cuando fracasa el programa es por el tiempo o la manera en que se lleva a cabo éste, y por lo tanto se recomienda realizar los programas con objetivos a corto plazo.

Las Técnicas de Modificación de Conducta permiten a los niños autistas desarrollar nuevas habilidades y permiten eliminar las reacciones negativas utilizando diversos tipos de reforzadores, como el social o comestible (positivos).

Una de las técnicas utilizadas es el Moldeamiento que es la secuencia de respuestas sucesivas a la aplicación de reforzamiento positivo, ésta se da por el orden de respuestas existentes o para dar nuevas conductas. Los pasos de esta técnica son: 1) Especificar la secuencia de respuestas meta o final que se desee lograr; 2) Delimitar el repertorio actual de respuestas que dé el sujeto; 3) Descomponer los pasos de acuerdo a lo ya establecido o a los de la meta actual a lograr; y 4) Aplicar el tipo de reforzamiento ya sea positivo para incrementar o implementar la conducta.

La eficacia de la técnica depende del reforzamiento positivo eficaz para que el sujeto dé la conducta deseada y seguir los pasos sucesivos del programa (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1981).



Por otro lado Ribes (1978), menciona que éste se define con una respuesta terminal, donde se elige la conducta que se mostrará al sujeto con ciertos pasos consecutivos y reforzando las aproximaciones para que se dé la conducta deseada, tomando en cuenta la topografía de la respuesta que dé el sujeto siendo igual a la del modelo.

Esta técnica se utiliza para problemas de lenguaje, socialización y conductas académicas (salón de clases).

Uno de los estudios realizados con esta técnica es el de Riskey, 1964, trabajó con un niño autista de edad preescolar (3 años) el cual no tenía repertorios sociales y verbales, sus conductas problema eran: Berrinches, para ir a la cama, el no uso de anteojos, lenguaje y problemas alimenticios; para este tipo de conductas se utilizó el moldeamiento con aproximaciones sucesivas, de tal forma que cuando se presentaba la conducta problema se le corregía al niño diciéndole como debía realizar la conducta correctamente por medio de un modelo y cuando se acercaba a la conducta deseada se le reforzaba con un comestible (dulce o fruta).

Otra técnica es el Modelamiento que se utiliza para problemas como hábitos de auto-cuidado, ansiedad, fobias, habilidades académicas, agresión, socialización, etc. Esta técnica con frecuencia se combina con la de Imitación o con otro tipo de técnica. La diferencia que hay entre modela---

miento e imitación es: la primera, es lo que se refiere a la conducta presentada por un modelo con interacción social; y el segundo, es cuando el sujeto manifiesta la misma conducta por medio de un modelo, por medio de un proceso la cual puede modificarla.

Ahora bien la Imitación hace referencia al hecho de que una persona pueda presentar la misma conducta que otra, como el proceso imitativo humano, existe una serie de características del modelo que facilite el proceso como es la imitación del modelo del mismo sexo, de la misma edad, que resulten atractivos, que denoten poder social, que sean capaces de ejercer un control, etc. Entre las conductas se encuentran, los patrones de comportamiento, la adquisición de normas sociales, así como distintos tipos de conductas patológicas (en Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1981). [Ribes (1978), dice que existe un procedimiento para la adquisición de una nueva conducta al cual se le llama Imitación. Puede utilizarse únicamente con sujetos que poseen un repertorio conductual mínimo previo. En la imitación hay tres características que son: 1) La semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo; 2) La relación temporal entre estas conductas; 3) La omisión de instrucciones explícitas para que el sujeto imite la conducta.

Con esta técnica por lo general se trabaja en len-

guaje, conducta social y hábitos de auto-cuidado en niños -- autistas. En el trabajo de Lovaas (1966), en la adquisición de lenguaje imitativo en niños esquizofrénicos, utilizó un procedimiento diseñado por él mismo donde el lenguaje se desarrolla utilizando la imitación de respuestas verbales dadas por el modelo a cada uno de los niños. El entrenamiento fue con un modelo (adulto), que reforzó todas las respuestas verbales y la atención del niño al modelo, para esto se utilizó el control verbal del niño con la adquisición de la discriminación de cada uno de los estímulos. Posteriormente se presentaron nuevos estímulos para que el niño discriminara -- más precisamente reforzando todas las verbalizaciones que se dieran después del modelo:

Risley y Wolf (1964), trabajaron con un niño autista que presentaba ecolalia, el estudio se realizó en su casa, trabajando con el lenguaje y utilizando como reforzador "leche malteada", se trabajó con sesiones de las actividades comunes dentro del hogar con conducta verbal por medio de la imitación del modelo por el niño.

Durante la primera sesión se reforzó al sujeto todas las respuestas de imitación que diera (esto fue por --- aproximaciones sucesivas), cuando el niño pronunciaba nuevos sonidos por casualidad, se le reforzaba de igual manera con "leche malteada" y diciéndole "Muy bien" (reforzamiento social). En una de las ocasiones del niño, repitió varias ve-

ces la palabra "leche malteada" dándose la ecolalia que el niño presentaba, entonces se trató de que el experimentador usara las palabras en forma sistemática y cuando el niño la seguía se reforzaba y por consecuencia se mantuvo un nivel alto de la imitación dentro del lenguaje.

Posteriormente se presentaron láminas de objetos al niño dándose nuevas verbalizaciones donde se daba el nombre de los objetos para que el niño las repitiera y si respondía correctamente se le reforzaba diciéndole "Muy bien", y si no, se le corregía la respuesta en forma correcta. Conforme avanzaba el programa el reforzamiento se daba al azar para reducir su presentación de tal forma que se extinguiera al final del programa. Posteriormente se incluyeron frases y oraciones para establecer un buen repertorio de lenguaje en determinadas situaciones.

Otro estudio que utilizó la misma técnica fue para implementar el lenguaje funcional realizado por Lovaas ---- (1977), donde se menciona que el lenguaje es un "fenómeno natural", y una característica singular de la conducta humana, planteando que el lenguaje en los niños autistas es un problema muy característico ya que éste no presenta un concepto muy claro del lenguaje receptivo y expresivo.

Las principales deficiencias del lenguaje son la ecolalia y el mutismo, para esto se han realizado diferentes

programas de corrección o implementación como son: 1) Rotulado de acontecimientos directos; 2) Preposiciones; 3) Pronombre personal y adjetivos posesivos; 4) Conceptos temporales; 5) Otras abstracciones simples; 6) Hablas conversacional; -- 7) Transformaciones verbales; 8) Singular y Plural; 9) Re-- cuerdo; 10) Entrenamiento de espontaneidad; 11) Contar histo-- rias; 12) Detención de la ecolalia. Para este tipo de áreas se utilizan diferentes formas de entrenamiento como: 1) El - aprendizaje discriminativo que establece el control de la -- conducta; 2) La instigación y el desvanecimiento, son elemen-- tos importantes para el entrenamiento ya que la integración es un estímulo que ayuda al sujeto a dar la respuesta, y Es-- ta puede ser física o verbal y el desvanecimiento se da des-- pués de que el sujeto dé una tasa alta de respuestas correc-- tas. El proceso de eliminación se da poco a poco durante un número de ensayos hasta que se dé por completo; 3) Se debe - tener una presentación sistemática de los estímulos, es de-- cir, será del más difícil o complicados; 4) Instigación y mo-- delamiento de la conducta, en el caso del programa de lengua-- je se deberá hacer de la siguiente manera: El experimenta-- dor le presentará al sujeto la verbalización (estímulo) ayu-- dándolo a que dé la respuesta, ahora en caso de no contestar en el tiempo requerido se modelará la conducta para que la - dé correctamente.

Cada uno de los programas tiene como objetivo, dar

le al niño un lenguaje más funcional tanto a nivel receptivo como expresivo, por ejemplo: 1) El rotulado de acontecimientos discretos que se refiere a enseñar al niño a contestar las preguntas ¿Qué es esto? y ¿Qué estás haciendo?; 2) Preposiciones, es enseñar al niño a rotular las relaciones espaciales entre objetos y posteriormente las posiciones del espacio; 3) Pronombres personales y adjetivos posesivos, se le enseñan los adjetivos posesivos (mi, tu y su) y los pronombres (yo, tú, él, nosotros, ella, ustedes); 4) Conceptos temporales, el objetivo de este programa es enseñar al niño las palabras "primero" y "último", "antes" y "después", para describir las relaciones temporales sencillas; 5) Otras abstracciones simples se enseñan los colores y el uso de "sí" y "no", por medio de rótulos simples y para modificar conceptos dentro del procedimiento usual; 6) Habla conversacional, este programa está ligado con todos los programas descritos con anterioridad, ya que es básica la conversación, en la primera etapa se hacen preguntas sencillas como: ¿Cómo te llamas?, ¿Cómo estás?, a medida que se avanza el programa se utiliza una discriminación de saber pedir información; 7) Transformaciones verbales, su objetivo es enseñar al niño a transformar los verbos de presente a pasado. El primer paso es enseñar a dar las respuestas correctas (transformación verbal) y el segundo paso es relacionar la respuesta con la conducta; 8) Singular y plural, aquí se le enseña a utilizar los rótulos de singular y plural (uno y más de uno) en los -

diferentes objetos y a la vez a discriminar cada uno de estos; 9) Recuerdo, se le capacita al niño a recordar o registrar y transmitir acontecimientos pasados de una forma que se pueda comprender. Este programa requiere que el niño domine todas las destrezas de los manuales previos. Este requiere de dos etapas, la primera de acontecimientos inmediatos, y la segunda de acontecimientos con largo tiempo; 10) Entrenamiento de la espontaneidad, éste se divide en cuatro partes que son: a) describir ilustraciones, b) describir partes del cuerpo y pertenencias personales, c) describir acontecimientos cotidianos, y d) expresar deseos. Se define como habla espontánea la ocurrencia en ausencia de claves manipuladas experimentalmente; 11) Contar historias, el objetivo de este programa es que el niño cuente una historia detallada que vaya más allá de los estímulos concretos presentes en ese momento en el medio físico y que utilice su "imaginación"; 12) Otros problemas de enseñanza que son: tener cuidado de que en los programas el niño no olvide lo aprendido anteriormente, de tal manera que se puedan introducir nuevas tareas; y 13) Detención de la ecolalia, éste es un sistema que se asocia con el autismo, y no se puede extinguir completamente, ya que la imitación es una herramienta básica en el procedimiento de lenguaje, pero para controlar se debe enseñar a discriminar las respuestas.

Dentro del programa se pueden utilizar algunas cla

ves de discriminación como son: "el volumen de voz" y "no ha cer eco" tratando de que el niño no repita el estímulo sino que sólo dé la respuesta deseada.

Kozloff (1981), menciona que es importante el procedimiento de imitación, ya que el niño tiende a imitar pabras y frases, utilizando un control de señales y consecuencias naturales. Esto quiere decir, que el niño imita las palabras que escucha como por ejemplo: la palabra dicha por el modelo "manzana" la escucha y después él la repite de igual forma.

Cuando se trabaja la imitación en el lenguaje, las señales se controlan con sonidos, palabras y frases que el modelo dice o que posteriormente son imitadas por el niño y por lo tanto se le da la consecuencia natural que actúa como reforzamiento, ya sea un elogio, alimento u objeto.

Este tipo de consecuencia es muy importante ya que por medio de éste se dará el desarrollo del lenguaje que se forme con la interacción con otras personas, como por ejemplo: cuando deseamos o pedimos algo, otra persona nos responde a nuestra petición para satisfacer ese deseo, o sea, "si queremos una manzana y la pedimos, diciendo "Quiero una manzana", la otra persona nos la da y nos responde "Toma la manzana", y así nos refuerza en forma natural". Este tipo de situaciones se da cotidianamente durante la interacción que



hay entre el niño y otras personas.

Kozloff (1981), utiliza un programa para implementar el lenguaje funcional con diferentes áreas que son:

- 1) *Nombrar.*- Significa aprender a nombrar los diferentes objetos, respondiendo a la pregunta - ¿Qué es esto?.
- 2) *Pedir.*- Significa utilizar las palabras para conseguir las cosas, con las peticiones "Dame y Quiero".
- 3) *Identificar y describir objetos.*- Significa que tiene que describir e identificar objetos enseñándolos, escogiéndolos o utilizándolos.
- 4) *Contestar preguntas sencillas.*- Esto significa que el niño nombre o responda a preguntas que se le hagan.
- 5) *Decir "Hola y Adios".*- Como es lógico, el niño tiene que decir "Hola" para saludar a las personas y "Adios" para despedirse cuando se alejan.
- 6) *Usar frases y oraciones.*- Significa contestar preguntas, nombrar, pedir cosas y describirlas

con frases y oraciones.

- 7) Identificar uno y más de uno.- La terminación de la palabra generalmente nos dice si tenemos que hablar de sobre una cosa o más de una. -- Tiene que describir lo que ve en cuanto a la terminación adecuada del objeto u objetos.
- 8) Usar Preposiciones.- Las preposiciones nos dicen donde están las cosas (sobre, bajo, en, hacia). La finalidad es enseñar al niño a utilizar preposiciones para describir dónde se encuentran las cosas, y trasladar éstas de un lugar a otro que se indique.
- 9) Usar Pronombres.- Los pronombres son "yo, tú, él, ella, nosotros", se trata de que el niño aprenda a utilizarlos en determinada situación.
- 10) Usar Antónimos.- Significa enseñar al niño -- que hay cosas que son muy diferentes a otras, como por ejemplo: "Hombre - Mujer".
- 11) Usar palabras de tiempo (Antes - Después).- Significa enseñar al niño a utilizar las palabras de tiempo (antes y después). por medio de preguntas como: ¿Qué has recogido después de -

la pelota?, o ¿Qué comiste antes de tomar la carne?.

En algunos estudios se ha utilizado programa para implementar el lenguaje en niños autistas como el de Carr, - Binkoff y Rologinsky (1978), donde se trabajó con 4 niños -- autistas de 10 a 15 años de edad, en la adquisición del lenguaje, ya que sólo emittan sonidos al igual que conductas de auto-estimulación en las sesiones de trabajo cuando se presentaba la conducta de auto-estimulación se les castigaba en forma verbal diciéndole "No hagas eso", dentro de la terapia de lenguaje se les enseñaron 5 objetos comunes (manzana, galleta, plátano, leche y dulce).

El entrenamiento fue el siguiente: El terapeuta le enseñaba el objeto al niño y la palabra simultáneamente, ejemplo: "manzana", haciendo la señal correcta con la mano. Inmediatamente después el niño tendría que imitar el movimiento de la mano (señal), y si el niño respondía correctamente al movimiento y al sonido verbal se le reforzaba diciéndole "bien" y se le daba el objeto estímulo que se le -- mostraba en ese momento. Posteriormente sólo se le presentó el estímulo y el niño respondía con la señal sin el modelo y sin reforzamiento.

En los resultados se observó que la discriminación de los estímulos se aprendió rápidamente, pues para esto se

utilizaron tres formas de modelo para que el niño aprendiera mejor su lenguaje, que son: 1) Modelo visual, 2) Modelo vocal, y 3) Modelo por señal.

Este tipo de procedimiento se da como alternativa para la implementación de lenguaje en los niños autistas no verbales dándose en poco tiempo.

Otro estudio de Carr y Sheibman (1978), fue sobre la extinción de ecolalia, por medio de preguntas y respuestas, a través de respuestas verbales generalizadas. Trabajaron con dos niños ecolálicos: un esquizofrénico y un niño con retardo, cada uno recibió entrenamiento por separado.

En el entrenamiento se presentaron los estímulos, "Qué", "Quién", "Cuál" y "Dónde", estos se relacionaron con una serie de preguntas como: ¿Cuál es tu nombre?, ¿Quién es tu amigo?, etc. Esto se hizo con el fin de que el niño aprendiera a contestar las preguntas correctamente con la ayuda del experimentador, de tal forma que cuando se le daba la pregunta a la vez se respondía correctamente. Cuando el niño no sabía la respuesta correcta se le enseñó a contestar "Yo no sé", en un entrenamiento simultáneo.

Posteriormente se realizaron preguntas como: ¿Dónde está el conejo?, o ¿Dónde nada el pez?, o ¿A dónde vas a jugar?, relacionándolas con láminas de diferentes situacio--

nes, para ver que tipo de respuesta tendría, de tal forma -- que en ocasiones contestaba correctamente y a veces "Yo no sé", sin la ayuda del experimentador.

En la fase de discriminación se presentaron las -- preguntas en forma alternada con respuestas correctas, mostrando la eliminación de la ecolalia a través de la respuesta "Yo no sé" en las preguntas que se dieron.

Este tipo de procedimiento también es recomendable para la decrementación de la ecolalia en los niños autistas tanto por el tiempo en que se realizó el programa.

Estos ejemplos muestran que los procedimientos utilizados con las técnicas de Modificación de Conducta son --- efectivas y se dan a corto plazo, dando como referencia una buena aplicación para la elaboración de programas para la rehabilitación de los diferentes problemas que se presentan en el área de Educación Especial y en particular en los niños - autistas en lo que se refiere al aspecto conductual y emocional.

Y también vemos que las Técnicas de Modificación de Conducta a diferencia de las otras corrientes como el --- Psicoanálisis, el Cognoscitivismo y la Farmacología, son las más usuales para la formación de programas para la rehabilitación conductual de los niños autistas como en la educación especial y en la educación normal.

A mi parecer este tipo de tratamiento suele ser -- más adecuado dentro del área de educación especial, ya que -- en cuanto a tiempo y costo de la aplicación del programa diseñado para cada uno de los pacientes que lo requieran es -- bueno. Además de que éste es muy manejable o manipulable an te cualquier situación en la que se trabaje dependiendo del problema.

En el trabajo de investigación este tipo de tratamiento se utiliza sólo una de las técnicas de modificación -- de conducta, ya que este procedimiento se aplica a corto pla zo y con buenos resultados para el niño, dentro de cualquier situación. El programa que se aplica es sobre la implementa ción de lenguaje funcional en un niño con características -- autistas, presentando ecolalia demorada, inversión de pronombre, y conductas antisociales. La técnica que se utiliza es la de modelamiento, ya que se le modelará la conducta adecua da al niño para que posteriormente la imite de la misma forma, llevándolo a varias situaciones familiares, y desconocidas para él. De esta manera controlaría su ansiedad y a la vez se incrementaría su socialización.

C A P I T U L O    I I I

PROGRAMA Y RESULTADOS

DE MODIFICACIÓN  
DE LA CONDUCTA

Objetivo:

Implementación del Lenguaje Funcional a un niño -- con características autistas a través de Técnicas de Modificación de Conducta.

Justificación del Objetivo:

El objetivo de este programa se eligió porque uno de los principales problemas que el niño presenta, es el lenguaje en cuanto a su ecolalia e inversión del pronombre, ya que este es un aspecto muy importante para la mejor comunicación para con los demás, pues, presenta ecolalia demorada e inversión de pronombre.

Por lo tanto se implementará el lenguaje funcional para darle una mejor funcionalidad a éste, basándonos en el programa de Kozloff (1978), realizando varias fases del programa con sus distintas áreas.

Método:

Sujeto: Un niño de 11 años de edad (Gabriel), clasificado con características autistas, presentando habla eco

lógica en cualquier situación y ante cualquier persona, y rechazo social hacia personas desconocidas. El niño ha asistido por varios semestres a la CUSI y pertenece a un grupo que asiste regularmente, y por lo tanto, participa en actividades grupales con otros niños que presentan retardo en el desarrollo.

*Características Familiares:* La situación familiar se observó que el padre no convive con la familia normalmente, también no existe mucha relación entre padre-hijo, ya -- que Él no lo toma en cuenta y lo rechaza. Esto aparentemente se da por el tipo de trabajo del padre (casi no está en casa). Pero lo que si se observó fue que la madre es la que se hace responsable de la casa, educación de los niños y de Gabriel en particular. Ya que todo lo que se refiere al --- bienestar del niño tanto a la escuela y salud, pero en cuanto a lo económico se tiene que consultar al padre.

*Características Sociales:* En cuanto a lo social - el niño se niega a estar en grupos sociales o ambientes desconocidos para Él, pero en cuanto a su casa cuando llega gente extraña Gabriel se encierra en su cuarto, sólo baja a saludar y posteriormente se aleja de la situación. Con su mamá se siente protegido cuando sale a la calle.

*Características Económicas:* Presenta un estado -- económico medio-bajo, ya que el único que aporta económica--



mente es el padre, teniendo un salario estable para los gastos normales del hogar.

*Características Culturales:* El nivel de educación de los padres es hasta la secundaria y posteriormente actividades de trabajo, tienen muy poca información acerca de diferentes áreas culturales, ya que sólo se informan mediante la T.V., radio, periódico y revistas de entretenimiento sin sentido cultural.

*Características Conductuales:* La presentación de conductas del niño son antisociales, con problemas de lenguaje, emocionales (ansiedad, temores y llanto), y algunas conductas estereotipadas, en cuanto a la situación y objetos -- que están a su alrededor.

*Situación:*

Un cubículo de la CUSI de la ENEP Iztacala, contando con mesas, sillas, pizarrón, material didáctico y juegos educativos.

*Diseño:*

Reversible Multivariable (A-B-C-D-E-C-F-G).

A: Fase I Ambientación.

B: Fase II Pre-evaluación (Lenguaje Control -- Ecoico).

- ✓ C: Fase III Pre-evaluación (Lenguaje Funcional).  
3/ D: Fase IV Implantación del Lenguaje Funcional con instigación.  
E: Fase V Desvanecimiento de instigación.  
4/ C: Fase VI Post-evaluación (Lenguaje Funcio---nal).  
5/ F: Fase VII Generalización.  
6/ G: Fase VIII Seguimiento. ✓

Material:

Hojas de registro, lápiz, regla, lápices de colores, tarjetas con dibujos, láminas ilustrando diferentes situaciones y reforzadores arbitrarios (comestibles y social).

Sesiones:

Las sesiones tendrán una duración de 30 a 45 minutos y el número de éstas para cada fase serán las necesarias para el cumplimiento del criterio establecido en respuestas correctas que dé el niño (del 90%) para pasar a la siguiente fase.

Definición de Respuesta:

La respuesta correcta será la aplicada al procedimiento de las diferentes áreas de lenguaje funcional. o sea,

que mediante una señal (estímulo) el niño responda correctamente dando la consecuencia (respuesta) natural por medio -- del ambiente en que se encuentre en ese momento.

Por ejemplo: cuando nosotros queremos algo o preguntamos por algo o alguien, los demás nos responden de forma natural, según la situación que se presente (Kozloff, --- 1980).

Procedimiento:

Fase I: Ambientación: Durante la primera semana se hará la ambientación con el niño, que consiste en realizar actividades de canto y juego con todos los niños de la clínica (CUST). Tres días después se realizará la interacción individual con Gabriel, para tener una relación con él.

Fase II: Pre-evaluación (Lenguaje Control Ecoico): Se realizará la pre-evaluación de lenguaje, con referencia al control ecoico, en sonidos, palabras, sílfones, diptongos, conceptos y mandos.

Con esta pre-evaluación se determinará qué tipo de repertorio de lenguaje tiene el niño y así se podrá tener un punto de partida para realizar el programa de Implementación de Lenguaje Funcional.

En el cubículo el niño se sentará frente al instructor en una silla, se le presentarán los estímulos de la pre-evaluación de lenguaje en control ecoico, se registrarán todas las respuestas que dé el niño.

Dentro de la evaluación se tomará en cuenta los siguientes aspectos:

1. Contacto ocular, espontáneo.
- 1/ 2. Contacto ocular ante la instrucción.
- 2/ 3. Cooperación al solicitárselo.
- 3/ 4. Fijación visual, ante objetos, partes del cuerpo, rostro y boca.
- 4/ 5. Hábitos de trabajo.
- 5/ 6. Imitación.
- 6/ 7. Emisión de sonidos, sin recompensa y estímulo.
- 7/ 8. Emisión de sonido, control visual.
- 7/ 9. Imitación de sonido, sílaba y palabra (control ecoico).

Fase III: Pre-evaluación (Lenguaje Funcional): -

En esta fase se tomarán las diferentes áreas del lenguaje funcional como, nombrar, pedir, identificar y describir, contestar preguntas, decir "hola y adiós", usar frases y oraciones, identificar uno y más de uno, usar preposiciones, pronombres, antónimos y palabras de tiempo (antes y después). Como vemos las diferentes áreas de lenguaje funcional van de

Lo más fácil a lo más difícil.

Por lo tanto es importante que se empiece desde el primer concepto. [Para esta pre-evaluación se colocará al niño en la situación experimental. Ante la presentación de cada estímulo, se registrarán todas las respuestas correctas e incorrectas que dé el niño, en esta fase no se reforzará ninguna de las respuestas.] Primeramente se evaluará el área de nombrar: aquí se pedirá al niño que diga el nombre de los -- objetos y se le preguntará; ¿Qué es esto? o ¿Esto es?, y el niño responderá el nombre del objeto. Y así se seguirá evaluando cada una de las áreas, presentando primeramente el estímulo para que el niño pueda responder.

Se hará de la siguiente manera y con los estímulos que se mencionan a continuación:

Area I: *Ejemplos*  
Nombrar.

Pregunta: ¿Qué es esto? o ¿Esto es un o una ...?

1. Manzana
2. Taza
3. Bote
4. Lápiz
5. Flor
6. Pelota

7. Silla
8. Mesa
9. Coche
10. Mano, .... (hasta completar 25 estímulos).

Area II: Pedir.

Pregunta: ¿Qué quieres?

Respuesta: Quiero un o una ...

1. Galleta
2. Salir
3. Dibujar
4. Agua
5. Sopa
6. Pañuelo
7. Sentarme
8. Comer
9. Irme
10. Pararme, ... (hasta completar los 25 estímulos).

Area III: Identificar y describir objetos.

Dame la o el ...?

De qué color es ...?

Qué estas haciendo el o la ...?

Señala el o la ...? (hasta completar 25 estímulos)

Estos estímulos se presentarán en forma alternada cada uno.

Area IV: Contestar preguntas.

¿Cómo te llamas?

¿Cuántos años tienes?

¿Dónde vives? ... etc. (hasta completar 25 estímulos).

Realizando diferentes preguntas.

Area V: Decir "Hola y Adios" (ante cualquier persona y situación).

Area VI: Usar Frases y Oraciones.

Usando 25 estímulos, contestando preguntas, nombrando, pidiendo y describiendo cosas, personas, etc.

Area VII: Identificar uno o más de uno.

Taza - Tazas

Pelota - Pelotas ... (hasta completar 25 estímulos)

Area VIII: Usar Preposiciones.

Se harán preguntas de en dónde están las cosas, --

utilizando las diferentes preposiciones como: a, - ante, bajo, sobre, etc. (hasta completar los 25 es t́mulos).

Area IX: Usar Pronombres.

Se utilizarán los pronombres: yo, tú, él, mi, ella, y nosotros. Usando oraciones como "Yo tengo una - pelota", etc., (así hasta completar los 25 estímulo- los).

Area X: Usar Antónimos.

Usando diferentes conceptos:

Hombre - Mujer

Papá - Mamá

Niño - Niña ... etc. (hasta completar los 25 estímulo- mulos).

Area XI: Usar palabras de tiempo (antes - despues)

Antes: ¿Qué has hecho antes de comer?

Después: ¿Qué hiciste después de ver la T.V.?

(hasta completar los 25 estímulos por medio de pre guntas en forma alternada).

En cada una de las áreas se presentará el estímulo dejando un intervalo de 5 a 10 segundos para contestar, se -



realizarán 5 ensayos con cada estímulo.

En esta parte no se reforzarán ninguna de las respuestas que presente el niño. En esta fase se presentarán 25 estímulos en cada una de las áreas con 5 ensayos cada uno y su presentación será alternada. La duración de cada sesión será de 45 minutos y se trabajará en 5 días.

**Fase IV:** Implementación de Lenguaje Funcional con Instigación: En esta fase se llevará al niño al cubículo, en la situación experimental, el instructor le modelará la conducta según el área de lenguaje funcional que se está trabajando (I a la XI). Dependiendo de los resultados obtenidos en la pre-evaluación de lenguaje funcional, se seleccionarán las áreas del programa que se entrenarán, ya que se observó en ésta que el niño no presenta problemas en alguna de las áreas.

Se trabajará de la siguiente forma: se le presentará el estímulo (señal, objeto o dibujo), y se le hará la pregunta según el área I, se le hará la pregunta ¿Qué es esto?, una vez que el niño vea el estímulo se le darán de 5 a 10 segundos para contestar, en caso de no responder se instigará la respuesta, de no ser necesario que se le instigue porque conteste correctamente se le reforzará (social o comestible) "Bien", "Muy bien", o con un dulce o galleta. El reforzamiento social, se le dará cuando el niño termine la presenta

ción de cada estímulo con su respuesta respectivamente. Y el reforzamiento comestible se le proporcionará cuando dé -- por terminada la sesión, teniendo la mayoría de las respuestas correctamente. Los estímulos que se manejan en esta fase serán diferentes a los utilizados en la pre-evaluación de lenguaje funcional. En cuanto a las otras áreas, como la II (pedir cosas), se le enseñará a pedir las cosas correctamente como por ejemplo: "Dame de comer", o "Dejame salir", --- etc., y esto se hará hasta que el niño tenga la iniciativa propia de pedir las cosas, este tipo de criterio se manejará por medio de situaciones fuera del cubículo.

Posteriormente se pedirá la descripción e identificación de objetos y situaciones (área III), por medio de preguntas, como por ejemplo: "Dime qué está haciendo la niña", etc. Después se harán preguntas simples (área IV), como por ejemplo: "¿Cómo te llamas?", "¿Cómo estás?", etc. De igual forma se hará con el área V ("Hola y Adiós"), tratando de -- que el niño responda al saludo y despedida de la gente que lo rodea.

Cuando empiece con Frases y Oraciones (área VI), se hará con palabras que contenga el vocabulario del niño, y con relación a las otras áreas de la I a la V, como por ejemplo: "Yo quiero un chocolate", "Tengo una pelota de color rojo", etc. Dentro de esta área se incluye la "y" para nombrar o describir cosas que él ve, como por ejemplo: "Hay --

una casa y un árbol", o "Veo un perro y un gato", etc. Las áreas de Identificación de uno y más de uno (área VII), así como la de preposiciones (área VIII), al igual que los pronombres (área IX), antónimos (área X) y palabras de tiempo (área XI), se trabajarán por medio de oraciones y descripciones de objetos y situaciones, como por ejemplo: "La taza está bajo la mesa", "La pelota es mía", "Estoy durmiendo en mi cama", etc., y así como vaya avanzando el programa. En todas las áreas de entrenamiento de lenguaje funcional se empleará la investigación en caso de no responder correctamente, y consistirá en la ayuda verbal como por ejemplo: en el caso de "La pelota es mía", ¿De quién es la pelota, tuya o mía?, y en caso de responder bien se reforzará socialmente "Bien" o "Muy bien", y por consecuencia al término de la sesión será un comestible (dulce o galleta), porque esto es lo que más le gusta comer.

Cada sesión durará 45 minutos o constará de 5 ensayos con cada uno de los estímulos alternándolos en su presentación, y se dará el número de sesiones necesarias para cumplir el criterio del 90% de respuestas correctas en cada área. Cuando se cumpla el criterio en todas las fases se pasará a la siguiente.

Fase V: Desvanecimiento de Instigación: Esta fase se hará de igual forma que la fase anterior (IV) con cada

una de las áreas (I a la XI) de lenguaje funcional. Sólo -- que aquí no se reforzará ni se instigará en ninguna de las - respuestas que el niño dé, ya sea de tipo social o comesti-- ble en todo caso el reforzamiento se dará en forma natural - ante la situación dada.]

Esta fase se dará por concluida cuando se cumpla - el 90% de respuestas correctas sin instigación. Cuando se - presente el caso de que no responda correctamente se dará -- una forma de instigación por medio de una forma natural para que responda, dándole de 5 a 10 segundos, por ejemplo: Se - le dirá al niño "Quieres una galleta", Él responderá "Sí --- quiero una galleta", y dando la respuesta correcta. En caso de necesitar la instigación, "Quieres una galleta, sí o no?". Tratando de que el niño conteste "sí quiero la galleta".

Cada sesión durará 45 minutos y el número de sesio-- nes serán de acuerdo al cumplimiento del criterio estableci-- do anteriormente.

[Fase VI: Post-evaluación: En esta parte del pro-- grama se realizará una evaluación que será igual a la pre--- evaluación incluyendo una lista adicional de nuevos estímu-- los en las diferentes áreas de lenguaje funcional (I a la XI), y así se evaluará si se cumplió el objetivo del programa y - el tiempo requerido.]

Fase VII: Generalización: Después de que el niño adquiriera el lenguaje funcional es una situación controlada, se generalizará tanto en su casa como en otras situaciones y a la vez con otras personas dentro y fuera de la familia. - Se trabajará en esta fase, hasta que el niño nombre, pida, describa e identifique, y forme frases y oraciones, hasta llevar una conversación más coordinada.

En esta fase se le dará un entrenamiento a la madre para que le ayude al niño a mejorar su lenguaje ante cualquier situación dentro y fuera de su casa, siguiendo los mismos pasos realizados en la fase de entrenamiento.

Cuando se presente algún tipo de situación diferente a la comúnmente presentada, se le ayudará al niño para que se familiarice con ésta, para que no se sienta desubicado o fuera de la situación.

Fase VIII: Seguimiento: Se harán evaluaciones cada 15 ó 20 días para observar que no decremente la conducta de lenguaje funcional y también saber si el programa fue el adecuado para el entrenamiento del niño en esta área.

Forma de Registro: Los registros se harán con intervalo variable de 5 a 10 segundos entre cada respuesta que se vaya a dar y en la presentación de cada estímulo. Las --

respuestas se registrarán de la siguiente forma: las correctas se marcarán con una paloma (✓), y las incorrectas con una cruz (X) ] todas las respuestas se registrarán y deberán ser iguales a las que dé el instructor, de acuerdo al criterio establecido en la forma de cómo debe de responder. ] (Cuando el niño no dé la respuesta correcta se le instigará por parte del instructor y se registrará con una paloma y un punto (✓), ] y esto se hará cuando se presente el estímulo (objeto, tarjeta o lámina) y el niño conteste correctamente durante el tiempo establecido, entonces se le ayudará dando la respuesta correcta.

HOJA DE REGISTRO

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Fase: \_\_\_\_\_ Hora final: \_\_\_\_\_

Area: \_\_\_\_\_

Estímulo

Ensayos: 1 2 3 4 5

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

10.-

11.-

12.-

13.-

14.-

15.-

16.-

17.-

18.-

19.-

20.-

21.-

22.-

23.-

24.-

25.-

## R E S U L T A D O S

A continuación se presentarán los resultados de este trabajo consistente en la implementación de un programa de lenguaje funcional en un niño con características autistas. Las fases realizadas fueron las siguientes:

- Ambientación.
- Pre-evaluación de lenguaje en control ecoico.
- Pre-evaluación de lenguaje funcional.
- Entrenamiento de lenguaje funcional con instigación.
- Desvanecimiento de instigación de lenguaje funcional.
- Post-evaluación de lenguaje funcional.
- Generalización.
- Seguimiento.

Ahora bien, los resultados de cada una de las fases se describirán a continuación:

1) Ambientación: Se trabajó durante una semana logrando que el niño se adaptara tanto a la situación experimental como a las personas que lo rodean. Se realizaron actividades de cantos y juegos. Ésta se realizó con todos los niños que asistían a clínica de la CUSI (Clínica Universitaria de la Salud Integral).

2) Pre-evaluación de Lenguaje en Control Ecoico: -



Se aplicaron pruebas de control ecoico, éstas fueron para observar qué tipo de repertorio de lenguaje presentaba el niño en cuanto al control ecoico, en sus diversas áreas como fueron: sífonos, diptongos, palabras, conceptos y mandos (lenguaje expresivo) tomando en cuenta las siguientes características:

- 1) Contacto visual.
- 2) La instrucción.
- 3) Cooperación.
- 4) Atención.
- 5) Hábitos de trabajo.
- 6) Imitación.
- 7) Control Ecoico (esta característica se compone de sonidos, palabras y frases).

Esta última se realizó por la ecolalia que presenta Gabriel, ya que el porcentaje obtenido en esta pre-evaluación fue la siguiente:

Palabras: 100%  
Sinfones: 100%  
Diptongos: 100%  
Conceptos: Colores, 100%  
Objetos; 100%  
Para qué es esto?; 0%  
Formas; 0%  
Localización; 0%  
Mandos: 100%.

3) *Pre-evaluación de Lenguaje Funcional*: Se evaluaron las once áreas de lenguaje funcional con presentación de 25 estímulos cada una, en 5 ensayos en forma alternada, - se registraron todas las respuestas que dio Gabriel, tanto - las correctas como las incorrectas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

TABLA I

Area	Concepto	Porcentaje de Res-- puestas correctas.
I	¿Qué es esto?	100%
II	"Quiero y Dame"	80%
III	"Identificación y Descripción de - objetos"	70%
IV	"Contestar Preguntas"	60%
V	"Hola y Adios"	100%
VI	"Usar Frases y Oracio <u>o</u> nes"	0%
VII	"Identificar uno y más de uno"	99.8%
VIII	"Usar Preposiciones"	75%

Area	Concepto	Porcentaje de Res-- puestas correctas.
IX	"Usar Pronombres"	80%
X	"Usar Antónimos"	0%
XI	"Usar palabras de tiempo (Antes - Des- pués)".	20%

Como vemos, los resultados que muestran la tabla I se dan en forma general, pues las áreas I y V que obtuvieron el 100% en esta fase, no se trabajaron en la fase de entrenamiento. Ahora bien, las áreas VI y X como se vió tuvieron - el 0%, y las demás áreas variaron en un porcentaje del 60 al 99.8% y el área XI con un 20% en sus respuestas correctas.

Por lo tanto la pre-evaluación de lenguaje funcional mostró que Gabriel no tiene bien establecida una funcionalidad en su lenguaje para poder tener una conversación correcta. Además de que Este no tiene la funcionalidad adecuada debido a su ecolalia. (Ver gráfica # 1).

4) Entrenamiento para Implementación de Lenguaje Funcional: En esta fase se realizó el entrenamiento de la - implementación del lenguaje funcional, se trabajó con cada - una de las áreas que se evaluaron anteriormente (fase III), excepto las áreas I y V que obtuvieron el 100% de respuestas

correctas. En cuanto a las otras áreas, se trabajó con 25 - estímulos en total para cada una de éstas, sólo que la presentación de los estímulos fue de 5 en 5 progresivamente, durante 5 ensayos en forma alternada. Por lo tanto cada una de las áreas se trabajó con diferente número de sesiones dándose los siguientes resultados:

TABLA II

Area	Concepto	Sesión	Porcentaje de respuestas correctas.
II	"Quiero y Dame"	1	65%
		2	70%
		3	80%
		4 y 5	90%
		6	94%
		7	98%
		8 a la 16	95%
		17 y 18	99%
III	"Descripción e Identificación de objetos"	1	75%
		2	80%
		3 a la 8	100%
IV	"Contestar Preguntas"	1 a la 8	100%
VI	"Usar Frases y Oraciones"	1 a la 8	100%

Area	Concepto	Sesión	Porcentaje de res-- puestas correctas.
VII	"Identificación de uno y más de uno"	1 a la 8	100%
VIII	"Usar Preposi-- ciones"	1 a la 8	100%
IX	"Usar Pronombres"	1 a la 8	100%
X	"Usar Antónimos"	1 a la 8	100%
XI	"Usar palabras de tiempo (antes - después)".	1 a la 8	100%

Después de que se cumplieron los 25 estímulos en la sesión 5 se trabajaron tres sesiones más, en la sexta se trabajaron los 25 estímulos nuevamente, y en la séptima y octava se cambiaron los estímulos por una nueva lista. Esta se hizo para observar si Gabriel se memorizaba los estímulos o si en realidad había una implementación del lenguaje funcional (ver gráfica # 2).

Nota: Las áreas I y V no se reportan porque no se trabajaron en el entrenamiento.

Los resultados presentados en la tabla muestran -- que el área II (Quiero y Dame), fue en la que se trabajó con más sesiones con un total de 18, ya que en ésta se presentaron de 5 en 5 estímulos hasta completar los 25, además de -- que no se cumplía el criterio establecido del porcentaje de respuestas correctas que fue del 90%, como se ve en la tabla II a partir de la sesión 4 se cumplió el criterio pero se si guió trabajando con más sesiones porque se observó que Ga--- briel se aprendía rápidamente la presentación de los estímulos y las respuestas correctas de estos. Para esto se cambió la lista de estímulos en las dos últimas sesiones (17-18) observando que el aprendizaje de las respuestas era el adecuado o si el niño se adaptó a la situación, y siendo el caso de haberse aprendido las respuestas se logró la finalidad del trabajo y tener así una funcionalidad del lenguaje.

En el área III, el trabajo se realizó en menor número de sesiones, con un total de 8, tomando en cuenta que - a partir de esta área se trabajó con la presentación de 5 en 5 estímulos por cada sesión hasta completar los 25 estímulos, logrando un porcentaje más alto que en el área anterior. Ya que en la sesión 1 fue con 75%, la 2 con 80% y a partir de la sesión 3 y hasta la 8 se obtuvo el 100% de respuestas correc tas, cumpliéndose el criterio establecido para pasar a la si guiente área.

A partir del área IV hasta la XI se trabajó con 8

sesiones cada una obteniéndose el 100% de respuestas correctas en todas las sesiones de cada una de las áreas. En estas también se trabajó con una lista de 25 estímulos, con la presentación de 5 en 5 ensayos en forma alternada. Cambiando también la lista de estímulos en las dos últimas sesiones (7 y 8).

5) Desvanecimiento de Instigación: En esta parte del programa se realizó de igual forma que en la fase de entrenamiento con cada una de las áreas y con 25 estímulos, sólo que aquí no se instigó ninguna de las respuestas que dio Gabriel dándose el 100% de respuestas correctas en todas las áreas (II a la XI) y sin reforzamiento social o comestible.

6) Post-evaluación de Lenguaje Funcional: Se realizó de igual forma que en la pre-evaluación, donde un porcentaje del 100% se obtuvo de respuestas correctas en todas las áreas que se trabajaron durante el entrenamiento incluyendo el área I y V.

Las listas constaron de 25 estímulos cada una, registrándose todas las respuestas dadas por el niño (Ver gráfica # 3).

7) Generalización: Se trabajó con 10 sesiones en total en su casa y en la clínica, se llevó a cabo con varias

conversaciones realizadas con Gabriel y con su mamá, maestras y compañeros del grupo al que asistía Gabriel en la clínica, ésta se realizó por medio de preguntas y respuestas relacionadas con sus actividades cotidianas y ante cualquier situación.

La conversación se manejó con las diversas áreas del lenguaje funcional, para ver que tan bueno fue el entrenamiento y también el aprendizaje de Gabriel.

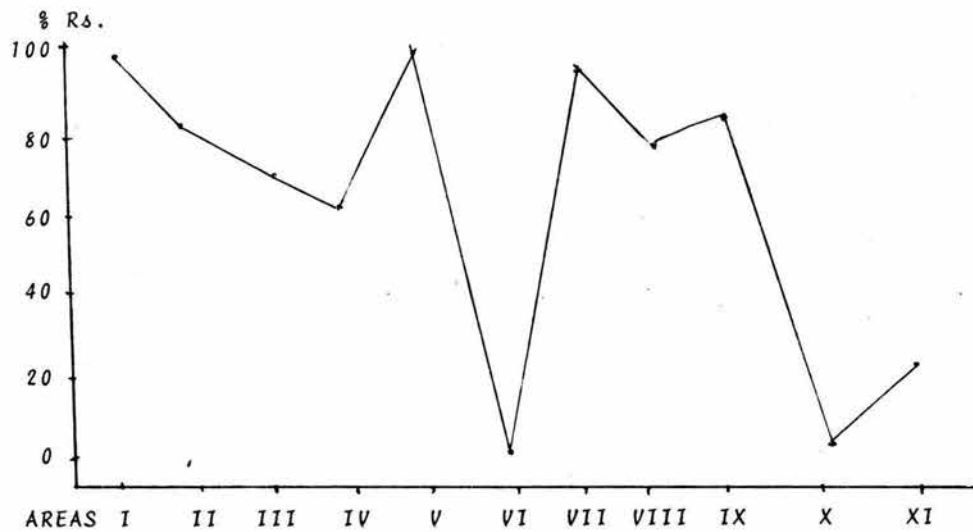
Para esto se le dio un entrenamiento a la madre para que ayudara a Gabriel a la adaptación en las situaciones que se le presentaran y desarrollara una buena funcionalidad de su lenguaje funcional.

8) Seguimiento: La parte de seguimiento se realizó en 4 sesiones con dos evaluaciones para ver si se cumplió el objetivo del trabajo. Dándose un 100% de respuestas correctas en las dos evaluaciones finales. Ésta se trabajó con 15 días durante dos meses, dándose el criterio establecido para darse un lenguaje funcional en el niño.

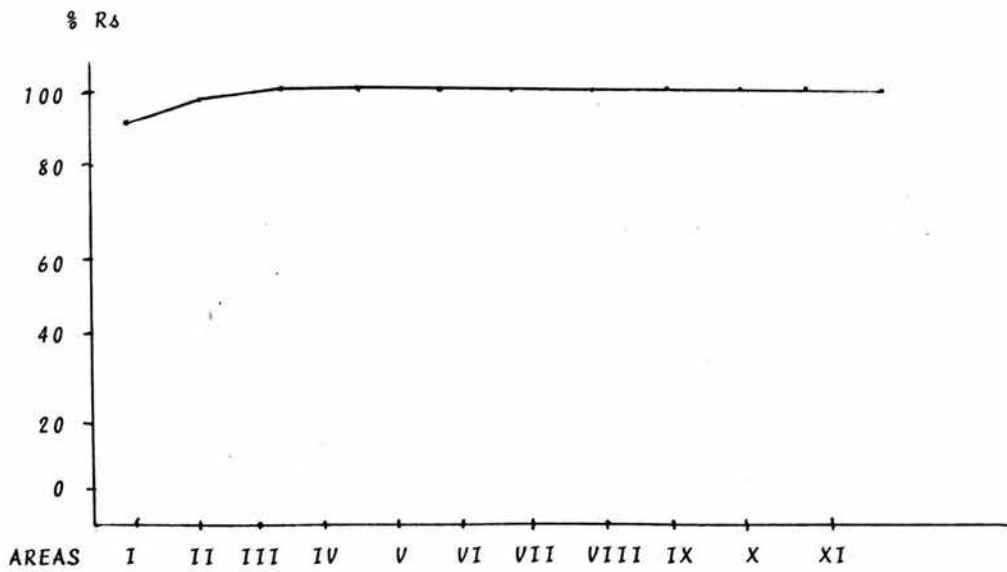
Mantenimiento: Esta fase no se realizó por separado, sino que se integró al programa en forma general, de tal manera que se realizó tanto en su casa como fuera del cubículo en forma general en todas las actividades que realizara el niño fuera del entrenamiento.



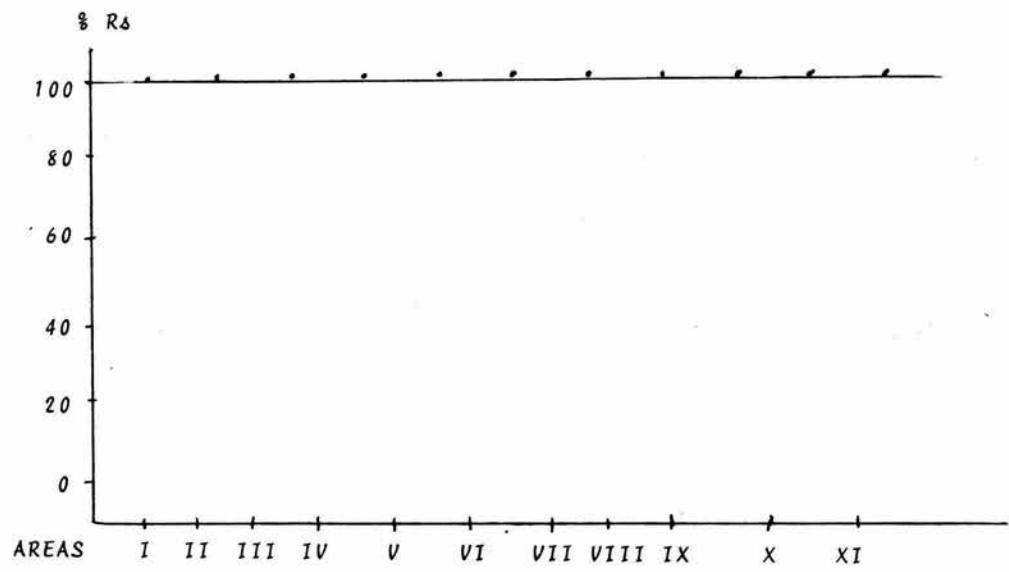
Gráfica Núm. 2 Fase de Pre-evaluación de Lenguaje Funcional.



Gráfica Núm. 2 Fase de Entrenamiento con Reforzamiento.



Gráfica Num. 3 Fase de Post-evaluación de Lenguaje Funcional.



D I S C U S I O N

En forma general se vio que el programa diseñado y aplicado para el desarrollo del lenguaje funcional, fue el adecuado ya que el tiempo requerido para realizarlo fue corto, y el objetivo se cumplió desde en inicio del programa durante la fase de entrenamiento. Esto también se dio por la cooperación de Gabriel y de su mamá dentro de la realización de esta tesis.

En cuanto al trabajo con respecto a Gabriel se dieron buenos resultados ya que aparte de la implementación del lenguaje funcional, su socialización incrementó y esto influyó en sentido positivo en su "carácter" mostrando más interacción social con los demás, dando a la vez un decremento a la presentación de las conductas autistas ante cualquier persona y situación.

También mostró su avance cuando trataba de corregir por él mismo las respuestas incorrectas a correctas fuera del programa, y esto sirvió como sondeo para el mantenimiento del lenguaje, y lo hacía de la siguiente forma: por ejemplo, cuando usaba los pronombres, en caso de que él dijera "dame tu camisa", se corregía, "no así no, dame mi camisa". Por lo general cuando invertía el pronombre se debía a la ecolalia que presentaba, pero ésta decreció conforme avanzó el programa.

*E. niño*  
Gabriel siempre cooperó para la realización del --  
trabajo, pero en ocasiones no lo hacía y era cuando presenta  
ba algunas conductas como llanto, ansiedad o auto-estimula-  
ción, esto se debía a que el niño llegaba muy nervioso a la  
sesión de trabajo durante el inicio del programa, este tipo  
de conductas se presentaban debido a que en su casa presen-  
ciaba algún tipo de situación negativa para él, como discu-  
siones de los padres, o algo similar.

También presentaba algunos pensamientos negativos  
hacia su persona como "Gabriel se quiere morir" o "Él se ---  
quiere ir con su abuelita" (sabiendo que su abuelita ya ha-  
bía fallecido), algunas frases similares. Estas formaban --  
parte del cuadro de conductas que presentaba en algunas oca-  
siones, esto ocurría cuando su estado emocional estaba mal -  
debido a la situación familiar que se presentaba cuando lo -  
regañaban o había alguna discusión, además él presenció la -  
muerte de su abuelita y una caída de la azotea del padre.

*P. con momento determinado*  
Pero observamos que todas estas conductas fueron -  
desapareciendo conforme se trabajaba en el programa tanto en  
forma grupal como individual. Aquí nos referimos a que Ga-  
briel se integró rápidamente al grupo de compañeros que asis-  
tían a la práctica en la clínica, teniendo una influencia pa-  
ra la implementación de lenguaje funcional, así como de su -  
conducta social en situaciones generales.

Ahora bien, el trabajo realizado en esta tesis de Implementación de lenguaje funcional fue basado en el trabajo de Kozloff (1981), con un programa de ocho fases utilizando las técnicas de modelamiento e imitación usándose en forma simultánea dentro del entrenamiento, ya que al mostrar la conducta al niño por el instructor, él imitará la conducta de la misma forma. Para ayudar al niño a realizar la conducta correcta se utilizó la instigación verbal durante el entrenamiento al igual que el reforzamiento social y comestible obteniéndose mejores resultados durante esta fase, ya que se dio rápidamente la conducta deseada.

Posteriormente, se realizó la fase de desvanecimiento de la instigación y del reforzamiento (comestible y social), ya que aquí sólo se dio un tipo de reforzamiento natural, o sea que al contestar el niño correctamente se le reforzaba respondiéndole en forma natural, de la siguiente forma: Cuando se le mostraba el estímulo como por ejemplo: "Mostrarle que sus compañeros salían a jugar, él decía "quiero ir a jugar", se le respondía a su petición, "si vamos a jugar", y se le llevaba. En ocasiones este tipo de situaciones era necesaria para ayudar al niño. Y esto se dio gracias a que Gabriel tiene la facilidad de adaptarse a la situación que se le presentará.

En cuanto a las conclusiones del trabajo en general podemos decir que:

- El autismo no ha sido definido específicamente, sino que ha tenido varias descripciones por medio de sus características su etiología, comportamiento del niño, tanto emocionalmente como su estado físico.

Pero sabemos que éste está clasificado como un síndrome que se da en los niños antes de los tres años de edad, dando su diferencia entre los esquizofrénicos y psicóticos.

Las principales características del autismo son: antisocialización, problemas de lenguaje como ecolalia, mutismo y distorsión de lenguaje; conductas estereotipadas, buena memoria y apariencia física normal, dándose más en niños que en niñas, según varios autores como: Kanner (1978), Shopler (1971) y Ritvo (1976).

- En cuanto al tipo de tratamientos que existen como el psicoanálisis, el cognoscitivismo, el farmacológico y el conductismo, que se utilizan para la rehabilitación del niño autista en sus diversos problemas como en lo emocional y lo conductual. Estos se han utilizado por separado y en combinación, y cada uno tiene sus diferentes técnicas, ya sea por medio de juegos, métodos psicopedagógicos, por medicamentos, o por medio de observación, entrevistas, estudios o pruebas psicológicas y pedagógicas.

Dependiendo del tipo de trabajo que se realice en los tratamientos y del que se vaya a utilizar, ya que todos son buenos para la rehabilitación del niño autista en sus diversos problemas a tratar.

En cuanto a qué tipo de tratamiento que utilice -- con Gabriel fue con las técnicas de modificación de conducta, por medio de la observación, y la aplicación de pruebas y estudios psicológicos, para ver que tipo de problemas presenta ba y afectaba al niño, ya que dentro de la familia sí habían problemas emocionales pero por la falta de cooperación de ésta no se trabajó con ella, sólo con el niño realizando diferentes actividades dentro del programa de trabajo, tratando de ayudar a Gabriel a decrementar su ecolalia demorada, e incrementar su conducta social y algunas conductas emocionales como; la ansiedad, la tensión, y el llanto, etc., por medio de situaciones agradables para él como convivios, paseos, -- etc.

- Las técnicas de modificación de conducta son -- más efectivas que todos los tratamientos, en cuanto a el --- tiempo de duración, el costo y el tipo de técnicas que se utilizan ya que se adaptan en forma individual y grupal, tanto en el niño autista como en cualquier tipo de problema en general ya sea para la implementación o extinción de conductas de cualquier tipo, en caso de este trabajo fue para implementar el lenguaje funcional.



También, estas técnicas se combinan con otro tipo de tratamiento para tener un mejor resultado en la rehabilitación conductual y/o emocional, ya sea en grupo o individual, para la integración del niño al centro o escuela de educación especial, o a la sociedad en que vive.

- En cuanto al trabajo en la práctica la técnica utilizada para el tratamiento fue la de modelamiento, dando un buen resultado en la implementación del lenguaje funcional, requiriéndose un tiempo muy corto para la elaboración del tratamiento y también al costo, ya que si se hubiera utilizado otro tipo de tratamiento se tendría que haber elaborado en más tiempo y con un costo más alto en lo que se refiere a material utilizado, además de que se recomienda más el uso de estas técnicas para obtener un mejor resultado y también tener la facilidad de que se adapta a cualquier situación o ambiente y al sujeto. Teniendo una mayor eficacia desde el principio de la aplicación del programa.

B I B L I O G R A F I A

- Aberastury A. Dos corrientes en Psicoanálisis de niños Ed. - Imán. Buenos Aires, 1951.
- Alvarez C. y Myseey X. En Revista de Psicología. Sep.- Oct. 1976, Ed. J.M. p.p. 10 - 16. México, D. F.
- Brooker A. y Mareth T.R. Psychological Reports, 1982 50, p.p. 587-592. U.S.A.
- Carr E., Bonkoff J.A. y Kologinsky E., Journal of Applied Behavior Analysis. 1978, 11, 489-501. U.S.A.
- Cepeda Islas M.L. Descripción Teórica Metodológica de la Aproximación Conductual y Neuropsicológica en el estudio del Autismo. Tesis Profesional, E.N.E.P. Iztacala, 1985. México.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Vol. 1. p.p. 245-253, Vol. 2, p.p. 722-723, 864-865, 871-873. Vol. 3, p.p. 1130-1131, 1215, 1243-1247, 1367-1368, 1369-1375, 1375-1376, 1395-1396. Ed. Diagonal Santillana, 1986. Méx.-España.
- Eisenberg, L. In American Journal of Psychiatry, 112 p.p. 607-613. U.S.A.
- Enciclopedia Práctica de la Pedagogía. Vol. 1 Cap. 3, p.p. -- 79-136. Ed, Océano 1987. México.
- Furieux B. y Brian R. Special in Education. 1977 U.S.A.

Finegan J.A. Journal Child Pschold Psychiatry, Vol. 20 p.p. 119-128 U.S.A.

Jacobo Z. Algunos Aportes para la Reflexión de la Educación Especial y el Sujeto de la Educación Especial. Nov. 29, 1985. México.

Kanner L. En Nervous Child. Vol. 2, p.p. 217-250, U.S.A.

Kosloff M.A. Cap. 13 de El Lenguaje y la Conducta en la Infancia, Problemas y Tratamientos. Ed. Contando, S. A. Barcelona 1980.

Op. Cit. Cap. 12.

Lovaas, O.I. Desarrollo del Lenguaje Mediante la Modificación de Conducta. Ed. Debate Colección Universitaria, 1981, México.

Lovaas O.I. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 7, Núm. 1, p.p. 31-43. U.S.A.

Lovaas O.I. y Nelson K. En Behavior Reserch and Therapy, Vol. 5, p.p. 159-175. U.S.A. 1975.

León AL. Habla y Lenguaje. E.N.E.P. Iztacala UNAM Inédito -- México.

Marchadier H. Juegos en el agua, Educación 1975, Buenos Aires, Argentina.

- Newson, C.D., Carr y Lovaas O.I. The Experimental Analysis - and Modification of Autistic Behavior. En R. Davison (ed) Modification on Fatological Behavior, George Press Inc. New York 1979, p.p. 131-145.
- Paluszy M. Autismo: Guía Práctica para Padres y Profesionales. Ed. Trillas, México, 1987.
- Prior N.R. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 7 Núm. 4 p.p. 357-380, Australia, 1978.
- Riviere A. y Beinchon. Los trastornos de la Comunicación en - el Niño. Ed. Monpowd, 1980, p.p. 295-310. Canadá.
- Rutter M. En Concep and Tratament. Cap. I, Londres Inglate--  
rra, 1978.
- Ribes I.E. Técnicas de Modificación de Conducta; Su Aplicación  
al Retardo en el Desarrollo. Ed. Trillas, México, 1978.
- Risley T. y Wolf M. En: Ulrich R, Control de la Conducta Huma-  
na, Vol. I, Ed. Trillas, México, 1977, p.p. 343-351.
- Sarnoff A.M., Higgind J. y Krishernbaun J. Psicología para To-  
dos. Vol. 2, Ecuador, 1981, p.p. 356-366.
- Cheirbman L. y Carr E. Journal of Applied Behavior Analisis.  
U.S.A. 1978, Vol. 11, p.p. 453-463.
- Shapiro, T.H. With Autistic Children. En Rutter M. y Shopler  
E. Ed. Autism. Plemun Press, Londres, 1978. p.p. 357-369.

Sloane H.M. y Harris R. En Bijuo y Rayek, Análisis conductual aplicado a la instrucción. Ed. Trillas, México, 1980. p.p. 551-558.

Tustin F. Autismo y Psicosis Infantiles. E. Paidós-Psiquiatría. Ecuador. 1984.

Wing L. La educación del niño autista: Guía para padres y maestros. Ed. Paidós Ecuador, 1981.

Wolf, M. Riskey T. y Mees H. En Ulrich R. Vol. I, Control de la Conducta Humana. Ed. Trillas, México, 1977. p.p. 332-342.