

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

1975  
14



**"AUTISMO INFANTIL PRECOZ"**



**T E S I S**

Que para optar por el título de  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**p r e s e n t a :**

**NORMA ALICIA LEON ROBLES**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 querido esposo

## R E C O N O C I M I E N T O

Expreso mi reconocimiento al Doctor Alan J. Ward, quien fuera mi supervisor durante mi enrenamiento como psicoterapeuta infantil en " Eastern State School and Hospital". Trevose, Pennsylvania, y que me permitió colaborar estrechamente con él, en su proyecto sobre autismo infantil y despertó mi interés en estos niños tan afectados.

Agradezco así mismo la ayuda aunque más indirecta del Doctor Alan Handford. Al Doctor Sergio Toscano por su ayuda y dirección de esta Tesis. A los especialistas en Psiquiatría Infantil que me proporcionaron los datos estadísticos, tanto de su consulta privada como de los servicios donde se practica esta especialidad.

Finalmente quisiera agradecer en forma especial la colaboración del Doctor Enrique Lechner a cuyo lado he trabajado en forma coordinada en el manejo del caso que se presenta en esta tesis.

# I N D I C E

	Página
PROLOGO	5
INTRODUCCION	7
NOTAS HISTORICAS	12
TEORIAS SOBRE AUTISMO	16
REVISION DE DIFERENTES TECNICAS	
TERAPEUTICAS	26
PRESENTACION DE CASOS	59
INTENTO DE CASUISTICA EN MEXICO	84
DISCUSION	87
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAFIA	94

## LISTA DE TABLAS

	Tabla	Pag.
Comparación de una 1a. y 2a. opinión de 445 niños con desórdenes de conducta.	I	21
Sintomatología del Autismo <u>in</u> fantil precoz, sus variantes y ciertos casos de esquizofrenia.	II	22
Evaluación de características diagnósticas en una población de 20 niños autistas.	III	53

## P R O L O G O

Después de haber llevado a cabo mi práctica psicológica en lugares como el antiguo manicomio de México, y en Byberry (Philadelphia State Hospital ) Filadelfia con 6000 enfermos mentales en donde la situación es deprimente y ver lo terriblemente patético de la enfermedad mental, veo que nada se iguala a la impresión que sufrí cuando tuve la oportunidad de colaborar con el Dr. Alan J. Ward en su Unidad de Investigación para niños autistas en Eastern State School and Hospital. Le agradezco el haberme encaminado a conocer y desarrollar la motivación para hacer algo por estos niños que pasan la mayor parte del tiempo -- sentados, quietos en una silla, dormidos o parados en un rincón y otras veces son activos, violentos, sus actividades únicamente lo afectan a él, pueden golpear su cabeza contra la pared, pegarse a sí mismos hasta producirse serias contusiones o usar sus uñas y dientes para desgarrar su propia carne. Algunos son "mudos", otros producen sonidos -- inarticulados o ecos del lenguaje que oyen a su alrededor; no hablan y cuando tratan de comunicarse, lo hacen por medio de gritos, pataleo, o a través de "atonismo".

Si el niño puede afectar su medio ambiente de esta forma, seguirá usando atavismos para su comportamiento. Cuando uno ve la canti

dad de control que algunos niños autistas ejercen en sus padres por medio de berrinches y otros atavismos, no es sorprendente que el comportamiento sea tan durable.

Los niños autistas son muy difíciles de tratar. Hasta hace poco fueron considerados como casos perdidos y, desgraciadamente se llegan a confundir diagnósticamente. Tristemente se van deteriorando y acaban en granjas de retrasados mentales profundos. Algunos terapeutas han tenido éxito con un prologando tratamiento residencial, otros, han usado métodos de modificación de conducta y somos varios ya los que hemos visto que hay algo que se puede hacer con estos niños que parecen vivir dentro de una caja de cristal irrompible en la cual, él no puede llegar a nadie y nadie puede llegar a él. Mi colaboración por el momento consiste en tratar de que se diagnostiquen a tiempo y mi propósito es contribuir al conocimiento de estos niños y colaborar en algo para que algún día conozcamos el arma destructiva de esa caja de cristal.

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

La existencia de psicosis infantil fué negada y por lo menos puesta en duda a pesar de que Breuler aseguraba haber trazado hasta la infancia los síntomas de demencia precoz en por lo menos 5% de sus pacientes que sufrían de dicha afección. Los síntomas en las psicosis infantiles son sumamente variados y proteos y rara vez dos niños psicóticos presentan un complejo sintomático similar; lo que ofrece serias dificultades para su estudio si éste es orientado desde el punto de vista - descriptivo, que es en Psicopatología el más universalmente aceptado.

Muchos autores han hecho un esfuerzo para describir las psicosis infantiles pero la mayoría de ellos engloban diferentes cuadros - -incluyendo a aquellos con desórdenes francamente neurológicos- en su nomenclatura. Por ejemplo Lauretta Bender llama "esquizofrenia infantil" a todos los casos de psicosis infantil, y su convicción es de que la etiología es puramente orgánica. Engloba casos con franca disfunción cerebral y orienta el manejo de sus casos a través de tratamiento puramente orgánico. B. Rank describe lo que ella llama "niño atípico", englobando tanto a los niños psicóticos como a muchos con serios problemas de conducta secundarios a daño cerebral. Otros autores han descrito casos en que el cortejo sintomático semeja a la esquizofrenia pa-

ranoide u otros tipos de esquizofrenia por lo que han decidido llamarlos como tales. Las nomenclaturas de psicopatología de la actualidad, adolescen de los defectos implantados por la psiquiatría descriptiva con la consecuente esterilidad. Estas deficiencias son aún más vividas en la psicopatología infantil. No es sino a través del estudio de la psicopatología del desarrollo como nuestro entendimiento de la psicopatología infantil - y aún del adulto - se ha visto enriquecida, aunque este punto de vista no sea universalmente aceptado.

El entendimiento de la complicada conjunción de múltiples factores en el desarrollo total, en el que interactúan los logros en las relaciones interpersonales con las ganancias cognoscitivas y la aparición de las modificaciones que impone el desarrollo psicosexual, el desarrollo físico en general y el desarrollo de los afectos; ha enriquecido poco a poco nuestros conocimientos tanto en el campo de la psicología normal como en la psicopatología.

Margaret Mahler ( 1952, 1949, 1953 ), a través de observar el desarrollo normal y anormal durante los primeros tres años de la vida nos ha dado conceptos que han enriquecido inmensamente el acervo legado por muchos maestros que desfilaron en la historia como Sigmund Freud, Ana Freud, M. Klein, Erikson, Spitz, J. Piaget, Federic Allen, etc. Sus aportaciones nos ofrecen nuevos horizontes no solo en el entendimiento de las psicosis infantiles sino también de las esquizofrenias y de la psicopatología en general. Con el marco de orientación que --

Mahler nos ofrece entendemos que las psicosis infantiles son diferentes - de acuerdo con los logros que el sujeto haya alcanzado en su desarrollo;- los defectos en dichos logros, y consecuencias de tales defectos en las -- funciones psicológicas multiplicándose sus reflejos en las funciones que - aparecerán en el curso del desarrollo.

De acuerdo con estas nociones es de pensarse y de hecho - existe una condición en la que en términos de desarrollo, el individuo no alcanzó nada, o mejor dicho, muy poco de esos logros que representan - la aparición de las funciones psicológicas que a su vez constituyen lo que es la mente humana. Este complejo sintomático fué descrito y denomi- nado " Autismo Infantil Precoz " por Leo Kanner quién inició dicha des --- cripción en 1943.

El niño que se diagnóstica como autista (AIP) es aquel que presenta un defecto básico y virtualmente total de la capacidad para esta- blecer relaciones interpersonales objetales con la madre y como conse- -- cuencia con cualquier persona; vive en un estado de aislamiento y reac- -- ciona con extrema desesperación frente a cualquier intento de interrumpir su aislamiento. De todo ésto se desprende el que no haga contacto - visual con las personas, que trate a las personas como objetos, que esta- blezca adhesión a objetos, que mantenga una tendencia a la mismidad, es decir, que no tolere cambios en el ambiente que le rodea, distribución de los muebles, etc; que mantenga una autoestimulación rítmica y una aten- ción monotópica a estímulos monótonos; que no pueda desarrollar una --

concepción del lenguaje y solo habla " como perico" y aun al crecer, --- cuando desarrolle el lenguaje, presente graves defectos conceptuales. -- Repitiendo un poco: Lo que más le caracteriza es su incapacidad para relacionarse y por lo tanto su falta de constancia objetal y los defectos cognoscitivos que esto determina, ausencia de la noción de tiempo y espacio, ausencia de la representación mental de sí mismo y de otros, ausencia - de la capacidad de síntesis, etc.

Independientemente de la etiología del autismo, ( AIP ) es decir de cualquier fenómeno que haya interferido con el establecimiento de la relación inicial materno - infantil, estas características descritas - son reconocibles y los casos pueden ser identificados y manejados en forma específica. La investigación a través de encuesta nos señaló que - en México son muy pocos los casos identificados en comparación a otros países y que por otra parte algunos niños diagnosticados no reúnen las -- características descritas y más bien presentan signos claros de daño cerebral. El interés de este trabajo es el de establecer un criterio-útil - para distinguir e identificar el AIP en México y el de proponer un manejo práctico, útil y factible de nuestros pacientes con autismo a través de un tratamiento que si bien no pretende llevar al paciente a la normalidad -- aunque ésta sea su meta, sí puede lograr una considerable adaptación y - un nivel más aceptable del desarrollo por lo que se refiere al aparato -- psicológico. La técnica propuesta pretende ser una contribución al campo de la terapia como única alternativa que tenga el niño autista a ser --

condenado a la institucionalización de por vida con manejo custodial como único tratamiento, siendo etiquetado más adelante solo como retrasado - mental o esquizofrénico indiferenciado en el mejor de los casos.

## NOTAS HISTORICAS.

En una revisión histórica desde la época de Hipócrates -- hasta fines del siglo XIX, es relativamente poco lo que encontramos sobre "Enfermedad mental en niños". De acuerdo con Ristch de Grote ( 1967 ); Al principio de las civilizaciones, tanto la enfermedad física como la mental se llegaron a considerar como la consecuencia de la cólera de los dioses contrariados, más tarde la enfermedad mental fué quedando en manos de hechiceros y de sacerdotes. Hipócrates fué el primero que clasificó a las enfermedades mentales; habla de la melancolía, delirium tremens, fobias, locuras puerperales, etc., su intervención fue decisiva al rechazar la medicina sacerdotal en beneficio de la observación clínica. No existían hospitales y eran los iatriones ( tiendas de medicina ) y algunas camas cerca de los templos de Esculapio, los únicos lugares destinados a aliviar a los enfermos. Más tarde los Valetudinarius de los romanos, eran casas ricas donde acogían a esclavos enfermos. -- Geraldus de Golle, siglo XII escribía "si los enfermos tienen necesidad de socorro de la medicina el único lugar donde pueden beneficiarse se encuentra en los monasterios, ya que en todo caso los monjes, en este --- país, son los únicos médicos.

En la Edad Media la epilepsia en un niño quedaba suprimida mediante el uso de un amuleto. El camino real de la cura pasaba por

la fe elemento indispensable para el tratamiento. La iglesia era la depositaria de los secretos de una farmacopea variada y empírica. Las alucinaciones desaparecían si se engullía con cuidado carne de lobo bien -- preparada.

En el siglo XVII en Francia se funda La Salpetriere, en 1657 de 628 detenidos suman 22 locos, 15 ciegos, 52 impotentes y lisiados, 72 inválidos, 34 enfermas del seno, 9 escrofulosas, 424 juvenes -- que trabajaban o cuidaban a 192 niños que tenían de dos a seis años. En 1663 Donal y Saintot escribían: Hay hoy en la Salpetriere 306 niños pequeños, 260 matrimonios, 280 imbéciles, enfermos seniles e incurables y 1732 mujeres y muchachos que trabajan.

De acuerdo con la historia de la psiquiatría, F. Alexander ( 1966 ) expone;

A fines del siglo XIX hubo intentos de describir problemas de psiquiatría infantil: H. Emminghaus publicó la obra titulada --- " Perturbaciones psíquicas de la infancia", en 1887 Carlos Darwin escribió "Un bosquejo biográfico de un niño", en 1876 James Scully publicó -- "Estudios en la infancia", en 1895 M. Shinn publicó " Notas sobre el desarrollo del niño"; en 1893 Stanly Hall fundó un seminario pedagógico, en 1891 Arnold Gessel estudió el desarrollo infantil.

La psiquiatría infantil es una adición reciente en el campo de los esfuerzos humanos, y empezó propiamente en el siglo XX. S.

Freud ( 1920 ) habla de su Teoría de sexualidad infantil, en 1909 se fundó el comite nacional de higiene mental en Nueva York, y no fué hasta 1921 - cuando en Boston se abre la primera clínica de orientación infantil. Ahí se inició el trabajo de equipo con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. En 1930 el gobierno americano ya tenía 500 de estas clínicas. - En 1936 se establecieron mesas redondas de psiquiatría de la infancia en las sesiones anuales de la academia americana de Pediatría.

Después de S. Freud fué un psicoanalista vienés, H. Van - Hug Hillmulth quién publicó un estudio de la vida mental del niño e inicia la terapia de juego. Melanie Klein publicó en 1932 el libro "Psicoanali-- sis de niños" y estudió sus casos visitando a la familia de sus pacientes, lo que discontinuó y pensó que por medio del juego el niño lograba expre-- sar situaciones familiares que le producian ansiedad y los empezó a ver-- en su consultorio jugando con ellos elaborando así una teoría psicodinámi-- ca de la infancia.

Ana Freud en 1938 trabajó con niños y escribió sobre las - diferencias del análisis de niños y adultos. David Levy introdujo títeres en la terapia de juego pero seguía siendo terapia de juego controlada, no libre. Frederick Allen ( 1890-1964 ) siguió la terapia de Aichorn de pre-- sentarse ante el niño como una figura cercana que representa el Ego --- Ideal. Laurretta Bender piensa que la atmósfera para el niño debe ser - libre para que pueda expresar sus sentimientos. J. L. Moreno usó la téc-- nica del Psicodrama. Margaret Gerard ( 1894-1954 ) hizo contribucio--

nes al entendimiento de los síntomas psicossomáticos ( enuresis ); en 1935 L. Kanner escribió el primer texto de Psiquiatría Infantil en inglés y habla de la importancia de la relación madre-hijo. P. Spitz en 1943 describe la depresión anaclítica y en Nueva York dos psicoanalistas; M. Fries y M. Rible trabajan en observaciones entre madres y sus infantes. John Bowlby en Inglaterra habla de la importancia de la separación del niño y la madre.

Margaret Mahler, Sylvia Brody, Manuel Fúrer, J. Anthony, P. Blos, H. Parens, J. Piaget, y muchos otros han contribuido ampliamente en los últimos 20 años a dilucidar el desarrollo infantil.

## TEORIAS SOBRE AUTISMO.

La revisión de la literatura indica gran confusión en cuanto a la etiología sobre AIP. Bender ( 1847 ) considera al AIP como una forma de esquizofrenia infantil y como tal, de acuerdo con su ideología, tiene una causa definitivamente orgánica difusa, más específicamente como encefalopatía. Rimland ( 1964 ) sugiere que la formación reticular es defectuosa en el niño autista y que hay un defecto en la excitación de esta estructura, siendo ésta la causa del "secreto del Velo del autismo".

Kanner ( 1958 ) por su lado fué el primero en describir la entidad. Hizo una descripción detallada que permitió distinguir en forma nítida el cuadro del AIP, sin embargo por lo que se refiere a etiología señala haber observado características específicas en los padres de los niños autistas, como son gran tendencia a la intelectualización, afectividad pobre y pertenecer al medio profesional intelectual. Sin embargo a pesar de haber hecho estas observaciones, en 1966 indica que fueron aisladas y deben de ser tomadas como simples observaciones y que se encuentra convencido de la existencia de patología cerebral orgánica en los niños autistas, quizá alteraciones congénitas.

Anthony ( 1958 ) identifica al AIP como una psicosis con una falla del niño a desarrollar una barrera constitucional de "pensamiento".

to" y una madre poco sensitiva que da poca respuesta emocional.

Los psicólogos de orientación conductista, Krasner y Ullman ( 1965 ) consideran que la falta de desarrollo de las relaciones interpersonales de los niños con AIP es el resultado de reforzamientos negativos que impiden el desarrollo normal del niño, es decir, que el autismo es el resultado de un condicionamiento que hace que el niño permanezca en aislamiento emocional.

Mahler ( 1963 ) presenta el criterio más útil en la comprensión del AIP. A través de estudiar el desarrollo normal de niños y la relación con sus madres así como el desarrollo de niños psicóticos al lado de sus madres, llegó a una conceptualización del estado autista. El niño autista presenta como síntoma más conspicuo el inhibir ( no registrar, no desarrollar ) la representación mental de la madre como representante del mundo exterior; es decir, parece no percibirla, no distinguirla de los objetos inanimados del ambiente. La madre no parece existir como un ser viviente de orientación en el mundo de la realidad. Para el niño autista parece no haber diferenciación primordial entre seres vivientes y seres inanimados. Se podría discutir la existencia de una alucinación negativa al ignorar el niño a la madre y al resto del mundo. La función de utilizar a la madre como yo auxiliar se encuentra inexistente. Al parecer estos pacientes experimentan la realidad exterior a un lado de su propia realidad estereotipada y constreñida, siendo entonces

ces una fuente intolerable de irritación y manejan con su autismo su necesidad de aislarse de la estimulación externa, produciéndose un estado de extrema incomodidad en el momento en que su autismo no es efectivo para aislarse del mundo exterior.

Resumiendo el punto de vista de Mahler: Al parecer el mecanismo defensivo que usan estos niños es el autismo en que la primera representante del mundo externo, no existe, Mahler piensa: que la representación mental de la madre ó mejor dicho la representación simbólica no se desarrolla y que siendo ésta la relación de transición que permite las relaciones posteriores con el ambiente, el niño autista es incapaz de lidiar con estímulos externos y excitaciones internas que lo amenazan desde ambos polos.

Nikolas Tinbergen ( 1974 ) al hablar de autismo infantil -- precoz, señala ( tabla # 1 ), que no hay acuerdo total en las causas del AIP ya que hay controversia, unos autores afirman que se debe a defectos genéticos como daño cerebral; y aseguran que no son causados por actitudes de los padres ( L. Wing 1970 ).

Otros autores ven a la causa como proveniente del medioambiente, y encontraron relación con eventos traumatizantes ( Bettelheim 1969 ).

Las preguntas serían : ¿ Qué es lo que lo origina ?; ¿Cuál es la raíz ? y ¿ Qué significan los síntomas ?

Tinbergen pensó que ya que muchos niños con AIP presentan problemas de lenguaje y algunos no hablan y se considera erróneamente que no entienden el lenguaje; propone que para adquirir introspección en esta enfermedad, el estudio debe basarse en observar la conducta no verbal usando métodos que ya han probado su valor en estudios de conducta animal.

Así, empezó a comparar los conocimientos de la conducta no verbal en niños normales y la conducta que mostraban ocasionalmente los niños con AIP.

La aplicación de los métodos de observación de la Etología para el estudio de la conducta infantil está proporcionando gran entendimiento: observan las circunstancias que provocan que un niño normal adopte conductas de tipo autista y esto ocurre en una situación que crea conflicto entre dos motivaciones incompatibles en las que por un lado la situación provoca miedo ( con tendencia a aislarse física y mentalmente ) y al mismo tiempo provoca conducta exploratoria pero el miedo impide al niño aventurarse en el mundo. Sin embargo, de cualquier forma hay una respuesta hacia el ambiente.

Después de hacer observaciones en niños normales pensó Tinbergen que no hay nada convincente que afirme que las anormalidades genéticas o daño cerebral sea una evidencia directa del origen del AIP. Sin embargo, es mayor la evidencia de que la causa se debe a fac

tores ambientales; así vemos que muchos niños con AIP son normales en potencia y que algo ha hecho que desvíen su proceso de socialización y - que en ocasiones los padres con hijos con AIP, han experimentado algún evento infortunado, ó son padres que viven bajo grandes presiones psicológicas.

La terapeuta australiana Helen Cloncy que trata niños con AIP considera que debe empezarse el tratamiento con la madre incluyendo al mismo tiempo al niño, la madre y la familia. Trata de provocar mayor conducta protectora de la madre y hace uso de técnicas conductistas. Sus resultados han sido satisfactorios.

Resumiendo: Los niños con AIP sufren desórdenes emocionales, con una gran ansiedad que previene o retrasa el proceso de socialización y afecta el desarrollo del lenguaje, lectura, exploración y de otros procesos de aprendizaje.

TABLA 1

Comparación de una primera y segunda opinión de 445 niños con desórdenes de conducta (F. Rimland 1967).

1a. Opinión	Autistas.	Autismo Infantil Precoz.	Enfermos Mentales	Daño Neurológico.	Retrasados	Psicótico.	Sordo ó parcialmente sordo	Total
Autistas	53	5	18	23	51	10	7	200
Autismo Infantil Precoz	1	10	0	4	6	0	2	29
Esquizofrenia Infantil	17	3	2	8	1	0	0	32
Enfermo Mental	12	2	2	9	13	3	0	45
Daño Neurológico	14	3	5	4	15	0	1	44
Retrasado	21	2	18	16	5	2	2	72
Psicótico	4	0	1	2	2	0	0	10
Parcialmente Sordo ó Sordo	4	1	2	0	5	1	0	13
Total	106	26	48	66	98	16	12	445

Se presenta a continuación un cuadro que muestra sintomatología del autismo infantil precoz, sus variantes y ciertos casos de esquizofrenia (Ornitz y Ritvo 1967).

TABLA II

Aparición cronológica de los síntomas      Subdivisión de Síntomas

SINTOMATOLOGIA

<u>Postnatal</u>	Desórdenes de percepción
Hiperirritabilidad	<u>Estado de Alerta</u>
falla en la respuesta	Auditiva; atención a ruidos producidos por sí mismo.
Flacidez	Visual; a sus manos y a detalles visuales.
<u>Primeros 6 meses :</u>	Táctil; rascar superficies olfativa y gustativa ;
Falla en sonreír, no hay respuesta anticipatoria	Preferencias atípicas de comida.
falla en vocalizar	Vestibilar ; objetos girantes
hipersensibilidad a estímulos	
falta de contacto visual	
<u>Segundos 6 meses :</u>	<u>Sensibilidad aumentada</u>
Negarse a masticar o a comer sólidos, aleteo de objetos	Auditiva ; reacción de miedo a ruidos, se tapan los oídos
dejar caer los juguetes pasivamente de las manos	Visual ; cambios de iluminación
	Gustativa : intolerancia a

Desarrollo motor irregular

rígido cuando se dejan de

carga

Poco afectuosos

Falla en juegos infantiles

falla en apuntar

falta de palabras

baja tolerancia a estimulación

sensorial.

Puede aparentar sordera

Del 2o. al 3er. año :

Atender a sonidos producidos

por ellos mismos, aleteo y

golpes al oído, minuciosidad

táctil y visual ignorando estímulo

dolorosos, girar objetos

Palmeo

Usar a otros como extensión

de sí mismos,

ecolalia

pronunciar al revés voz

atónica y arrítmica tensión en

situaciones desconocidas.

alimentación fuerte

Vestibular; miedo a elevadores

Poca respuesta

Auditiva; desatención de lenguaje;

ignorando sonidos fuertes.

tes.

Táctil; deja caer objetos de la

mano.

Dolor; falla al reaccionar a

golpes

Desórdenes motores :

Aleteo de dedos y movimiento

de manos, gesticulaciones pecu-

liares, caminar sobre talones.

Postura

Desórdenes de relación :

Evasión de contacto visual, au-

sencia de sonrisa social, res-

puesta anticipatoria y reantici-

patoria. Pobre uso peculiar de

los juguetes, falta a jugar a es-

condidillas. Usar a otros como

extensión de sí mismos, falta-

de respuesta emocional.

Del 4o. al 5o. año

Déficit en el lenguaje

Ecolalia

Revertir pronombres

voz sin ritmo ni tono

Angustia en situaciones nuevas.

Fallas de desarrollo expresada  
en síntomas

Falla en distinguirse entre

sí mismo y el ambiente

falta de interés en contacto

visual ausencia de sonrisa

social, falta en juego infantil,

a esconderse, dejan que los  
objetos se caigan de las manos.Usar a otros como extensión  
de sí mismos,

revertir pronombres,

falla en imitar a otros,

falla en jugar a palmear,

Desórdenes de lenguaje :Falta de desarrollo de lenguaje Eco-  
lalia, pronunciar pronombres al re-  
vés, voz sin tono ni ritmo.Desórdenes de rango de desarrolloRetraso en el desarrollo, desarro-  
llo precoz, dejar cosas aprendidas.Discrepancias en pruebas de desarro-  
llo.Estados excesivos inhibitorios o --  
excitatorios.

Estados excitantes :

aleteo de manos

sobrereacción a estímulos en dife--  
rentes modalidades, excitación aso-  
ciada a objetos giratorios.Estados Inhibitorios :

postura, inmovilidad prolongada

No hay respuesta a estímulos en va-  
rias modalidades, tirar y moverse  
rápidamente.

falla en decir adios,  
falla en imitar sonidos y expresiones,  
falta de expresión emocional  
falla en modular estímulos perceptuales  
sobre carga sensorial, atención  
a estímulos triviales.

Escrutinio visual y táctil.

Irritabilidad o aprehensión  
a estímulos inconsecuentes

se cubre oídos,

pánico al elevador,

intolerancia a comida áspera

Falta de atención a estímulos visuales,

reacción baja a estímulos dolorosos,

Disociativa, excitación o inhibición motora,

Excitación

Aleteo de manos

haciendo círculos

Inmovilidad prolongada.

## REVISION DE DIFERENTES TECNICAS TERAPEUTICAS.

Hingtegen y Churchill (1960) usaron técnicas de reforzamiento para aumentar la conducta verbal en dos niños autistas y desarrollaron un programa intensivo de tres semanas en las que estimularon a niños a imitar conductas. Observaron aumento en las respuestas de atención, las conductas verbales y no verbales. Se usaron premios (reforzamiento), consistentes en comida. Ya que estos niños tienen dificultad con tareas difíciles, se usaron tareas de pasos fáciles a difíciles, por lo que se requirió de muchas horas para lograr aprendizaje de lo que no habían aprendido en mucho tiempo. Al parecer algunos de los niños autistas presentan problemas perceptuales y que probablemente dan como resultado conducta negativista o de aislamiento. A los niños de este estudio se les reforzó el uso de su propio cuerpo, de objetos y vocalizaciones y se concentraron posteriormente los esfuerzos en lograr el desarrollo del lenguaje. Los sujetos del estudio fueron cuatro niños con diagnóstico de esquizofrenia de tipo infantil de acuerdo a la categoría de DeMyers, descritos como niños con poca capacidad de atención, poca afectividad, poca capacidad imitativa, "mudos", con poca comprensión del lenguaje, que emitían sonidos que variaban de frecuencia y se habían hospitalizado seis semanas antes de empezar el tratamiento. Estos niños eran Charly de 5 años 11 meses, Harry de 4 años 9 meses, Steve de

4 años 1 mes y Peter de 4 años.

Estos niños recibieron de 3 a 5 semanas de tratamiento intensivo de imitación, que consistía en sesiones diarias de 5 a 6 horas. -- Les daban agua, comida, contacto social con 6 adultos y los hacían imitar conductas específicas. En el programa se hacía énfasis en el uso general de respuestas corporales incluyendo uso combinado de cabeza, brazos, dedos; uso de objetos como juguetes, tijeras, gises, etc. y vocalizaciones. Las tareas se iban complicando cada vez más. Se entrenaban directamente a entender y expresar asociaciones de lenguaje: 1 ) auditivo y visual escogiendo objetos de fotografías, 2 ) visuales y vocalizaciones consistentes en nombrar objetos cuando se les presentaban y 3 ) auditivo-motor, consistentes en seguir órdenes sencillas tales como " siéntate", " ven", etc. Se incluía una área de lectura y escritura que incluía pizarrón y se escribía en un reporte el progreso de cada sesión.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Harry -- imitó 30 usos de respuestas corporales, escribía 11 letras, ensamblaba rompecabezas de 12 piezas, imitaba vocales y consonantes y 25 palabras, imitaba también oraciones cortas y señalaba 7 partes de su cuerpo. ---- Charly: imitó 20 usos de respuestas de su cuerpo y uso 20 usos de objetos y aprendió 60 palabras, imitaba consonantes y vocales sobre el pizarrón e imitaba líneas verticales y horizontales. Steve imitó 30 usos de respuestas corporales, 16 palabras, imitaba círculos, 4 letras, ensamblaba rompecabezas de dos pedazos y recortaba en línea recta. Pete --

imitaba 25 respuestas de uso del cuerpo, lanzaba una pelota. Hasta este punto imitó 9 sonidos, copiaba círculos, líneas rectas y horizontales. Ni Steve ni Pete demostraron asociaciones auditivo -visuales .

Después de 140 horas de entrenamiento subsecuente por 70 días Harry añadió que escribía todas las letras del alfabeto, identificaba 3 colores verbalmente, identificaba 100 fotografías de objetos y obedecía a 12 mandatos simples. Charley identificó 20 usos de respuestas del uso de su cuerpo, copiaba letras, imitaba sonidos y palabras sencillas y nombres de 3 partes del cuerpo y 3 colores.

Después de 12 meses y 600 horas adicionales de entrenamiento Steve y Pete demostraron no poder responder a formaciones audiovisuales o asociaciones vocales y visuales. Steve aprendió en 12 lecciones a asociar sonidos de campanas con las fotografías de las mismas pero nunca fue posible mantener las asociaciones audiovisuales cuando se presentaban verbalmente por un adulto. Pete nunca fue capaz de aprender a aparejar estímulos visuales por medio de fotografías y tarjetas, pero identificaba la palabra del objeto con el objeto señalado.

Los resultados del estudio indican que el entrenamiento intensivo combinado con niveles remotivacionales pueden incrementar la conducta de niños autistas mudos, modificando algunas de las deficiencias identificadas en el autismo infantil que puede deberse al hecho de que los niños no están motivados adecuadamente.

En los niños del estudio se observó el aumento del interés por aprender y el deseo de seguir instrucciones, fueron capaces de tolerar sesiones largas de entrenamiento y hacían el intento de hacer las cosas que anteriormente trataban de ignorar o evitar, llorando, pateando, etc.

La ejecución defectuosa del niño autista mudo que rehusa lidiar con el doloroso mundo real a través de aislamiento, está cubriendo su falta de habilidad para hacer mejor las cosas. Por consiguiente si se les motiva y se les da premios por su ejecución se haría mejor uso de sus habilidades. Al parecer las deficiencias de conducta asociadas con autismo infantil se pueden relacionar con defectos perceptuales básicos como los que sugirieron Rimland, Ornitz y Rivo. El hecho de que Pete haya aprendido aparear estímulos visuales en 60 horas de entrenamiento y no haya podido asociar estímulos diferentes visuales, indica, según estos autores, un problema perceptual que explicaría que Steve no desarrollara estímulos visuales y auditivos y asociaciones visuales en contraste con su facilidad de aprender señas del lenguaje y asociaciones visuales diferentes. El hecho de que Charly tuviese problemas visoperceptuales y que no fuese capaz de copiar un círculo y que Harry obtuviese ganancias en conducta verbal y no verbal, sugiere la posibilidad de limitaciones perceptuales en los niños autistas.

Esta revisión incluye una breve descripción del desarrollo de la Unidad de Investigación en "autismo infantil", en Eastern State ---

School and Hospital Pennsylvania que el Dr. Alan Ward inició en septiembre de 1966, ( Ward 1969), con el interés en formar un establecimiento - residencial con los medios necesarios para realizar una investigación -- global tanto del significado como del tratamiento del autismo infantil. En este programa yo tuve la oportunidad de colaborar con el Dr. Ward por - dos años.

Se ha señalado que entre más severa sea la enfermedad -- mental es más necesaria la actividad o "intrusión" del terapeuta. Es - decir, el terapeuta de un paciente neurótico usaría más apropiadamente - un método no -directivo o analítico de "pantalla blanca". Un método si milar para el paciente limitado o esquizofrénico, ha demostrado tener -- resultados poco positivos. Las experiencias de Federn ( 1962 ), Rosen - ( 1953 ), Sechahaye ( 1947 ), Searles ( 1965 ), Fromm Reichmann (1960) etc, han enfatizado la importancia de un nivel aumentado de actividad -- verbal y/o física ó "intrusividad" cuando se trata con adolescentes o -- adultos esquizofrénicos.

Un método de tratamiento de niños psicóticos es aquel --- que involucra una gran actividad del terapeuta y que fué diseñada por Des Lauriers ( 1962 ), quién le llamó Terapia Estructural.

La Terapia Estructural utiliza una colección de técnicas - activas e intrusivas, que han sido usadas repetidamente por diferentes - métodos terapéuticos. Fué originada como un tratamiento específico --

por Des Lauriers (1962). El término Terapia Estructural fué usado para describir este tratamiento utilizado con adolescentes esquizofrénicos en un Hospital del Estado de Kansas, con la participación de la Fundación Menninger. Esta forma de tratamiento se utilizó con un grupo de adolescentes esquizofrénicos que tenían defectos en su trato con la realidad y una incapacidad para relacionarse con la gente. Se ha visto que esta insuficiencia e incapacidad es de naturaleza estructural, esto es, en su estructura yoica. También se ha postulado que la esquizofrenia infantil presenta una deficiencia en el desarrollo de los procesos del Yo y del Super yo para manejar los impulsos del Ello.

El nombre de Terapia Estructural se deriva tanto del examen del adolescente esquizofrénico, que tiene una deficiencia estructural en el desarrollo del Yo, así como del enfoque terapéutico encaminado a estimular el desarrollo de estos procesos deficientes.

Des Lauriers (1962) parte de la base de que estas deficiencias de los procesos del Yo en niños esquizofrénicos se deben a su poca conciencia de su imagen corporal y a la falta de diferenciación entre ellos mismos y el mundo externo. Se describen a estos niños como muy "fluidos" y que tienen una muy pobre imagen corporal. Ejemplos de esta fluidez de limitaciones del Yo pueden ser vistos en las evaluaciones diagnósticas. Si se le pide a uno de estos niños que dibuje algo, con frecuencia no únicamente dibujará en el papel, sino en la mesa, sobre él mismo, y hasta en el examinador si se le permite.

Des Lauriers indica que el nivel de desarrollo del Yo del niño esquizofrénico hace inapropiada cualquier tentativa del terapeuta a relacionarse con él a un único nivel interpretativo y/o verbal. Sugiere que fuesen ignorados estos niveles sofisticados de funcionamiento del Yo a favor de enfocar un nivel de desarrollo más temprano que ha sido llamado como "Yo corporal" ( Schilder, 1964 ). Estas y otras descripciones de este nivel de desarrollo se definen como la primera experiencia del Yo. Esta primera experiencia de realidad sobreviene del establecimiento de los límites y fronteras del cuerpo.

El término Yo corporal se refiere a la capacidad del niño o del adulto para establecer nitidamente los propios límites de su cuerpo, de sus capacidades y de cómo funcionan en relación al mundo externo, es decir, su propia representación mental.

Ya que la diferencia del niño esquizofrénico ha sido descrita como una deficiencia del Yo corporal, el terapeuta estructural trata de promover su desarrollo. Todos estos esfuerzos terapéuticos enfatizan la provisión de un nivel incrementado de estimulación al cuerpo del paciente. El terapeuta usa tanto las estrategias verbales como físicas para ayudar al paciente a encontrar sus límites corporales. Estas estrategias incluyen pláticas con el paciente sobre sí mismo, el color de su cabello, sus ojos, el atractivo de su persona física, el número de manos, dedos, brazos y piernas. También se incluyen ciertas estrategias como cosquilleo en las áreas sensitivas, golpecitos, caricias, balanceando al

niño para darle una experiencia motora, muscular de su propio cuerpo. -  
 Todo lo que el terapeuta pueda pensar en una atmósfera espontánea, ju--  
 guetona, creativa que ayude al niño a completar la diferenciación de sí -  
 mismo con el medio ambiente como un ser humano distinto y separado. -  
 Así pues, urge que al niño esquizofrénico se le anime a ser más espontá--  
 neo, a fijarse más en sus límites corporales que en sus fantasías inter--  
 nas y a unir los fragmentos de su Yo corporal y procesos más superiores  
 de su Yo.

La terapia Estructural ha demostrado una efectividad limi--  
 tada de acuerdo con la investigación con adolescentes esquizofrénicos --  
 verbales ( Des Lauriers, 1962, 1967 ). Sin embargo, no hay ningún re--  
 porte disponible sobre la efectividad de este método de tratamiento utili--  
 zado en niños en edad preescolar y escolar que hayan sido diagnosticados  
 como casos de Esquizofrenia Infantil o de " Autismo Infantil Precoz " .

El niño que es diagnosticado como autista generalmente -  
 manifiesta: 1 ) " Soledad autística " o " Falta de relaciones objetales des--  
 de su nacimiento ", ( Kanner 1943 ), 2 ) Deseos obsesivos de mantener--  
 la identidad por medio de una conducta estereotipada ", 3 ) Falta del uso  
 del lenguaje para comunicarse, y 4 ) No muestran disfunciones neuroló--  
 gicas. Estas son las cuatro características diagnósticas usadas en el -  
 proyecto de investigación descrito.

Numerosos reportes anecdóticos y clínicos indican que --

el clásico niño "autista" descrito por Leo Yanner no tiene ningún interés ni conciencia de su cuerpo físico. El clásico niño "autista" parece estar fijado en un área angosta de funcionamiento que es usada para mantener la identidad en el medio ambiente. Por tanto, el niño puede repetir pedazos de conversaciones pasadas y repetidamente, armar y desarmar juguetes mecánicos, someterse a un complejo ritual de autoestimulación, llevar a cabo varios hechos de memoria, etc. Así, el principio teórico que aceptamos es que los niños que presentan el síndrome de "Autismo - Infantil Precoz" carecen completamente de desarrollo del Yo - corporal.

El clásico niño "autista" siempre manifiesta un área de ingenio, la cual usa para mantener su estado autista ( Kanner & Eisenberg 1956; Ward & Handford, 1968 ). La interrupción del patrón de esta conducta estereotipada generalmente resulta en cólera o reacción de aislamiento que dura hasta que se le permite continuar la conducta estereotipada. El clásico niño "autista" parece estar fijado en un nivel de desarrollo del Yo, y usa este nivel de funcionamiento para evitar el conocimiento de la realidad externa. Parece como si algún evento o circunstancia hubiera causado al niño "autista" cesar su desarrollo después de haber experimentado solamente un poco del mundo a su alrededor. La hipótesis de trabajo de la terapia Estructural consiste en que a través del funcionamiento del manejo del Yo, el niño "autista" es llevado a las mismas actividades de exploración, estimulación y relajación que ocurren en las grandes áreas infinitas de experiencia disponibles --

para el niño saludable. Estos comportamientos son llamados como un tipo específico del desarrollo del Yo debido a que parecen ser los medios por medio de los cuales el niño logra sus deseos y experiencia y logra un número limitado de estimulación. El niño "autista" guarda estos comportamientos con el mismo cuidado que el niño más desarrollado psicológicamente guarda su cuerpo. A las interrupciones de estas secuencias del comportamiento se les responde con un gran porcentaje de afecto negativo y temeroso, aunque las heridas físicas con frecuencia no traen -- respuestas positivas y muchas veces parecen ser completamente ignoradas.

Un examen del bosquejo diagnóstico presentado por el síndrome de "Autismo Infantil Precoz" sugirió la necesidad de modificaciones teóricas y estratégicas de la Terapia Estructural. La presencia de un Yo corporal fragmentado en el adolescente esquizofrénico hizo posible al terapeuta ganar contacto directo un poco más fácil que en el caso del niño autista que carece de Yo corporal. Así pues, el terapeuta debe tratar de ganar contacto con el niño autista a un nivel de desarrollo mucho más temprano que el descrito por Des Lauriers ( 1962, 1967 ). La falta de relaciones objetales y del uso del lenguaje para comunicación -- clasifican al niño " autista" en el nivel de funcionamiento de conducta -- estereotipada que parece tener sus raíces en lo que Piaget ( 1942 ) ha descrito como los estados de ritmo y regularización durante las primeras -- semanas de vida.

Ya que la fase de desarrollo exterior y adaptable del clásico niño "autista" parece ser el mantenimiento de la identidad por medio de una conducta estereotipada ( Kanner 1958, Ward & Handford --- 1968 ), se ve claramente que el terapeuta debe concentrar sus esfuerzos hacia el manejo del Yo del paciente. Sin embargo, ya que Des Lauriers ( 1962, 1967 ) exigía un desarrollo del Yo corporal para el adolescente -- esquizofrénico, parecería que el terapeuta usaría únicamente el manejo del Yo como medio de contacto afectivo para este niño completamente aislado. Este contacto afectivo puede generalmente ser hecho por medio de introducciones físicas y activas a cualquiera de las actividades estereotipadas de manera tan placentera y juguetona como sea posible, pero debe insistir en la interrupción al punto de que el niño se dé cuenta de su presencia.

Los terapeutas han sido entrenados en Terapia Estructural con la siguiente guía :

1. - El Terapeuta es entrenado para identificar la conducta estereotipada del niño y a interrumpirla. Esta interrupción debe de hacerse de una manera gradual y juguetona si es posible. La mala adaptación e inefectividad de la conducta estereotipada para tratar con la gente, es demostrada al niño por medio de interferencia y por un establecimiento físico y verbal de límites a las reacciones de fuga y de coraje que generalmente siguen a la interferencia.

2. - La ansiedad y el coraje creados por la interrupción de conducta estereotipada es usada para enfocar la atención del niño hacia una parte del terapeuta como una parte del objeto significativo, o como un objeto en sí. Interpretaciones orientadas analíticamente acompañan el uso de la Terapia Estructural. El terapeuta intenta entender los sentimientos del niño al ser interrumpido y entonces trata de que él emita algún mensaje físico, verbal o visual, el cual es dirigido hacia el terapeuta. El mensaje físico, visual o verbal es entonces usado para enfocar la atención del niño hacia las afinidades y diferencias entre él mismo y el terapeuta. Con frecuencia este estado necesita ser precedido de un período durante el cual el terapeuta presenta una conducta rítmica alternativa para que el niño la enfoque.

3. - El desarrollo de una relación de conocimientos con el niño es seguida por la presentación de un número de actividades novedosas y modeladas que dirigen la atención del niño hacia su propio cuerpo. Estas actividades incluyen conteo de dedos de las manos y de los pies, movimientos de brazos y piernas, estimulaciones físicas del cuerpo, etc.

4. - El desarrollo del Yo - corporal es estimulado por medio del uso de interacciones físicas, a manera de juego que hacen al niño más consciente de su propio cuerpo y de sus diferencias y similitudes con el terapeuta.

5. - Conforme el funcionamiento del manejo del Yo decrece y el -

Yo corporal se vuelve más predominante, se incluyen en el tratamiento técnicas terapéuticas más convencionales.

En ocasiones un sonido se pueda asociar con alguna acción placentera. Muchas veces se frustrará al niño al interrumpirlo de sus actividades, sin embargo se tratará de asociar actividades placenteras. Se deben dar límites físicos en forma verbal. El niño tratará de pegarse en la cabeza, lo que debe evitarse. Se le imparte directa estimulación en forma específica de diferentes partes del cuerpo, particularmente las que sirven para explorar el ambiente como piernas y brazos, dedos, talones, oídos, boca, nariz, superficies de la piel y el tronco. En el niño autista la autoestimulación genital y anal, así como las acciones estereotipadas deben interrumpirse para que otras partes del cuerpo se realcen. Se van nombrando partes del cuerpo y se señalan haciendo uso de un espejo. Conforme avanza la terapia se usa material convencional de terapia de juego, se usará papel y crayones, muñecos y títeres, que facilitan la expresión de relaciones interpersonales y conforme va progresando se va estimulando la formación de estructuras yoicas más desarrolladas. Se ve al niño por período de 30 a 60 minutos 2 ó 3 veces a la semana y todo lo que se va logrando se debe reforzar cada día.

En la unidad de autismo había 20 niños y niñas. Sus guardianes eran de ambos sexos, y estaban entrenados para reaccionar apropiadamente en cualquier situación durante las 24 horas del día, todo el plan se reforzó con un programa especial de 5 horas tipo escuela sección

maternal, en donde las personas que los cuidaban en la unidad servían de educadores. La terapia estructural sirve primeramente de catalizador para el crecimiento y desarrollo del respaldo del reforzamiento. --- Con la utilización de reforzamiento positivo, también demuestran progreso otros niños de la unidad de autismo, aún sin estar recibiendo psicoterapia estructural ya que imitan a los niños que están en el programa.

Los doctores Handford y Ward ( Handford & Ward 1972 ), - presentan su experiencia de 5 años en la unidad de investigación para niños autistas en Eastern State School and Hospital . El Servicio de tratamiento, entrenamiento e investigación para niños " autistas" es una unidad con 36 camas dentro de este hospital que contiene 220 camas para niños con trastornos mentales, localizado en Trevoise, Pennsylvania, al norte de la ciudad de Filadelfia. Se trata de un hospital relativamente joven, que contrató su primer personal profesional en julio de 1962 y admitió su primer paciente en mayo de 1963.

En cuanto el hospital entró en su tercer año de servicio -- con pacientes internos, se hizo evidente que todas las unidades tenían un número creciente de niños sin lenguaje: " Autistas regresivos" y " Autistas", ( autismo primario y secundario ). Estos niños fueron considerados generalmente seres inaccesibles a la psicoterapia convencional y para la farmacoterapia que cuando es empleada, es solamente útil para controlar la hiperactividad severa. Entremezclados con niños y niñas - trastornados emocionalmente representaban un gran espectro diagnóstico,

constituyendo una población anómala sin tratamiento que ocupaba un porcentaje creciente del total de camas en el hospital.

En marzo de 1966, un número de 59 pacientes internos y 14 externos estaban esperando camas; 12 de ellos fueron agrupados en la nueva Unidad de Tratamientos e Investigación para niños " autistas ". Los objetivos expresados fueron estudiar la entidad diagnóstica del " autismo " en gran profundidad a través de la observación directa, revisión detallada de su expediente y trabajo directo con padres. El plan fué desarrollar y estudiar métodos de tratamiento diseñados para romper las barreras emocionales que parecen alejar a estos niños.

En nueve meses, la llegada de nueve admisiones nuevas aumentaron el censo de la Unidad de Investigación a 21 pacientes ( 15 niños y 6 niñas ).

### ORGANIZACION

El personal componente de la Unidad de Investigación es inicial y esencialmente el mismo que el de otras unidades de tratamiento del Hospital: Un director psiquiátrico, jefe de enfermeras y trabajadores para el cuidado de los niños que cubren tres turnos de 8 horas cada uno. Además, una trabajadora social psiquiátrica es responsable de trabajar con los padres. Se proporcionan además los servicios psicológicos necesarios. Sin embargo, en septiembre de 1966, la naturaleza única de esta unidad es reconocida administrativamente con la asignación -

de un psicólogo investigador en el área clínica. La naturaleza básica del tratamiento e investigación de la unidad es entonces completamente establecida con el acuerdo de compartir las responsabilidades directivas entre los dos colaboradores, el psiquiatra infantil y el psicólogo de investigación clínica.

Se seleccionan a los niños bajo los siguientes aspectos: Deficiencias en funcionamiento del Yo desde la infancia temprana ( antes de los 18 meses de edad ) como sigue: Incapacidad o rechazo para formar relaciones objetales, conducta repetitiva y primitiva, necesidad de mantener la identidad en su comportamiento y en el medio ambiente - - ( reacción de rabia, pánico o alejamiento al cambio o interrupción ); falta de desarrollo en la habilidad de comunicarse a través del lenguaje y ausencia de desórdenes neurológicos definidos específicamente.

Los autores encuentran que el diagnóstico de " Autismo Infantil Precoz " se ha vuelto una categoría de " bote de basura " usada -- para la referencia de todos los casos de difícil diagnóstico, especialmente para casos de etiología no psicológica. Así pues, de los primeros - 20 casos, hay 7 niños con retraso primario, 2 con retraso secundario, 2 con retraso de desarrollo debido a daño difuso del cerebro y 5 con esquizofrenia infantil de más alto nivel y solo cuatro casos que reúnen las características descritas por Kanner para el " autismo infantil precoz " .

## TRATAMIENTO.

Un método de tratamiento intrusivo y a manera de juego -- llamado Terapia Estructural ( Des Lauriers & Carlson, 1969; Handford & Ward, 1969; Ward 1970 ), se introduce para usarse con los niños AIP - específicamente para hacerlos más accesibles a los programas educacionales y curativos adecuados. Esta terapia, desarrollada originalmente -- por Des Lauriers para usarse con adolescentes esquizofrénicos catatónicos, consiste en intrusiones directas en forma de juego al alejamiento y - conducta estereotipada que es utilizado por el paciente como defensa preucaria. Esta terapia es diseñada para estructurar la conducta del niño, - por medio de una imitación de las actividades de la madre normal de un - recién nacido. Esta imitación es muy exagerada en lo que se refiere -- al aspecto de intrusión de las risas, cantos, silbidos, gritos, paseos, -- cosquilleos, caricias, abrazos, retozos, correteos y luchas, combina -- dos con una delineación progresiva de las partes del cuerpo y el uso de - alimentación al lenguaje infantil son usados con gran éxito para romper - la barrera en los cuatro casos de AIP así como los niños que muestran - características de retrasados y con daño neurológico. Todos empiezan a mostrar interés en las tareas apropiadas a sus respectivos niveles de desarrollo y a desarrollar su lenguaje. Todos los miembros del perso-

nal funcionan como terapeutas individuales sin diferencia de sus disciplinas y son entrenados y supervisados por el Dr. Alan Ward.

Breve lista y descripción del programa bajo el cual funciona esta Unidad.

1 ) Lunes por la mañana: Reporte del fin de semana. ( Durante el fin de semana el programa es administrado generalmente por uno de los co-directores y atendido por las enfermeras encargadas, trabajadoras sociales, psicólogos y otros terapeutas individuales. El comportamiento de los niños y sus familias en el fin de semana se resume y se hacen planes y asignaciones para manejarlos.

2 ) Martes: Seminario Terapéutico dirigido por el Dr. Ward en donde proporciona a los terapeutas una oportunidad para presentar detalles y problemas de sus casos individuales. Esta junta proporciona a los terapeutas la oportunidad de expresar y compartir sus sentimientos de frustración, coraje y depresión acerca del intenso trabajo y poco progreso al trabajar con estos pequeños severamente trastornados.

3 ) Miercoles: Una asamblea de grupo con los trabajadores que cuidan a los niños dirigida por el Dr. Handford. La meta de esta asamblea es la de reforzar la sobrepuesta filosofía de la Terapia Estructural con aquel personal que tiene más contacto con los niños durante sus hospitalización y darles a conocer los detalles de los métodos de tratamien-

to que se usan con los niños. Esta asamblea también proporciona una -- oportunidad a los trabajadores de hacer preguntas acerca del manejo de - los problemas individuales de los niños o de sus familias.

4 ) Jueves : Se combinan mesas redondas y conferencias de pla neación de tratamiento dirigidas por los co -directores. A esta confe -- rencia asiste todo el personal. Se hacen en esta conferencia asignacio -- nes terapéuticas, diagnósticos y decisiones administrativas. Simultanea -- mente, se examina aproximadamente un niño mensualmente para la posi -- ble admisión a la Unidad de Investigación. Aplicando el criterio estric -- to para "Autismo Infantil Precoz". Se estableció la admisión y se par -- ticipó activamente en planear el tratamiento específico y necesidades -- educativas de cerca de 50 niños durante el pasado período de 5 años. Un gran número de niños se presenta a la admisión como " autistas". La gran mayoría de estos niños no presentan las características señalados - para el diagnóstico de "Autismo Infantil Precoz". Las características - de los niños presentadas fluctúan desde un niño de 4 años casi completa -- mente normal que vive en un medio restringido sin estimulación, a ----- quien se le prueba un CI de 112 ( Stanford -Binet ); a una niña de 12 ---- años seriamente retrasada que tiene una fuerza muscular tan pobre que - no puede levantarse por sí misma, si se le sienta en el suelo. Muchos - de estos niños están ya sea severa ó moderadamente retrasados con un - concomitante daño cerebral que con frecuencia es resultado de traumatis -- mo durante el nacimiento, o fiebre e infecciones tempranas. También -

se presenta como un problema el lenguaje retardado. Frecuentemente se da el nombre de "hiperactivo" o "hiperquinético" a niños quienes -- simplemente tienen una conducta exploratoria y curiosa que es apropiada a su edad mental, pero no a su edad cronológica.

En septiembre de 1968 el programa se expande a 3 casitas de 12 camas, aceptando 24 niños, 16 de los cuales son problemas diagnósticos de otras unidades del hospital, 8 de los cuales son nuevas admisiones.

Para mayor socialización y más experiencia educacional, se llevan a 3 niños a guarderías programadas para niños normales fuera del hospital en donde es atendido el ajuste del niño por un trabajador social familiar de la Unidad. Además cada niño pasa los fines de semana y días festivos con su propia familia y se hace un intenso trabajo con los padres para enseñarles a manejar a su niño en la forma apropiada al nivel de desarrollo alcanzado. Todos estos esfuerzos son dirigidos para ayudar a estos niños insociables a aprender a comportarse en un ambiente social más normal al del hospital, teniendo como meta su regreso a la comunidad y a sus familias.

Los trabajadores sociales tienen un papel importante en el funcionamiento del Servicio, ya que la mayoría de las familias de los niños admitidos se muestran descontentas, deprimidas y resistentes hacia el programa. El trabajador social trabaja con estos sentimientos, ense

ña a las familias los detalles de esta forma de tratamiento en colaboración con el terapeuta individual y ayuda a la familia a ajustarse a las esperanzas sobre la capacidad del niño. Se hace un contacto semanal con cada familia y el trabajador social está dispuesto en el teléfono a asistir en el manejo de los problemas que ocurren durante las visitas de los niños a sus hogares.

Dentro del programa clínico, a medida que el niño se vuelve más accesible y manejable, se recurre al ortolista para la evaluación del lenguaje y tratamiento dirigido a la adquisición de mayor comunicación verbal. Se determinó que dos niños eran sordos congénitos y se diseñó un programa con la utilización de señales de lenguaje para sordos. Otros niños con deficiencias auditivas debido a infecciones en el oído reciben vigoroso tratamiento médico incluyendo operaciones cuando es indicado. En total un 60% de todos los niños en las casitas, tanto autistas como no autistas se incluyen en estimulaciones de lenguaje en grupo o individuales,

Las evaluaciones psicológicas consisten en las siguientes pruebas: Escalas de Desarrollo de Bayley, Programas de Desarrollo de Gesell, Escala Internacional de Desarrollo de Leiter, Escala de Pruebas Mentales de Merrill - Palmer, Vocabulario de Peabody Picture, Escala de inteligencia de Stanford & Binet ( Forma L - M ), Evaluaciones de desarrollo de dibujos y escrituras son también informativos.

De los 13 egresados en mayo de 1970, 11 regresan a sus hogares, de los cuales 10 asisten a clases para retrasados mentales, -- dos estan internados en instituciones para retrasados mentales y uno es -- tá en clases para niños con problemas emocionales. Uno más de los ni ños que viven en casa requiere de una institución para retrasados mentales.

El concepto de enseñanza prescriptiva para cada niño se introduce a 8 niños y niñas para prepararlos más en su colocación a clases educacionales especiales en sus comunidades. Se hace énfasis en la enseñanza de las habilidades básicas hacia el espectro total de las funcio nes del ego y para el desarrollo del niño normal.

La mayoría de los niños " Autistas" necesitan de programas educacionales especiales, más que de psicoterapia normal, y por lo tanto deben ser tratados en base de pacientes externos y no como hospita lizados, tan pronto como esto sea posible. Un punto de vista estructural y de desarrollo parece ser de más utilidad en el manejo con niños " au-- tistas" o semejantes, que el punto de vista estrictamente psicodinámico, ya que de acuerdo con nuestros puntos de vista el autismo parece ser --- más bien un desórden en el desarrollo relacionado a un déficit en la esti mulación o a una distorción en la edad temprana. También, el Autismo puede ser visto como parte de un espectro de desarrollo desviado del --- ego que resulta de este déficit de estimulación, y no como a una entidad- diagnóstica específica ( Ward, 1971 ).

El diagnóstico y tratamiento temprano pueden prevenir la necesidad de hospitalización de los niños "autistas". La hospitalización de estos niños sin el tratamiento apropiado y programas educacionales pueden guiar a un deterioro que resulta en una larga institucionalización. La hospitalización debe utilizarse hasta que el niño ha desarrollado: Relaciones con la gente, Auto-cuidado como ir al baño, alimentarse y vestirse; Comunicación de sus necesidades simples en forma consistente y la capacidad de seguir direcciones simples.

El Dr. Ward ( Ward, 1972 ) reporta la conclusión de tres años de experiencia en el uso de Terapia Estructural en niños autistas como sigue:

" .... Una nueva técnica llamada "Terapia Estructural" - ( Handford & Ward 1969; Ward 1970; Handford y Ward 1972 ), basada en muchas de las conceptualizaciones de Des Lauriers ( 1962, 1967 ), y de Des Lauriers & Carlson ( 1969 ) ha sido usada en el desarrollo de un programa para el tratamiento de niños "autistas" en una unidad del hospital estatal para niños con trastornos emocionales. Este programa es descrito en detalle en presentaciones anteriores ( Ward 1971; Handford & Ward, 1972 )... "

Los niños no autistas "... son incluidos en las categorías diagnósticas de esquizofrenia infantil, retraso primario, retraso secundario y retraso de desarrollo asociado con daño difuso del cerebro; sin -

embargo, todos estos niños que no reúnen las características del autismo, tienen más bien una "conducta carente de respuesta afectiva", --- mientras que los cuatro niños diagnosticados como autistas tienen características de "falta de relación objetal", "falta de uso del lenguaje para comunicarse" y de provenir de una "relación madre-hijo deficiente en cuanto a estimulación". Estas características son sugeridas por investigadores anteriores para el diagnóstico de "autismo infantil". Los cuatro casos de "autismo infantil" se distinguen de los cuatro niños --- trastornados emocionalmente por su combinación de 1) Falta de desórdenes neurológicos demostrables y su 2) Mantenimiento de identidad por medio de conducta estereotipada. De esta manera, esta evaluación temprana indica tanto la rareza del verdadero "autismo infantil" así como la plenitud relativa de los niños trastornados, quienes son erróneamente llamados casos de "autismo infantil" (Ward & Handford, 1968, --- Ward 1970 b, 1971). Esta es la base para utilizar el diagnóstico de --- "Autismo Temprano de la Niñez" con los niños de nuestro proyecto y --- usar el diagnóstico más exclusivo y restrictivo de "Autismo Infantil Precoz...."

".... La unidad de Investigación total es organizada de --- acuerdo a los preceptos de la Terapia Estructural (Handford & Ward --- 1969, 1972). El contacto físico espontáneo y enfatizado y la estimulación verbal se aplica a los niños en forma de juego o diversión verbal. --- El motivo de este acercamiento es el de incrementar el número de variaria

das estimulaciones recibidas por estos niños, y usar esta estimulación - incrementada para hacerlos más concientes del mundo externo y ayudar - los a progresar de sus posiciones de fijación temprana del desarrollo. - Se usa la estimulación física para desarrollar la imágen y conciencia cor - poral y para ayudarlos a proveer el ego corporal, el cual parece necesá - rio en el desarrollo de funciones más altas del ego. Los detalles de es - ta terapéutica se exponen en presentaciones anteriores ( Leith 1969; ---- Ward & Leith 1969, Ward 1970a 1970c ). Doce de los 21 niños son vis - tos bajo terapia individual en base de dos veces por semana, a pesar de - que algunas veces se les vé en forma informal cinco veces a la semana. - A algunos niños seleccionados se les ve bajo terapia de lenguaje en base - de dos veces por semana en períodos de tres meses a dos años... "

"... La meta para el programa de tratamiento con " Tera - pia Estructural" no es una " curación", sino un "desarrollo". El AIP - (Autismo Infantil Precoz ) y el Autismo Temprano de la Niñez con vistos como severos trastornos de desarrollo, de la misma forma que los de - sórdenes que sufren los niños producto de una madre que ha sugerido Ru - beola en el primer trimestre de embarazo ( Freedman, Fox & Brown --- 1970 ), niños ciegos ( Burlingham 1967 ) y niños sordos. La etiología -- básica parece tener sus raíces en un déficit de las estimulaciones origi - nales por muchas razones.... "

"... Este programa de tratamiento trata de ayudar a es - tos niños a progresar hasta el punto de alcanzar los siguientes niveles :

- a ) Relación con la gente,
- b ) Cuidado personal como ir al baño, alimentarse y vestirse,
- c ) Comunicación de sus necesidades primarias en forma consistente.
- d ) Capacidad para seguir direcciones simples.

El alcance de estos objetivos lleva al niño a un nivel de funcionamiento más bajo para su edad con respecto a su conducta objetiva, afectiva y de conocimiento. El niño se encuentra ahora en un punto de desarrollo en el que la terapia convencional, terapia del lenguaje y/o educación especial puede ser usada. Así pues estos niños deben ser vistos como si estuvieran en la parte media de un curso terapéutico al ser dados de alta, ya que la Institución no puede darles mayor nivel terapéutico de estimulación, por lo tanto, los niños que son dados de alta parecen ser apropiados para su colocación en la categoría "regular de Eisenberg ( 1956 ). Cada uno de estos niños es usado como su propio control en esta investigación pero también se realizan comparaciones con otras dos unidades de tratamiento, bajo la misma base, las cuales tratan de trabajar con niños " autistas".

" La aplicación durante tres años de esta Terapia Estructural al grupo original de 21 casos de " Autismo Infantil Primario" da como resultado dar de alta a 12 de los 21 niños originales ( 57% ). Estos niños son colocados en escuelas de cuidado normales, clases especiales

para retrasados o con trastornos emocionales en escuelas públicas o privadas, y en talleres de la asociación local para niños retrasados. Se refieren a las familias a sus respectivas agencias para continuar su entrenamiento. . . .”

A esta unidad experimental se le llama Unidad A con una población de niños y niñas de edad media de 8.9 años y 10.2 años respectivamente, quienes tuvieron un promedio de hospitalización de 1.08 años y 1.92 años. Una inspección de datos comparados de Unidades B y C revela una pequeña diferencia en el tiempo de hospitalizaciones anteriores. Esto sugiere que los niños de la Unidad A están más trastornados que -- los de la Unidad B y C.

Los niños de la Unidad B tienen una edad media de 7.2 --- años y un promedio de hospitalizaciones precedentes de 5.9 meses. En el período de septiembre de 1966 a septiembre de 1969, la Unidad A da - de alta a 12 casos de autismo infantil a sus casas en la comunidad, mientras que la Unidad B da de alta a dos niños y la Unidad C a cinco niños. -- Comparando paralelamente las cifras de Eisenberg ( 1956 ) y Bettelheim- ( 1967 ), la Unidad A. . Unidad B y Unidad C revelan que la Unidad A se - excede a Eisenberg y a Bettelheim con respecto al número de niños que - alcanza un nivel " regular". El porcentaje de 25% de Unidad B se aproxima al reportado por Eisenberg ( 22% ) mientras que el 9% de Unidad - C cae mucho menor.

TABLA III

## EVALUATION DE CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAL EN UNA

## POBLACION DE 20 NIÑOS AUTISTAS

Sujeto Número	Diagnóstico de admisión	Sexo	Tiempo de Tratamiento	Edad	Perturba- ciones - del afecto	Falta de Respues- ta Afec- tiva.
1	Autismo	M	14 meses	10-5	X	X
2	Autismo	M	12 meses	7-8	X	
3	Autismo	M	8 meses	6-8	X	X
4	Autismo	M	14 meses	8-2	X	X
5	Autismo	M	8 meses	12-7	X	X
6	Autismo	M	12 meses	8-11	X	
7	Autismo	F	60 meses	13-8	X	
8	Autismo	M	9 meses	9-8	X	X
9	Autismo	M	3 meses	6-1	X	X
10	Autismo	M	3 meses	8-4	X	X
11	Autismo	F	29 meses	10-8	X	X
12	Autismo	F	10 meses	12-0	X	X
13	Autismo	M	6 meses	12-3	X	X
14	Autismo	F	5 meses	11-8	X	X
15	Autismo	M	24 meses	15-3	X	X
16	Autismo	M	9 meses	6-11	X	X
17	Autismo	M	26 meses	12-6	X	X
18	Autismo	F	15 meses	11-10	X	X
19	Autismo	F	39 meses	11-11	X	
20	Autismo	M	29 meses	12-4	X	

## ( CONTINUACION TABLA III )

Sujeto Número	Falta de Relaciones Obje- tales.	Sin lengua- je para comu- nicarse	Sin dis- función- orgánica	Manteni- miento- de cons- tancia - por me- dio de- estereo- tipia.	Diagnóstico Final
1	X	X	X	X	Autismo Infantil Precoz
2					Esquizofrenia Infantil
3	X	X	X	X	Autismo Infantil Precoz
4	X	X	X		Retraso del desarrollo
5					Daño Cerebral Difuso.
6		X			Esquizofrenia Infantil
7		X			Retraso Primario
8	X	X	X	X	Autismo Infantil Primario
9	X	X	X	X	Autismo Infantil Primario
10		X			Retraso del desarrollo
11	X	X			Daño Cerebral Difuso.
12		X			Retraso Primario
13		X			Esquizofrenia Infantil.
14	X	X			Retraso Primario
15					Retraso Primario
16	X	X			Retraso Secundario
17	X	X			Retraso Secundario
18		X			Esquizofrenia Infantil
19		X			Esquizofrenia Infantil
20	X	X			Retraso Primario
	10	17	5	4	

## DISCUSION

Los números obtenidos en el reporte preliminar parecen sostener la hipótesis de que la "Terapia Estructural" es capaz de producir cambios terapéuticos significativos en los niños clasificados como "autistas". Sin embargo, se debe hacer énfasis que este grupo de niños, resulta de una colección heterogénea de niños con trastornos severos, de los cuales cuatro reúnen las características de la definición de "autistas". No está muy claro si los niños descritos por Eisenberg (1956) y Bettelheim (1967) han estado incluidos en esta definición. Ninguno de los niños de las Unidades B y C satisfacen la definición de "Autismo Infantil Precoz", a pesar de que todos ellos pueden colocarse en esa categoría bajo la base de su conducta trastornada.

Los descubrimientos de este estudio dan lugar a serias dudas con respecto a la validez del síndrome AIP como una entidad clínica. El número pequeño de niños que entran en la definición de AIP en un establecimiento residencial para niños con trastornos emocionales, cuya población regularmente excede de 200 pacientes y sirve a la mitad de la población de Pennsylvania, eleva la importancia de esta pregunta. Uno se pregunta si la definición es incorrecta o el AIP no ocurre en el este de Pennsylvania o si ocurre ¿ Por qué estos casos no recurren al --

único establecimiento residencial para tratamiento disponible?.

Sin embargo, sin importar la validez del diagnóstico de "autismo infantil precoz", los resultados de este estudio parecen sostener la hipótesis de que un tratamiento orientado al desarrollo a través de estimulación intensa a manera de juego, físicamente intrusiva es efectiva para el tratamiento de los niños con trastornos severos a quienes se les llama con frecuencia casos de "autismo infantil". Estos niños son más bien vistos como parte de un gran espectro de niños que han sufrido retraso o desviaciones en su desarrollo. El niño con autismo infantil precoz o con autismo de cualquier origen parece adecuado para un tratamiento de desarrollo orientado, insistente y bien estructurado que trate con los niños a este nivel de funcionamiento y no con los niveles de fantasía de la familia o de los terapeutas.

Como hemos señalado, los psicólogos Needleman y Ward (Needleman y Ward 1968) reportan mejoría en el funcionamiento del número de niños autistas. Sin embargo, concomitante con este progreso se encontraron regresiones periódicas que se manifiestan en gestos mágicos, risa histérica, negativismo y oposicionismo y lenguaje ecolálico. Regresiones que se han entendido como una necesidad del niño esquizo-frénico de "zafarse" del nivel de desarrollo recientemente alcanzado que como situación nueva lo somete a gran ansiedad por la amenaza que representa. Es decir, el Yo precario y defectuoso que el niño autista ha ido alcanzando a través de su tratamiento, no puede en un momento-

dado tolerar la frustración y ansiedad a que es sometido por la programación que le impone el tratamiento y como único recurso tendrá que regresar. Por otra parte, el progreso de desarrollo normal impone la necesidad de regresiones intermitentes para hacer posible la progresión. (regresión progresiva), en niños tan enfermos como estos, sus regresiones intermitentes tendrán que ser aparatosas y evidentes.

La terapia estructural pone al terapeuta en posición de guía del niño ayudándolo a diferenciarse a sí mismo como una entidad separada dentro de la situación terapéutica. Si el niño se puede experimentar a sí mismo como siendo real y diferenciado, entonces se puede comenzar la comunicación con él.

La meta terapéutica después de haber establecido un grado de contacto favorable, es la de iniciar y alentar cierto grado de habilidad ( White 1958 ) en la interacción favorable con el mundo. Así entonces, lograr que el niño desee una comunicación con el terapeuta. Una serie de encuentros psicológicos, le da al niño un sentido de lo que Murphy (1962) refiere como dominar y dirigir la actividad hacia la obtención del éxito. Con la confianza de que el Yo puede manejar un problema limitante, resulta el empeño de repetir la experiencia en otra ocasión. Fenichel ( 1966 ) declara que la imagen de sí mismo, del niño perturbado como la de cualquier otro niño es realizada por las experiencias de éxito y disminuida por fracasos frecuentes. De ahí que es necesario construir una medida de éxito en cada actividad.

Se trata de una tarea doble cuando la estrategia de grados de dominio es usada en el tratamiento de niños severamente perturbados. Primero se le da al niño una experiencia de éxito, el terapeuta provee una medida de estima propia en la que el niño ve que sus acciones crean un efecto en su mundo. Esta noción ha sido avanzada por Bettelheim ( 1967 ) en su discusión del desarrollo del " Self". Este proceso envuelve una serie de acciones en las que el niño responde en tal forma que modifica con éxito y felizmente una experiencia dentro de su ambiente. No todos los terapeutas de niños esquizofrénicos son capaces de aceptar "lo alto y lo profundo del sufrimiento humano", (Silverman, 1971) pero también se convierte en el iniciador de felicidad y comparte un júbilo de copiar y tener éxito. Al compartir ésto, el niño experimenta un sentimiento personal y privado de adecuación pero también está envuelto con otro ser humano. De ahí que el niño perturbado llegue a ver la relación objetal placentera. Cuando el terapeuta puede guiar al niño de una posición de falta de dominio de su mundo, a un dominio y maestría aun a nivel bajo de funcionamiento; disminuye la dependencia, la separación se vuelve posible y el deseo de alcanzar nuevas y variadas experiencias, se hace presente.

## PRESENTACION DE CASOS

A continuación se presenta la descripción de 3 casos de niños con AIP. Los dos primeros fueron vistos por el Dr. Ward en Filadelfia y el tercero lo estoy estudiando yo misma en México.

En mi práctica privada he tenido la oportunidad de estudiar cuatro niños que me fueron referidos como casos de autismo. Unicamente uno reunió las características, siendo éste el tercer caso en esta presentación.

Esteban, niño caucásico de 6 años de edad, fué admitido al Hospital en Noviembre de 1966 con el diagnóstico de AIP.

Historia Familiar: tiene 1 hermano con retraso mental y una hermana con una esquizofrenia infantil, así mismo tiene 3 hermanos normales. La madre tiene una historia de 5 brotes psicóticos y hospitalizaciones psiquiátricas, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El padre aparentemente es normal, pertenecen a una clase social me--  
dia.

Esteban es el 2o. hijo, el embarazo fué normal y libre de complicaciones. Pesó 3,000 Kgr. al nacer. Fué alimentado con fór-

mula hasta los 6 meses, se sentó solo a los 9 meses, gateó a los 10 meses y caminó a los 13 meses. El desarrollo del lenguaje comenzó alrededor de los dos años de edad y el entrenamiento de esfínteres fué logrado hasta los 5 años. El primer año y medio de vida del niño fué normal y fué llevado con parientes durante la primera hospitalización de la madre por un año; consecuentemente comenzó a tener una conducta desordenada, balbuceaba sonidos extraños, manipulaba sus manos e imitaba la conducta de la hermana mayor Jackelin quién presenta esquizofrenia infantil y cuando Esteban cumplió 3 años fueron hospitalizados ambos en un hospital para niños enfermos mentales. Después de un año fueron -- llevados a una casa para niños retrasados mentales. A los 5 años, volvió a casa y presentó destructividad e hiperactividad, se pegaba en la cabeza y fué admitido a los 6 años en el servicio de AIP.

El otro caso que reporta el Dr. Ward es el de un niño -- caucásico de 12 años de edad, no verbal, que fué hospitalizado a los 7 años por presentar conducta autodestructiva. Era un hijo ilegítimo que nació después de una relación de 7 años entre su madre soltera y su padre casado. El embarazo fué tortuoso y la madre fué rechazada por su familia. Se reportó que había nacido un mes más tarde. Roberto se -- quedó dos meses en el hospital hasta que su madre encontró apartamento. Se sentó a los 6 meses, caminó a los 10 meses, a los 6 meses dejó de responder a su nombre; a los dos años se lastimaba frecuentemente al grado de requerir suturas quirúrgicas. A los 4 años empezó a gol-

pearse la cabeza, a destruir muebles y se golpeó tanto en la cabeza que tuvo complicaciones infecciosas.

Cuando tenía un año fué dejado en una escuela maternal y se le llevó a 30 especialistas. Los siguientes 18 meses estuvo en un lugar residencial para niños retrasados. Roberto fué hospitalizado -- cuando tenía 6 años 9 meses en un hospital para niños enfermos mentales y fué descrito como hiperactivo, destructivo, no verbal y automutilante. Se le amarraron las manos para prevenir que se estuviera lastimando.

Roberto tuvo 300 sesiones de terapia estructural. No tenía contacto visual y cuando se desamarraba se pegaba en la cara 2 o 3 veces por minuto. Después de 6 meses de tratamiento fué posible desamarrarle las manos y vocalizaba durante las noches y empezó a tener contacto físico con el terapeuta y a sentirse relajado. En el segundo año de terapia se observó que el niño empezó a hacer uso de un objeto-transicional y se le sometió a terapia de lenguaje, ya que se notaron sus esfuerzos por comunicarse. En el tercer año de terapia, Roberto llegó a establecer una relación afectuosa con el terapeuta. En ocasiones jugaba con otros niños y esperaba con anticipación las visitas de su madre y se mostraba frustrado si no llegaba.

El caso que a continuación se presenta, se trata de una niña de 3 años y medio; la niña fué referida a tratamiento por un psiquiatra, quién me proporcionó los datos de la exploración psiquiátrica y neurológica, así como los correspondientes diagnósticos.

### Descripción de la niña

Es una niña de complejión delicada, bien proporcionada, - de estatura y peso bajo, sin embargo dentro de los límites normales. Es blanca, de ojos grandes y claros, de cabello rubio; es muy atractiva y su vestido es de buen gusto y calidad.

### Motivo de la Consulta :

Los padres asistieron al psiquiatra infantil pidiendo orientación en cuanto al manejo de la niña, ya que hace un año se le diagnosticó microcefalia y secuelas de parálisis cerebral infantil.

### Descripción y evaluación del problema :

Los padres la describen como una niña que cuando era bebé no se rió y que hasta el momento de la evaluación ríe muy poco. Su coordinación es pobre, presenta hiperactividad, tendencia a la ecolalia, habla en segunda y tercera persona, nunca ha empleado la primera per-

sona, sus relaciones con padres, hermanos, etc., son defectuosas; evita el contacto visual; se relaciona con objetos inanimados y presenta fascinación por la música y por movimientos giratorios. Le molestan los ruidos fuertes, demuestra hipersensibilidad acústica. Cuando se le frustra presenta berrinches, se jala el pelo, se muerde, se pega en la cara, se pellizca los dedos y la nariz al punto de sangrarse, y tira a la basura todo lo que encuentra.

#### Historia Médica :

Fue evaluada en el extranjero hace un año diagnosticándole un grado mínimo de parálisis cerebral con microcefalia.

El estudio neurológico reciente señaló que " efectivamente existe daño cerebral crónico, no progresivo de tipo atóxico" que es responsable de la mayor parte de la sintomatología incluyendo la disartria. El grado de lesión es leve y la etiología, aunque existen antecedentes sugestivos, es difícil de precisar.

Se prescribió Ritalin 20 mlgr. diarios.

#### Exploración Psiquiátrica :

Apariencia : Se trata de una niña de 3 años y medio, que aparenta su edad, está baja de peso y es de altura mediana. Se presenta limpia y aliñada. Presenta obvios trastornos motores de coordinación, su marcha es torpe, su facies es inexpresiva y se muestra hiperactiva.

Relación con los padres: Su relación con los padres es pobre, hace poco contacto, cuando la madre salió del cuarto la niña se mostró indiferente y no presentó angustia.

Relación con el explorador: Establece una relación pobre con el explorador, mantiene la mirada por lapsos breves, no sigue instrucciones, ni sugerencias, cuando se le dice "no" a algo se jala el pelo o se muerde el labio superior.

Mientras está jugando con algo que le gusta, no hace caso y aparenta no oír. Parece derivar más satisfacción de objetos inanimados -- que de gente.

Lenguaje Verbal: La niña habla muy bajo, siendo su voz más bien gutural. Presenta tendencia a la ecolalia y habla en segunda y tercera persona. La extensión de su vocabulario es muy limitada y repite constantemente lo mismo con una cualidad " como si estuviera cantando".

Conducta motora: Presenta retraso psicomotor y coordinación defectuosa en especial del lado derecho. Presenta movimientos repetitivos, su marcha es torpe, titubeante, se tropieza fácilmente y sube escalones de uno en uno.

Afecto: No presenta expresión afectiva y su nivel de tolerancia a la frustración es muy bajo, tiene berrinches y se tira al suelo, se pellizca la nariz y los dedos hasta sangrarse. No se relaciona con el examinador y

su juego es solitario y perseverante.

Nivel Intelectual: Se estima que su funcionamiento intelectual es inferior a lo normal y no es posible efectuar un estudio del sensorio. Su tiempo de atención y concentración es corto.

Sentido de Realidad: En ocasiones se aísla completamente, mantiene la mirada fija y perdida con ausencia de afecto y de atención por el mundo que la rodea, mostrando indiferencia y aparentando no oír.

Diagnóstico:

1. - Síndrome cerebral orgánico asociado a psicosis infantil.
2. - Retraso mental.

Recomendaciones:

- 1o. - Que continúe asistiendo al jardín de niños y a clases de natación.
- 2o.- Que los padres reciban orientación en cuanto al manejo de la niña.
- 3o. - Psicoterapia Individual.
- 4o.- Ritalin 20 mgr. diarios.
- 5o.- Que continúe bajo control neurológico.
- 6o.- Evaluación del lenguaje.

Historia del Desarrollo

Los datos fueron proporcionados por la madre quien es considerada confiable en cuanto a la información que ofrece.

Concepción y embarazo:

Embarazo planeado. - La niña nació después de 13 años --

de casados los padres, es la cuarta hija después de 3 varones, la situación de la familia en ese tiempo era estable; el embarazo fué planeado, - deseaban fuera niña. Al quinto mes de embarazo la Sra. padeció de mononucleosis infecciosa.

Nacimiento: Nació a término, se uso bloqueo durante el parto, -- que fué rápido y sin problemas, peso 2, 850 Kgr. el pediatra la encontró sana.

Alimentación: La madre no le dió alimentación al pecho para no interrumpir sus actividades con los demás hijos. Se alimentó con botella, los primeros ocho días le tuvieron una enfermera que le ayudaba a la madre a alimentar a la niña. A los 6 meses empezó a escupir la leche y no le gustó; se la suspendieron, se la sustituyeron con jugo y empezó a comer sólidos. Siempre ha comido mal y no acepta hasta la fecha alimentos sólidos ni leche. Prefiere comer carne, en la actualidad no come sentada, la madre la persigue por la casa para alimentarla. Desayuna un trozo de carne y en ocasiones también come carne durante la cena, como un poco de fruta durante el día. No le gustan las verduras; siempre ha tomado vitaminas y el pediatra en la actualidad la encuentra baja de peso.

Sueño: De bebé presentaba inquietud al dormir, se movía mucho y gritaba. Para dormir tenía que estar alguna persona con ella, hasta -- que le dejó llorar la madre y en dos días aprendió y aceptó a dormir sola, a los 6 meses. Desde hace un mes duerme con algún muñeco de peluche

( no siempre el mismo ).

Entrenamiento de Esfínteres : La mamá no quiso hacer presión en el entrenamiento y desde que asistió a la escuela va sola al baño o - avisa, sin embargo, en la casa no tiene control de esfínteres y la madre la empezó a regañar; en ocasiones avisa.

Lenguaje Hablado : Al año de edad decía monosílabos como " Ma, Pa, Ta", al año y medio decía únicamente " muchacha, mami, tita-tita".

A los dos años 8 meses asistió a terapia de lenguaje y -- progresó, sin embargo, dice frases cortas, usa la primera persona para hablar solo en ocasiones, más frecuentemente usa la 3a. persona inapropiadamente. Comúnmente repite frases, nunca ha tartamudeado. Su voz es gutural y aguda.

Desarrollo Motor : Tardó en sostener la cabeza, todavía a los 6 meses " se le iba de lado". Se paró a los 10 meses y se sentó después. Al año y medio caminaba con ayuda, tiene " pié plano" y desde que empezó a caminar usa botas ortopédicas. Al año 7 meses caminó sola, pero se tambaleaba y si se caía no se podía levantar ella sola. A la fecha camina con poca seguridad.

Desarrollo Sexual: No ha tenido manifestaciones de darse cuenta de las diferencias sexuales, no le han visto masturbarse.

Historia Escolar : Ingresó a la escuela Montessori a los 3 años 5

meses. Al principio lloró y decía "no quiere" y se pegaba en la cabeza, en la actualidad no presenta resistencia para asistir, va dos horas diarias. Al principio estaba sola en un salón y poco a poco se fué incorporando al grupo. Sigue órdenes de la maestra, sin embargo, mantiene largos periodos entretenida consigo misma, mordiéndose las uñas, quitándose pellejitos de las manos o rascándose la nariz hasta llegar a sangrar.

En otras ocasiones se queda con la mirada perdida y su rostro muestra placidez llegando incluso a parecer que alucina.

Historia de la Salud: A los 6 meses se deshidrató estuvo dos días hospitalizada y la madre estuvo con ella. Estuvo más de un año con calentura de 38.1 grados, 38.7 grados en las noches, siendo la causa estreptococos. A los 2 años 8 meses fué diagnosticada como hiperquinética.

Desarrollo de la Personalidad: La madre describe a la niña como una pequeña triste que en la actualidad se ríe ocasionalmente, recuerda la madre que la primera sonrisa específica fué a los 3 meses con su nana, con la que tenía buena relación. Se iba con cualquier gente sin llorar, no permite que nadie la cargue, ni la bese y no sabe besar. La nana se fué de la casa cuando la niña tenía 2 años de edad. No ha tenido apego a ningún objeto. Cuando se le forza a hacer algo, presenta berrinches hasta el punto de "ponerse morada", se pega en la cara o se pellizca o pellizca a otros. Se jala el pelo, lo cual ha cesado --

desde que toma Ritalín. No se comunica en forma verbal ni no verbal, y cuando quiere algo dice " no quiere " o "no".

Desde que era bebé hasta la fecha le atraen los objetos musicales, lo que da vueltas y el agua.

Patrones de Juego: De más pequeña lanzaba los juguetes. En la actualidad muerde los juguetes de plástico. Juega sola, no juega con otros niños de su escuela, en ocasiones los hermanos le permiten que los ayude en algún juego por ejemplo con dados.

Disciplina: Siempre la disciplina ha sido leve. Cuando le han llegado a dar un manazo se ríe.

Relaciones: Es más cercana con su papá y con su hermano, acepta a los maestros y al chofer. Desarrolló buena relación con el terapeuta de lenguaje. Le es más fácil relacionarse con figuras masculinas.

#### EVENTOS FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

. Dentro de los 3 primeros meses, la madre salió de vacaciones dejando a la niña con una enfermera.

Un año después salió de vacaciones por 3 semanas y la niña se quedó con la abuela, quién la notó triste. Los padres se fueron de viaje un mes y ella se quedó en su casa con hermanos y sirvientes, esto ocurrió un año después; mostró tristeza y buscaba a los padres en

su recámara.

### VISITA A LA CASA

La casa se encuentra en una área suburbana. Es una casa que demuestra un nivel socioeconómico medio alto, se encuentra en buen estado, todo limpio y organizado; tiene objetos de arte de buen gusto, toda la casa se encuentra alfombrada, la recámara de la niña tiene su cama individual y dos jugueteros con muchos juguetes creativos, con un buen espacio para jugar. Los sirvientes se acercan a ella y la tratan con cariño y con cierta delicadeza. Estuve presente durante el tiempo en que ella desayunó, esto fué a las 11:30 y la madre andaba tras de ella por toda la casa, introduciéndole en la boca pedazos de carne.

### VISITA AL COLEGIO

La escuela tiene orientación Montessori, está bien organizada y el local es muy adecuado, se encuentra localizada a 10 minutos de la casa de la niña. Hay un grupo de 20 niños aproximadamente y hay una maestra, una ayudante y una nana.

Ella está familiarizada con la escuela y parece empezar a establecer relación con la maestra, la obedece y la busca para que la tome de la mano.

Durante dos horas de observación la niña no dijo una sola palabra, se sentó en su lugar y trabajó en un tablero de madera, me--

tiendo y sacando cilindros de madera de diferentes tamaños, mantenía su atención en esto por unos minutos y la mayor parte del tiempo mantuvo una actitud autista, aislándose totalmente del ambiente y se entretenía en quitarse pellejos de los dedos al punto de casi sangrarse. Si le decía la maestra que trabajara lo hacía por unos minutos mostrando ansiedad, sus movimientos son torpes y demostraba tener problemas perceptuales. En muy pocas ocasiones fijo la mirada en algún objeto. No se sonrió y en una ocasión me dió la impresión de que estaba alucinando ya que por momentos mostraba una mirada perdida y facies de placidez.

No permite que ninguna niña la tome de la mano, a la maestra sí se lo acepta.

Se mostró interesada en echar agua y lentejas de un vaso a otro, y cuando lo hacía mal o no podía, no mostraba frustración pero volvía a su mundo interno y se retiraba.

Participó en una actividad de grupo en que cantaba y pasaba al centro.

La maestra es una persona de mediana edad que se muestra cercana y positiva, tiene muy buena actitud con ella y a pesar de tratarla como al resto del grupo, sabe como incorporarla al grupo y la ayuda a salir de su mundo aunque sea por lapsos muy cortos.

La maestra está cooperando con el tratamiento y está en comunicación conmigo.

#### Descripción de la Madre

Se trata de una mujer alta, de complexión mediana, de 35 años de edad, de facciones finas, de aspecto agradable, su arreglo personal es de buen gusto y de calidad. Es una persona ansiosa que habla mucho dando el aspecto de ser extrovertida. Da la apariencia de entender el problema de su hija y de estar dispuesta a cooperar en todo lo que sea necesario con tal de ayudarla. Comunicó en forma clara la historia y me proporcionó álbumes de fotografías de toda la familia.

#### Descripción del Padre

El padre es un hombre de complexión mediana, tiene alrededor de 35 años, es agradable, bien parecido, su arreglo personal es de buen gusto y calidad. Es profesionalista, proviene de un nivel socioeconómico, medio alto, tiene buenas relaciones familiares. Relató que él no había notado patología alguna en su hija hasta que a los 2 años 3 meses le dijeron que tenía lesión cerebral. Se sintió decepcionado y decidió ser el fuerte de la casa y aun que ha tratado que el problema de la niña interfiera lo menos posible en el resto de la familia, ésto no ha sido posible.

Ha cooperado positivamente en el tratamiento de su hija.

Yo intenté efectuar una evaluación psicológica convencional, lo cual fué imposible dada la falta de capacidad para relacionarse que la niña presenta. Tomé la historia del desarrollo, tuve entrevistas con la madre y con el padre, hice una visita a la casa, otra a la escuela y otra a la academia en donde toma clases de baile. Propuse el siguiente plan de tratamiento que se puso en práctica de inmediato.

- a ) Psicoterapia estructural 3 veces por semana.
- b ) Una vez a la semana entrevista con la madre por unos 20 minutos, para orientarla en cuanto al manejo.
- c ) Los padres asisten a orientación con el psiquiatra periódicamente.
- d ) Clases especiales por las tardes, impartidas por una maestra quién sigue en plan de educación y de entrenamiento especial, elaborado por mí. El plan de educación mezcla aspectos sociales, entrenamiento de coordinación visomotora, entrenamiento perceptual, acústico, audiovisual, orientación especial y ejercicios rítmicos.

La maestra y yo tenemos juntas mensuales en las que revisamos los progresos de la niña y elaboramos el programa de acuerdo con ellos. A la maestra se le indicó cómo debe manejarla, en ocasiones hemos visto a la niña juntas y le proporcionamos material de lectura.

e) Intercomunicación con la maestra de la escuela.

A la maestra de la escuela la visito periódicamente; me describe la conducta de la niña y le indico que se le deben dar órdenes precisas, establecer límites, interrumpir sus estados de aislamiento y exigirle en algunos aspectos como a una niña normal, sin olvidar su problema el cual ha sido muy bien entendido y se ha obtenido una magnífica cooperación de parte de la maestra.

f) Comunicación con la maestra de natación.

La maestra de natación tiene conocimientos de psicología y se ha interesado en la niña y trata de colaborar, se le pidió que específicamente sus ejercicios tendieran a ayudar a la niña en la percepción de su esquema corporal, haciéndola conciente de su cuerpo y obtención de control muscular. Las

clases son individuales, sin embargo como es una academia se le empezó a proporcionar de 5 a 10 minutos de actividad en grupo de niños de su edad, a lo que al principio se negó a cooperar, aislándose. Sin embargo se fué entregando poco a poco al grupo.

- g ) Mi plan de terapia consistió en seguir lo que aprendí y practiqué al lado del Dr. Ward en Filadelfia, siguiendo los principios de la terapia estructural - expuesta anteriormente.

El pronóstico lo ví como bueno ya que en primer lugar se contaba con la colaboración de los padres, la niña adquirió el lenguaje, no muestra debilidad mental, y al parecer ya no se encuentra en un estado básicamente autista, además de que desde que empezó a asistir a la escuela ha demostrado progreso.

Por lo anterior se pensó en un buen pronóstico; contando con las limitaciones de su lesión cerebral y con la patología existente.

#### Terapia

Se diseñó en forma global en relación a vida cotidiana. Se le estructuró meta y horario de actividades.

La niña carecía de todo límite, comía a la hora que quería, la tenían que perseguir por la casa y se le iba dando pedazos de carne mientras ella subía, bajaba, jugaba, etc., por lo que se establecieron pautas para estructurarla.

\* La dieta consistió en:

Desayuno a las 7:30 a. m.

Jugo de frutas, cereales, pan francés, etc.

Comida a las 12:30 p. m.

Crema de verduras, carne o pescado, postre, fruta.

Merienda a las 7:00 p. m.

Jugo de frutas, huevos o quesadillas, galletas o pan, etc.

Se fueron probando diferentes tipos de cereales, frutas, etc.

La madre y la nana asistieron en diferentes ocasiones a la hora de la terapia en que yo le daba de comer a la niña, para orientarlas en cuanto al manejo de la niña durante las comidas. Se estableció que la niña tenía que comer sentada, que se le darían órdenes precisas y se le señalarían límites, dando por hecho que iba a comer.

Las primeras sesiones terapéuticas se llevaron a cabo a la hora de la comida. Se le ponían 4 o 5 platos hondos de colores atractivos con fruta, jamón, pan, gelatina, sopa y un vaso de refresco. La niña se mostraba contenta al entremezclar la comida y al jugar y mani-

\* Supervisada por un pediatra, quien controla el desarrollo físico.

pular la comida y en ocasiones probaba un poco. Si yo decía que comiera su contestación era "no quiere". Después jugaba con ella y le ponía discos. Cuando noté que empezó a establecer una relación conmigo, empecé a exigirle que comiera y la estimulaba verbalmente cuando lo hacía. Cuando ya no quería comer y yo le exigía empezó a jalarse el pelo y a pellizcarse los dedos y la nariz, entonces yo le interpretaba su enojo en relación a que yo la obligaba a hacer algo que no le gustaba.

Paralelamente a este periodo, la madre reportó que la niña comía mejor en casa y empezaba a comer más y llegó a pedir leche con chocolate tanto a la terapeuta como a la maestra particular.

La hora de la terapia se cambió y ya no se le daba de comer durante sus sesiones. En ocasiones pedía galletas y refresco, o leche con chocolate y empezó a mostrar progreso utilizando la primera persona al hablar y comunicándose más verbalmente, disminuyó su hiperactividad, en ocasiones sonríe aunque rara vez llega a reírse abiertamente. Permite mayor contacto físico, aprendió a buscar cosas escondidas.

Con la maestra particular ya estableció una buena relación; sigue instrucciones, su tiempo de atención y concentración han mejorado, su vocabulario va aumentando, se muestra afectuosa con ella y asiste muy contenta.

En la escuela la maestra describe una mejor relación con

los adultos, sin embargo, no ha logrado relacionarse con niños de su -- edad. Participa en actividades de grupo, canta, aprendió cosas de rutina, mantiene periodos largos de atención en alguna actividad. Asiste ya 3 horas y media diarias a la escuela.

La madre la describe; está más contenta en la casa, busca a los hermanos y a la servidumbre, no le gusta permanecer sola, disfruta más de las cosas, al asistir a reuniones sociales, establece mayor contacto con niños y adultos.

En las clases de natación ya está incorporada a un grupo con el que participa en una clase por semana. Sigue asistiendo a clase de natación individual una vez por semana.

A la clase de música asistía inicialmente a sesiones individuales de diez minutos de duración. En la actualidad tolera clases de una hora de duración en un grupo de 10 niños normales. Conoce los instrumentos y obedece las órdenes de la maestra.

### Reacciones Transferenciales - Contratransferenciales

A lo largo del tratamiento la relación entre Susi y yo ha ido evolucionando; al principio me ignoraba y su actitud en la sala de juego era la de sacar y meter juguetes, pedir ir al baño y pedir agua, y me usaba como una extensión suya para que yo le diera lo que quería, no permitía demora y si no se le satisfacía en forma inmediata lloraba y se empezaba a pellizcar, a pegarse en la cara o a jalarse las puntas de los dedos. En el momento en que se le gratificaba cesaba inmediatamente esta actitud y su rostro volvía a mostrarse plácido. Al principio yo aceptaba esta conducta en forma pasiva ya que estaba tratando de que el lugar y yo fuésemos familiares para ella. Cuando sentí que ya se había logrado algo de relación y que ella ya podía tolerar un poco de frustración, le empecé a exigir que pidiera las cosas por ejemplo: En vez de aceptarle el decir "AGUA" le decía "sí te doy agua pero tienes que decir "quiero agua", ella se rebelaba y gritaba, sin embargo finalmente cedió y empezó a verbalizar sus peticiones. En otra área que logré hacer que cediera fue en el contacto físico ya que al principio no toleraba que se le tocara. A través de la relación llegó a sentarse en mis piernas por 2 o 3 minutos y la arrullaba en estos momentos. Yo sentía estar cargando a un bebé y la sentía tranquila, sin embargo después de un corto lapso mostraba intolerancia y gritaba que la bajara y ponía rígidos sus pies y sus brazos. En estos momentos mis respuestas emocionales eran de gran enojo y deseos de ignorarla prefiriendo dejarla hacer lo que quisiera.

La frustración se provocó al poner límites, por ejemplo:

A la hora de la comida por un tiempo le acepté que cuando decía "no quiere", yo no insistía, sin embargo al empezar a dar más estructura, yo le decía "si quieres el dulce tienes que terminar el jamón" continuaba diciendo "no quiere", pero al metérselo a la boca se lo comía. Tardaba hasta 5 minutos en comer un bocado, se mostraba molesta y se ponía roja, despertaba en mí (respuestas contratransferenciales) un deseo de lograr dominarla y obligarla a comer, sin embargo si se le forzaba más hacía intentos de volver el estómago, logrando en mí nuevamente esta sensación de indiferencia y dejarla hacer lo que quisiera.

Sus respuestas afectivas eran sumamente fluctuantes siendo, lógicamente, mi reacción de la misma proporción. En momentos la sentía cerca y permitía que yo la besara y la abrazara y hasta me llamaba "MAMITA"; en otros momentos me ignoraba y me usaba como un objeto más de gratificación siendo ella la que controlaba. En otros momentos la sentía muy enojada, desesperada y me transmitía la sensación de sentirse perdida, sola triste y una sensación de que nadie la quería. En estos momentos ella se pellizcaba o jalaba pellejos de los dedos como respuesta de regresión intermitente. La empecé a hacer interpretaciones de su enojo y a decirle "mira aquí estoy yo", "si estas enojada conmigo pégame a mí", "no a tí". Se me quedaba mirando como asustada y me pegaba con gran temor y apenas me tocaba, sin embargo llegó el momento en que de cualquier frustración me pellizcaba o me pegaba, --

siendo mi interpretación la de "yo sé que está enojada porque no estás haciendo lo que quieres", pero ya es tiempo que me lo digas en vez de pegarme. Empezó a verbalizar más sus deseos, siendo ésto extensivo en su casa.

Durante la evolución de la transferencia, empecé a notar que Susi trataba de hacer cosas para agradarme, también decía cosas, su conducta es estereotipada y perseverante, sin embargo, ella misma empezó a preguntarse "¿Cómo hace el perro?", y se respondía "gua gua", yo se lo festejaba y cada día decía más cosas lo mismo que tenía actitudes para provocarme risa, vgr.: al principio no se reía hasta que un día estornudé, y se rió. Desde entonces cada vez que hacía yo como que estornudaba le daba risa, así que en ocasiones ella estornudaba y se reía como para provocarme estornudar y ella reirse.

Desde luego cualquier logro en el que yo sintiera indicios de relación para mí son muy gratificantes y desde que comenzó el tratamiento he sentido una evolución positiva lo que me hace sentir optimista y con deseos de seguir adelante.

### Inferencias Teóricas

Al principio del tratamiento Susi tendió a controlar el ambiente; de lo que se infiere que es lo que ha hecho en su casa, en la que al parecer no ha tenido la frustración adecuada, ya que ha logrado manipular a

su familia por medio de berrinches y llanto. En esta forma ha logrado permanecer en su caja de cristal evitando que nadie trate de acercarse ya que amenaza con romperse. Ha logrado que se le respete su defensa y que cuando ella irrumpe en el ambiente, debe ser totalmente bajo su control y cualquier intento de frustración del mundo externo la hace regresar a su refugio.

A través de límites y autoridad estructurada les mostré a la madre y a la nana, que Susi, sí era capaz de responder y que no se iba a romper en mil pedazos; vgr.: a la hora de la comida en su casa no logran que se sentara y se le seguía por toda la casa, mientras ella jugaba, corría, etc., con el plato y se le introducía un pedazo de carne, desde luego si ella lo aceptaba. Sin embargo al demostrarles a la madre y a la nana que Susi era capaz de sentarse por 45 minutos y comer por sí misma y no permitirle que se parara, la nana y la madre lograron que Susi desayune, coma y cene sentada. Como este detalle se les fueron mostrando varios lo que ha ido ayudando a Susi a captar una estructura externa y ayudándole a comenzar a formar una estructura interna.

Las defensas que utilizaba para mantenerse aislada le son inefectivas y empieza a lograr establecer una relación objetal conmigo. Este comienzo de relación se puede observar en cuanto deja de hablar en tercera persona, cesa sus autocastigos, acepta más el contacto físico de mí y de otros, usa el lenguaje para comunicar lo que quiere y ha empezado a aprender conceptos como colores, objetos, etc., sin embargo, no

se ha logrado una constancia de afecto. Al parecer se fuga constantemente a su caja de cristal, sin embargo al comenzar a aceptar estar fuera de ella, nos muestra la oportunidad de lograr mayor interés para que se mantenga la mayoría del tiempo fuera. Es ésta una de las causas por las que se le ha proporcionado clases especiales en las tardes para ayudarla en cuanto a controlar más el mundo, por medio de ayuda perceptual y de coordinación motora. Esto la hará sentirse menos frustrada en sus visitas al exterior. Lo mismo que sus clases de música, baile y su asistencia a la escuela Montessori en las mañanas, además de darle una estructura externa le está proporcionando seguridad hacia el mundo y mayor contacto humano.

## INTENTO DE CASUÍSTICA EN MÉXICO

Con la intención de formarnos una idea del número de casos de autismo infantil precoz que se han presentado en las consultas psiquiátricas infantiles de la ciudad de México, intenté a través de comunicación personal, obtener los datos correspondientes de los diferentes servicios de Psiquiatría Infantil y de las consultas privadas de los psiquiatras infantiles graduados. Se entrevistaron a los psiquiatras infantiles graduados con la esperanza de que al ser graduados manejaran un concepto diagnóstico unitario del AIP ya que en mi práctica en México me he encontrado que el criterio diagnóstico es manejado en forma muy variada, no solamente por lo que se refiere al punto de vista conceptual sino al descriptivo.

La práctica privada de estos profesionistas está limitada a la clase socioeconómica media alta y alta, en las instituciones se manejan pacientes de los otros niveles, en éstas los psiquiatras provienen de diversos entrenamientos del país y del extranjero. Por las diferencias de criterio anteriormente explicadas no se pueden establecer valores de los datos, comparando éstos entre los obtenidos en las consultas privadas y los obtenidos en instituciones.

El número de servicios especializados así como el número de psiquiatras graduados o con experiencia en el campo de la psiquiatría in

fantil es limitado y los medios con los que se cuenta en los servicios -- también son limitados. La especialidad no recibe las facilidades que -- otras especialidades han recibido en las instituciones; se puede decir -- que la psicología infantil no ha tenido en México la necesaria difusión, -- ya no se diga entre el público en general, sino aún entre pediatras y -- otros profesionales; médicos, maestros, etc. Por lo tanto es razonable pensar que una gran parte de la población no tiene acceso a los benefi-- cios de esta especialidad o es manejada por profesionales que no poseen la debida experiencia y pensamos que un buen número de niños autistas no han llegado a manos de los profesionales que entrevisté.

#### Servicios de Psiquiatría Infantil

Clínica de la Conducta	15	casos
Departamento del Distrito Federal	0	"
Hospital Infantil de México	0	"
Hospital Infantil de la I. M. A. N.	6	"
Hospital Juan N. Navarro.	4	"
Clínica del ISSSTE:		
- Juárez	4	"
- Tlatelolco	6	"
- 20 de Noviembre	2	"
- López Mateos	0	"
Neurología y Psiquiatría	4	"
Seguro Social	4	"
Secretaría de Salubridad y Asis- tencia.		No se tienen datos.

Psiquiatras Infantiles :

Dr. Mariano Barragán,	0	casos
Dr. José Carrera,	4	"
Dr. Eduardo Dallal,	3	"
Dr. Lauro Estrada,	2	"
Dr. Tirso Lara,	0	"
Dr. Manuel Isafas López	0	"
Dr. Enrique Lechner,	1	"
Dr. Marcelo Salles,	10	"
Dr. Sergio Toscano,	3	"
Dr. Gregorio Katz,	0	"

## D I S C U S I O N

En los casos presentados se antoja la observación de los aspectos psicopatogénicos ya discutidos anteriormente en este trabajo. En estos niños se observan alteraciones básicas en el desarrollo de las funciones psicológicas (yoicas), dando por resultado una formación altamente defectuosa de la personalidad. Se observa la interrelación e interdependencia de factores patogénicos como es la existencia de un daño cerebral clínicamente comprobable en dos de los casos y como consecuencia de este daño, la utilización deficiente de los objetos disponibles en el exterior ( madre, familia, etc. ) para la estructuración del Yo. Se describen también en estos casos factores familiares disruptivos que pudieron haber participado en la falta de estructuración; y sucesos traumáticos como pérdidas objetales ( separación de la madre o de las figuras significativas ).

En general los niños autistas aquí presentados se caracterizan por su falta de estructura yoica representada por funciones aberrantes, respuestas incoherentes, irrelevantes en su relación con el ambiente resultando una incapacidad para establecer relaciones. Los métodos convencionales de psicoterapia y aquellos estereotipados en que

se pretende tratar al niño psicótico como a un bebé nos parecen más -- bien inútiles en el manejo ya que se está tratando con niños que no han -- podido utilizar el medio ambiente para estructurar su yo por defectos es tructurales congénitos, ingénitos, o del más temprano desarrollo de la -- vida extrauterina. La utilización de la terapia estructural permite la -- utilización de funciones precariamente desarrolladas y la utilización -- más adecuada del medio ambiente a través de ofrecer límites, coheren -- cia y congruencia yoica, noción de sí mismo y objetos externos y así un -- sentido de realidad concreto para lograr metas limitadas y tal vez mo -- destas pero realistas y prácticas para el logro de una adaptación acea pta -- ble de estos niños tan enfermos.

El niño con autismo infantil Precoz frecuentemente se -- agrede a sí mismo; se pega en la cara o contra paredes y suelo, se pe -- lizca hasta llegar a sangrar, se jala el pelo o las pestañas, etc. Es de -- cir se autoestimula a niveles muy primitivos, por su falta de límites -- corporales es decir, que no ha podido diferenciarse a sí mismo del am -- biente.

A través del entendimiento de la psicodinamia del niño -- con AIP, fundamentamos la finalidad de la Terapia Estructural: Parti -- mos de la base de que el niño con AIP, carece de estructura interna y -- por su mismo desarrollo anormal provoca en su medio ambiente un des control en la familia, rodeándose de un ambiente poco estructurado, ya que si conocemos de cerca a la familia de uno de estos niños, vemos que

ya han agotado los diferentes métodos para el manejo y se sienten frustrados y enojados viendo la resultante. Dejan al niño que haga lo que quiera y sin darse cuenta se someten a su voluntad ya que los controla por medio de sus berrinches, y el miedo y los sentimientos de culpa de los padres provoca la conducta que resulta en no interferir con su autismo y así se forma el círculo vicioso de falta de estructura.

Ahora bien, analizando cada una de las técnicas que se utiliza en la terapia estructural observamos que el hecho de darle estructura externa al niño, es el primer paso. Para esto, debe conocerse en primer lugar la historia del desarrollo del niño y a los padres con sus antecedentes, conocer la casa y la familia del niño con AIP y la rutina cotidiana. En esta forma conociendo el medio ambiente se planea cuidadosamente la estructura externa, se les da orientación a los padres en forma concreta y clara e inclusive se les proporciona por escrito a los padres lo que debe hacer el niño durante todo el día: Horario de comida y actividades. Es por esta razón que es tan efectiva la hospitalización de estos niños con el tratamiento descrito anteriormente por los doctores Ward y Handford, ya que es la mejor forma de lograr un control y un programa que resulta muy difícil de llevar a cabo a través de la consulta externa.

En cuanto a la meta de la terapia estructural, es producir una estructura interna y desarrollo del Yo.

No es posible empezar por niveles interpretativos verbales ya que la meta inmediata es ayudar al niño en la adquisición de un -- "Ego-Corporal" ( Freud 1927 ). Esta primera experiencia de realidad - sobreviven del establecimiento de límites y fronteras del cuerpo, es decir, de la adquisición de la autorepresentación. Es por esta razón que se propicia un contacto físico con el niño, y se sugiere que en forma intrusiva, pero estratégica ya que el niño no permite el menor contacto físico - y si se adoptara una actitud pasiva de espera a que el niño se acerque al Terapeuta, el deseado acercamiento nunca ocurriría.

## CONCLUSION

El autismo infantil es una condición patológica cuyo cortejo sintomático refleja que el paciente no ha logrado un desarrollo de las funciones psicológicas que constituyen el Yo. La incapacidad del niño autista para utilizar objetos externos para desarrollar representaciones mentales de sí mismo y de las figuras primarias significativas es evidente y repercute en un grave defecto en el desarrollo de las relaciones interpersonales. El origen de esta patología es impreciso, se describen factores patogenéticos en relación al sistema nervioso central y que resultan en un aparato mental defectuoso para la utilización de los objetos externos para la formación del Yo. Y factores en relación a problemas en la disponibilidad de los objetos externos. El cuadro resultante en todo caso es el del niño que permanece en un estado de autismo es decir carente de relaciones objetales.

En cuarenta años que han pasado desde que Leo Kanner describió el AIP se han intentado muchos estudios y escritos gran cantidad de trabajos que manejan el tema con distinta orientación y que ofrecen diversas modalidades de tratamiento y que han hecho del cuadro descrito por Kanner una entidad suficientemente conocida por los especialis

tas, sin embargo en el intento que hicimos de recopilar datos en México nos encontramos con criterios diagnósticos totalmente distintos desde el punto de vista de la conceptualización del AIP. Las cifras ofrecidas por algunas instituciones se antojan imposibles en muchos casos y los especialistas nos dieron datos tan distintos que resultan invalidantes.

Una somera revisión de los datos recogidos prácticamente señala que el AIP aún no se diagnostica en muchos casos y que el niño autista frecuentemente recibe un tratamiento institucional de custodia, al lado de retrasados mentales. En muchos otros casos son diagnosticados como autistas (AIP), niños con otros tipos de psicosis infantiles.

Este trabajo pretendió presentar una modalidad terapéutica que ha probado su utilidad en el manejo de niños con autismo infantil temprano o con niños con autismo sintomático a otras condiciones patológicas. Pero a través del desarrollo del mismo nos encontramos con la necesidad de un establecimiento de criterio diagnóstico estandar previo a instituir el tratamiento.

La debida preparación profesional que ofrezca el conocimiento de las psicosis infantiles a los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., así como el conocimiento del desarrollo infantil y prácticas familiares y sus implicaciones; permitiría no solo la detección de la patología para el diagnóstico psiquiátrico oportuno y el tratamiento adecuado sino la prevención de la psicopatología. Lo anterior implica -

una divulgación adecuada y proporcional de los conocimientos de la Psicología Infantil a los profesionistas y a los padres de familia en general que podrían entender las implicaciones que tienen en el desarrollo humano los eventos y modalidades de relación a que es expuesto el ser humano durante su desarrollo más temprano.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F.M.D. y Selesmick, Sheldon, M. D. " The history of Psychiatry " Publisher Harper and Row Publishers, New York - 1966.
- Anthony, J. " An experimental approach to the psychopathology of Children". British Journal of Medical Psychology, 1958, pag. 31, 211-223.
- Bender, L. " Childhood Schizophrenia" Nerv. Child, 1947 1: 138-140.
- Betleheim, B. " The Empty Fortress" The Free Press, New York Callien, Mac Millan, Limited London 1967.
- Burlingham, D. "Developmental considerations of the occupations of the blind the Psychoanalytic Study of the child XXII, New York International University Press, 1967.
- Des Lauriers, A. " The schizophrenic child" Archives of General Psychiatry, 1962, Vol. 16.
- Des Lauriers, A. "The experience of reality in childhood Schizophrenia". New York, International University Press Inc. Publishers. - 1967.
- Des Lauries , A.M; y Homewood, Illinois; The Dorsey Press, 1969.
- Eisenberg, L. " The autistic child in Adolescence". American Journal of Psychiatry 1956. Pag. 112, 607-612.

- Federn, P. "Ego Psychology and the Psychoses". New York Basic - - Books. 1962.
- Fenichel, C. "Psychoeducational approaches for seriously disturbed children in the classroom" Intervention approaches in educating - emotionally disturbed children, Syracuse, International University Press. New York, 1966.
- Freud, S. "Beyond the pleasure principle" in J. Strachey Ed. The standard edition on the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 18. 1920.
- Freud, S. "The Ego and the id". London Hogarth Press. 1927.
- Freedman, D. F., Fox Kolenda. J. y Brown, I. I. "A multihandicapped Rubella Baby; the first 18 months. Journal of the Academy of Child Psychiatry, 1970.
- Handford, A. H. & Ward, A. J. "Structural Therapy a developmental - approach to the treatment of Early Infantile Autism." Schizophrenia. Vol. 1, 4, 243-248. 1969.
- Handford, A. H. & Ward, A. J. "A.C.T.T.R.S." A state research -- unit for autistic children. Five years experience" presented at Eastern Psychiatric Research Association. Inc. Thrid -- Annual Multistate Interhospital Conference in New York. -- 1972.
- Hingegen, J. & Churchill, D. "Identification of Perceptual limitations in mute autistic children. Identification by the use of Behavior Modification". Arch. General Psychiatry, Vol. 2. July 1968.
- Kanner, L. "Autistic disturbances of affective contact" Nerv. Child - Vol. 2, 217-250. 1943.
- Kanner, L. & Lesser, L. "Early Infantile Autism" Pediatric Clinice of Northamerica. 1958.

- Kanner, L. & Eisenberg L. " Early Infantile Autism " Childhood - - Schizophrenia Symposium. American Journal of Orthopsychiatry, 26, 555-564. 1966.
- Krasner & Ullman " Research in Behavior Modification". Holt Rinehart and Winston. New York, 1965.
- Leith, V. M. " The role of the speech Therapist with autistic children" Presented at the Symposium on Emotionally Disturbed - - Children with language disorders, at Eastern State - - School and Hospital, Trevese, Pennsylvania, 1967.
- Mahler M. " On Child Psychoses and Schizophrenia ; autistic and symbiotic infantile psychoses " Psychoanalytic Study of the -- Child. New York International University Press 286-305. 1952.
- Mahler, M. Remarks on psychoanalysis with psychotic children Quart - Journal Child Behavior 1, 18 - 21. 1949.
- Mahler, M. " On child psychoses and schizophrenia ; autistic and symbiotic infantile psychoses " Psychoanalytic Study of -- the Child. New York International University Press - 7, 286 - 305. 1953.
- Mahler M. " Thoughts about development and individuation. The Psychoanalytic Study of the Child, 18. 307 - 324. New York International University Press. 1963.
- Murphy, L. B. " The Widening World of Childhood. Paths toward Maste-

- ry New York Basic Books. 1962.
- Needleman, M. & Ward, J. A. " The role of shared mastery in the - - Structural Treatment of childhood Schizophrenia and -- Early Infantile Autism. Neuro - Psychiatric Institute, - New Jersey, Princeton. Provence, S. & Lipton R. 1962. Infants in Institutions Int. Univ. Press, New York. 1968.
- Ornitz, E. M. & Ritvo E. R. " Perceptual Inconstancy in Early Infantile Autism" Annual Progress in Child Psychiatric and Child Development. 41 - 446. 1967.
- Piaget, J. " Les trois structures fondamentales de la vie psychique rhy - theme, regulation et groupment. Rev. Suisse psychol. Pure Aplique. 1942.
- Rosen, J. N. " Direct Analysis , " New York, Grunne & Stratton.
- Rimland, B. " Infantile Autism" New York Appleton. 1964.
- Ristich de Gorte Michele " Historia de la locura" Edit. Datos Histó - ricos, Broguera Libro Amigo, 1967.
- Searles, H. " Collected papers on Schizophrenia and related subjects. New York Internacional University Press. 1965.
- Sechahaye, M. A. " Symbiotic Realization ". A new Method of psycho therapy applied to a case of schizophrenia New York -- Internat ional University Press. 1947.

- Schilder, P. " Contributions to developmental Neuropsychiatry Ed. Bender, L. New York International University Press. 1964.
- Spitz, R. "The first year of life". New York International University-Press. 1965.
- Silverman, J. " Personality trait and perceptual style". Studies of the - psychotherapists of schizophrenia. Journal of Nervous and - mental diseases. 1971.
- Tinbergen, N. " Ethology and Stress Diseases". Science, July. 1974.
- Ward, A. J. & Handford, H. A. "Early Infantile Autism" Syndrome symptom or wastebasket Presented at Medwestern Psychological Association in Chicago, Illinois on May. 1968.
- Ward, A. J. & Leith, V. M. " Cathy: A case Report of the Joint Treatment of an autistic" Child by Clinical Psychology and Speech Therapy". Presented at American Speech and Hearing Association in Chicago Illinois. 1969.
- Ward, A. J. " Structural Therapy; a developmental approach to the treatment of Early Infantile Autism" Schizophrenia Vol. 14, 243-248. 1969.
- Ward, A. J. " The application of Structural Therapy to the residential - treatment of Early Infantile Autism. Schizophrenia Vol. 2, - 3, 92-102. 1970 a.
- Ward, A. J. "These are not Autistic Children". Presented at the International Association of Social Psychiatry in Zagreb Yugoslavia. 1970 b.

- Ward, A. J. "The Effect of Structural Therapy in the Treatment of a -- Self-Mutilating, Autistic Child: A case Report" Presented at the American Association of Psychiatric Services for -- Children in Philadelphia. 1970 c.
- Ward, A. J. "A residential Treatment Program for Autistic Children". Presented at the International Association of Applied Psychology in Liege, Belgium. 1971.
- Ward, A. J. "The Multiple Pathways to Autistic Behavior". Presented at the meeting of the American Psychological Association in Washington, D. C. 1971.
- Ward, A. J. "Childhood Psychopathology a nature experiment in etiology". Presented at American Association of Psychiatric Services for Children. Beverly Hills California. 1971.
- Ward, A. J. "Early Childhood autism and Structural Therapy. Outcome after three years" Presented in Eastern Psychological Association. Boston Mass. 1972.
- White, R. W. "Motivation reconsidered, the concept of competence, -- Inunderstanding human motivation ed. Stacey L. E. de Marlino, M. Cleveland, Havard Allen Inc. 1958.
- Wing, L., British, Hospital Medical. (1970)