

878525

4
29.

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



EL ESTADO DE LA
INVESTIGACION SOBRE
EL AUTISMO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LIC. EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A
AMELIA IGLESIAS PERALTA

Director de Tesis:

Lic. Alfredo Troncoso

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E.

	PAG.
INTRODUCCION.	6
CAPITULO I MARCO TEORICO DEL AUTISMO.	
1-1- Antecedentes históricos.	13
1-2- Etiología del Autismo.	18
1-3- Teorías Psicogénicas.	22
1-4- Teorías Conductistas.	33
1-5- Teorías Orgánicas.	38
CAPITULO II SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.	
2-1- Definiciones y clasificación.	54
2-2- Sintomatología.	58
2-3- Criterios para el diagnóstico.	77
2-4- Instrumentos de diagnóstico.	89
2-5- Diagnóstico diferencial.	95
2-6- El autismo asociado con otras enfermedades.	106

	PAG.
CAPITULO III TRATAMIENTOS.	111
3-1- Técnicas conductuales.	116
3-2- Los padres como terapeutas.	123
3-3- Farmacoterapia.	126
3-4- Psicoterapia.	134
3-5- Terapia del abrazo forzado.	139
3-6- Control alimenticio.	141
3-7- Musicoterapia.	143
3-8- Actividad Física.	146
CAPITULO IV PRONOSTICO DEL PACIENTE AUTISTA.	150
CAPITULO V CONCLUSIONES.	154
GLOSARIO DE TERMINOS.	161
APENDICE : Instituciones en México para el tratamiento del Autismo.	165
BIBLIOGRAFIA.	171

INTRODUCCION.

El autismo es uno de los síndromes sobre el que se ha hablado más en los últimos años; esto se debe sobre todo a que es un trastorno que engloba numerosas características ambivalentes. Algunas personas autistas tienen habilidades tan extraordinarias que sorprenderían a cualquier persona que las observara, pero en contraste con lo anterior, esa misma persona autista puede presentar diversas conductas agresivas y de automutilación, que al ser estudiadas, producen en los observadores sentimientos de impotencia al no poderlos ayudar, o bien un profundo sentimiento de angustia al observar el sufrimiento de los que padecen de autismo. Estas personas autistas, que representan un pequeño porcentaje de la población, se ven impedidas de desarrollarse plenamente como seres humanos y que como tales merecerían alcanzar al menos una calidad mínima de vida; por lo que es necesario que todos pongamos de nuestra parte para ayudar a estas personas, tan necesitadas de comprensión y amor.

Por las razones anteriores creemos que es necesario que hubiera un estudio acerca de las investigaciones que hay

sobre el autismo, tanto en el extranjero como en México, para de esta manera obtener un mayor conocimiento acerca de este síndrome, en donde se pretende describir las características más importantes del mismo, en lo que respecta a su aparición, frecuencia, desarrollo y tratamiento; de tal manera que esta investigación sea útil para plantear estudios posteriores.

El autismo debe considerarse como un reto a vencer para las diferentes ciencias involucradas; ya que tal vez mediante una investigación conjunta se logre averiguar la etiología de este síndrome y con esto, determinar el tratamiento efectivo que llegue a proporcionar un alivio a quien padezca esta enfermedad y que posiblemente, por que no, también pueda ofrecer la clave para curar algunas otras enfermedades emparentadas con este trastorno.

Por todo esto consideramos que el autismo es un tema de gran interés para cualquier persona que este relacionada con las siguientes áreas: La psicología, donde su participación radica en buscar el tratamiento adecuado para este trastorno; la pedagogía, que en conjunto con la psicología puede proporcionar elementos para un aprendizaje satisfactorio del niño autista; la neurología, que puede llegar a descubrir la clave de la etiología del síndrome autista y con esto una cura satisfactoria; la medicina, que es una ciencia que sirve como base para un conocimiento objetivo del autismo; la psiquiatría, que al reunir los conocimientos de las diferentes ciencias pueda proporcionar un diagnóstico confiable del síndrome autista;

Por último, también esperamos que este trabajo sea de interés para todas aquellas personas que por algún motivo tengan alguna relación con personas autistas o que padezcan trastornos semejantes, de tal manera que puedan ampliar sus conocimientos acerca de este tema. Por lo tanto queremos proporcionar un estudio en donde se recopilen las principales teorías que intentan explicar la etiología del síndrome autista, mencionando tanto sus puntos en común así como sus discrepancias; También se incluyen en este trabajo los diferentes tipos de tratamientos que son más ampliamente utilizados tanto en México como en el resto del mundo, incluyendo además las más recientes opciones, y enfatizando su eficacia, sus pros y sus contras. A la vez se da una amplia descripción de la sintomatología autista al través de las distintas etapas del desarrollo, indicando cuales son los criterios más importantes para el diagnóstico del autismo, así como los puntos de mayor importancia para lograr la diferenciación del autismo con respecto a otros trastornos. Se tomo un gran interés en hacer una recopilación de la información que guarde una estrecha relación con el problema con el que nos enfrentamos en México, ya que aquí, en nuestro país, también existe una gran controversia con respecto al autismo, sobretodo en cuanto a su tratamiento, pues es en este punto en donde encontramos las discrepancias más grandes debido a que cada Institución que esta relacionado con el autismo, tiene su propio tipo de tratamiento, el que depende de la corriente psicológica que se tengan como escuela. Por otro lado, encontramos que en México existe una

ausencia apreciable de personal especializado, y esto en conjunto con el escaso conocimiento que se tiene acerca del tema, da como resultado que generalmente sea deficiente la ayuda que se le proporciona a las personas autistas junto con sus familiares.

Dentro de los trastornos del desarrollo encontramos al autismo infantil precoz, denominado originalmente así por Leo Kanner en 1943. Este síndrome se caracteriza por los siguientes síntomas: un retraimiento social que provoca el fracaso para desarrollar relaciones sociales adecuadas; la existencia de un retraso en el lenguaje, además de una deficiencia en el lenguaje expresivo y/o receptivo; la existencia de actos compulsivos y ritualistas, así como también se observa una alteración en su Área sensoriomotora. Sin embargo, a pesar de que los síntomas anteriormente mencionados, son los que comúnmente se presentan, el autismo continúa desafiando a las generalizaciones, pues es bastante difícil encontrar a dos pacientes autistas que tengan características semejantes.

El autismo ocurre en todo el mundo, sin importar la clase social ni las características étnicas. Su aparición surge antes de los treinta meses de edad y los síntomas que lo caracterizan son muy diversos.

Actualmente se habla de una prevalencia aproximada de 10 a 15 por cada 10,000 individuos (ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA, 1988). Sin embargo, no todos los pacientes son diagnosticados como tales, pues fácilmente se confunden sus

síntomas con los de otros síndromes, por lo que resulta esencial hacer un diagnóstico diferencial; Pero este se complica un tanto, pues al tratar de definir al síndrome autista, encontramos que no existe ningún criterio que especifique claramente cuales son las características que pertenecen al autismo y cuales a otros trastornos; además sucede que sus síntomas son muy variados y difieren apreciablemente en su intensidad de persona a persona. En relación a esto último también debemos considerar que la etiología del síndrome es desconocida, y que ninguna de las teorías vigentes a la fecha han podido hallar cual es la causa principal del autismo. Todo lo anterior da como resultado que en México, al igual a como sucede en el resto del mundo, aún no se haya podido encontrar una cura satisfactoria, por lo que el autista continuará padeciendo la mayoría de sus síntomas hasta su muerte; cabe aclarar que los pacientes autistas tienen una vida tan prolongada como la de las personas normales.

Aunque no se ha encontrado todavía una verdadera cura para el autismo, sí existen en el presente terapias que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas autistas. Los métodos que han demostrado ser los más eficaces en cuanto a intentar disminuir sus síntomas han sido las técnicas de modificación de la conducta, en combinación con cualquier otro tipo de terapia, la cual dependerá de las particularidades de cada paciente en especial. En México

la mayoría de los tratamientos similarmente están basados en las técnicas de modificación de la conducta, las que permiten disminuir sustancialmente los síntomas que interfieren en la vida de las personas autistas.

Como podemos observar existe una gran discrepancia en torno al tema del autismo, y consecuentemente surge un interés muy especial para realizar una revisión bibliográfica cuyo objetivo principal sea el de enunciar las diferentes teorías y tratamientos que existen actualmente en torno a este síndrome, principalmente en México. De esta manera se le proporcionará al lector una guía concreta, específica y representativa del trastorno autista, realizada mediante un lenguaje sencillo, para que su comprensión le sea más fácil y que de esta manera le sea de utilidad al tratar de entender y profundizar sobre este tema, sin tener la necesidad de buscar en varias fuentes informativas, que en su inmensa mayoría son poco específicas y claras. En esta investigación se ha pretendido resumir los estudios más representativos del síndrome autista con que contamos a la fecha, para que finalmente estos nos sean de utilidad al tratar de diagnosticar al niño autista. Posteriormente en base a este diagnóstico el niño recibirá un tratamiento específico, el que dependerá obviamente de su sintomatología.

El autismo ha sido materia de estudio de diversas disciplinas, tales como: la psiquiatría, la medicina, la pedagogía y la psicología; sin embargo, ninguna de ellas ha

pedido definir satisfactoriamente al autismo, por lo que se pueden notar claramente la profunda ignorancia que rodea a este tema, así como las dificultades que se interponen al tratar de efectuar una síntesis concisa del problema. Debido a esto, una parte del presente trabajo intentará aportar específicamente a cada una de estas áreas, una cierta ayuda para lograr un mejor entendimiento del síndrome autista, y de esta manera colaborar para que cada una de estas especialidades sepa con más precisión cuales son sus expectativas y cuales sus limitaciones en cuanto al grado de ayuda que puedan proporcionar a las personas autistas.

Debido a los límites impuestos a este estudio señalamos que debido a las controversias que actualmente existen entre sí, entre las diferentes teorías y terapias, no será posible mencionar aquí más que a algunas de ellas y en cambio profundizar en algunas otras, todo esto con el único fin de estudiar exclusivamente la información más relevante.

CAPITULO I MARCO TEORICO DEL AUTISMO.

1-1-ANTECEDENTES HISTORICOS.

En el siglo veinte se ha utilizado por primera vez la palabra autismo, para referirse a un síndrome que con seguridad ha existido desde el comienzo de la humanidad. La palabra autismo viene del griego "autos" , y se refiere a alguien que esta retraído y absorto en sí mismo.

En 1943 Leo Kanner (Kanner, 1976), realiza un estudio con once niños que mostraban conductas semejantes, a este síndrome le denominó autismo infantil precoz y propuso que "como un denominador común de estos pacientes se encuentra su imposibilidad de establecer desde el comienzo de sus vidas las conexiones ordinarias con las personas y las situaciones".

Desde entonces, se ha revisado al través de la literatura en busca de la posible antigüedad del síndrome. La más remota información que obtenemos de estas historias es la de "la leyenda de los "niños trocados por las hadas" en las que se suponía que las hadas robaban un bebé humano y lo sustituían por uno suyo": el niño generalmente era hermoso y

extrano, y su mirada fija y vacía, lo que hacía suponer que tenían la habilidad de poder ver a sus verdaderas madres, las hadas (WING, 1981). También la leyenda sobre la fundación de Roma está relacionada con el autismo, pues se supone que sus fundadores Romulo y Remo poseían características autistas, como son el evitar el contacto con las demás personas, el tragar los alimentos en vez de masticarlos, su comportamiento era salvaje y agresivo.

En 1799 el Dr. Jean Itard describe las características de Victor, un niño de once años, que había nacido en Aveyron, Francia. El Dr. Itard lo encontró viviendo en un bosque y se le llamó "el niño salvaje de Aveyron". Su comportamiento es semejante a lo que hoy llamaríamos autismo: dado que la conducta del niño era anormal, prefería estar sólo que acompañado, era difícil de manejar y nunca llegó a desarrollar un lenguaje.

A principios de este siglo, en 1912 Gorky describe a un niño con varias características autistas; este comportamiento lo relaciona con factores religiosos, al tratar de explicar el atractivo enigmático que posía este niño a pesar de sus raras conductas. En la India, en el año de 1929 el reverendo Jal Singh encontró a Kamala y Amala, unos niños que vivían junto con los lobos y que por su rara conducta se creyó que eran fantasmas. Estas niñas solían caminar de una manera muy particular, poseían una mirada salvaje y carecían de vestidos.

Como podemos ver, el autismo ha sido causa de expectación y de fantasía, y sólo fue tomado en cuenta por la psiquiatría.

cuando en 1911 Bleuler utiliza el término autismo, limitándolo al uso exclusivo para designar las alteraciones del pensamiento característico del esquizofrénico adulto, por lo que no tiene relación alguna con el término que utilizó Leo Kanner para referirse al síndrome del autismo infantil, constituyendo así, una entidad diagnóstica que identifica los síntomas de los trastornos autistas que se originan por el contacto afectivo entre los niños pequeños y su medio ambiente.

A partir de entonces, se ha estudiado la psicopatología con el fin de precisar el concepto; Van Krevelen, Barkwin y el mismo Kanner, fueron algunos de los investigadores que hicieron posible que el autismo tuviera un cuadro descrito con más exactitud. Por otro lado, existieron autores que trataron de denominarlo de diferentes maneras, lo que trae como consecuencia que en la actualidad el síndrome del autismo sea confundido con la esquizofrenia infantil, con la psicosis simbiótica, con el desarrollo atípico del yo, con los idiotas sabios, etc.

Las primeras influencias determinantes que recibió el síndrome del autismo, provienen del psicoanálisis; el mismo Leo Kanner defendió la hipótesis parental psicogenética del autismo infantil, en donde los padres al través de sus propias patologías, crean el comportamiento autista en sus mismos hijos. Esta hipótesis nunca ha sido verificada y actualmente se ha podido comprobar más bien lo contrario. Por lo que podemos señalar que "las consecuencias derivadas del anterior modelo han sido nefastas, tanto para los padres como para sus hijos

autistas" (POLAINO, 1982). Ya que el movimiento científico relacionado con el autismo se ha obstaculizado debido a estas teorías, e igualmente el tratamiento de estos niños relacionado con la psicoterapia no ha podido demostrar que sea el apropiado, también es importante mencionar que la culpa que ha generado sobre los padres sólo ha servido para que ellos se sientan incapaces de ayudar a su hijo autista.

En la década de los sesentas los criterios para diagnosticar el autismo sufren su más importante modificación, pues es entonces en donde Tinberg enfatiza la ausencia de contacto visual, Lovaas amplía el conocimiento del retraso intelectual en estos niños, y en 1967, Rutter y Lockyer aumentan uno de los criterios básicos para el diagnóstico: el retraso en la lengua, ya sea por ecolalia, inversión de pronombres o mutismo.

En la siguiente década, la investigación del autismo incrementa el conocimiento sobre este síndrome, debido principalmente a la incorporación de las técnicas de modificación de la conducta, que demuestran la gran ayuda que se les puede proporcionar a estos niños para lograr su rehabilitación, así como a las técnicas neurofisiológicas, que permitieron la ampliación de las investigaciones psicofarmacológicas, bioquímicas y metabólicas; además, se pudo empezar a estudiar las relaciones entre el autismo y otras enfermedades.

Finalmente encontramos que "la expresión "autismo de la infancia" se emplea actualmente para designar los trastornos que comienzan antes de los treinta meses de edad, con los que pueden estar, o no , asociados a un retraso intelectual o a una disfunción neurológica". (RUTTER & SCHOPLER, 1984)

1-2- ETIOLOGIA DEL AUTISMO.

No obstante los avances logrados en algunos aspectos del conocimiento sobre el autismo, encontramos que la etiología sigue siendo todavía un problema y aunque en la actualidad casi todos los autores concuerdan en que el origen del autismo sólo puede deberse a un desajuste orgánico, aún hay quienes siguen defendiendo posturas que difieren de esta.

Otra de las posibles etiologías que a la fecha ha causado más controversia es la que supone que los padres constituyen el factor principal del autismo de sus hijos. Lo anterior ha sido propuesto por las teorías psicoanalíticas, y relacionadas con las mismas tenemos a las teorías psicodinámicas, que suponen un empobrecimiento en la educación en combinación con un cuidado deficiente o una carencia de apoyo emocional. Todo esto llega a influir en el niño convirtiéndolo en autista; sin embargo estas teorías han sido posteriormente descartadas por diversas investigaciones científicas que han demostrado que los padres de niños autistas son parecidos a los padres de niños normales.

También existen las teorías que sugieren que el autismo es causado por factores exclusivamente ambientales, en donde el niño por medio de sus interacciones aprende comportamientos que lo

llevan a tener una conducta autista. Pero estas teorías han sido muy criticadas, al no poder explicar por que el autismo ocurre en cualquier ambiente y en cualquier raza humana.

Durante los años cincuenta se empezaron a buscar causas fisiológicas que se relacionaran con la sintomatología del síndrome. Debido a que el autismo se manifiesta en etapas tempranas del desarrollo, se ha pensado que el mismo es el efecto que causan las complicaciones perinatales tales como pueden ser algunas infecciones virales, como la rubiola durante el embarazo, la meningitis, la encefalitis, la esclerosis tuberosa o la fenilcetonuria (PALUSZNY, 1987). Existe una gran evidencia en pro de esta teoría basada en anomalías bioquímicas, alguna de estas investigaciones son las realizadas por Coleman, en donde asegura que el traumatismo obstétrico es un factor etiológico del autismo; Friedman en 1969 señaló que cincuenta pacientes que se habían denominado autistas, en realidad eran portadores de una fenilcetonuria; Rutter en 1977, comunica la existencia de ciertas correlaciones entre el autismo y la lesión cerebral mínima; Rimland (en COLEMAN & GILLBERG, 1989) hipotetizó que la lesión de los pacientes autistas reside en la formación reticular del tronco cerebral.

Estos son sólo unos cuantos ejemplos de la amplia bibliografía que encontramos en relación a las teorías biológicas. También se ha investigado sobre que el autismo pueda ser ocasionado por una alteración genética a nivel de cromosomas, o bien que sea un trastorno heredado producido por una

anormalidad genética múltiple, sin embargo hasta ahora, los estudios realizados sobre familias de niños autistas no han comprobado nada al respecto.

Otros autores hablan de la posible existencia de una lesión cerebral, o de la posibilidad de que exista una importante falta de dominancia cerebral, o una lesión en el sistema nervioso central causado por diferentes anormalidades; todo esto podría ser causa de los diversos síntomas del autismo. Sin embargo, ninguna de estas posibles etiologías ha demostrado ser por sí misma verdadera ni ha señalado con precisión que áreas del cerebro pueden estar involucradas, por lo que sólo nos son útiles en aquellos casos en donde un estudio riguroso nos permite suponer cual es el factor principal del origen de la psicopatología.

Como podemos concluir el autismo ha tenido tres enfoques importantes:

1) El primero de ellos, se relaciona con la teoría psicoanalítica en donde se enfatiza la importancia que guardan las relaciones madre-hijo y sus principales exponentes han sido Tustin, Bettelheim y Mahler.

2) Otro enfoque se basa en la teoría Conductista, y su importancia radica en su aportación al tratamiento en sí, basándose principalmente en técnicas de modificación de conducta que han sido utilizadas por Lovaas, Frank Hewett, Koegel, Wing entre otros.

3) Por último tenemos la teoría bioquímica, que actualmente es la más aceptada, debido a sus investigaciones científicas que han demostrado por medio de métodos objetivos y científicos, ser verdaderas, además de contribuir con el mayor número de conocimientos en relación al autismo. Son innumerables los científicos que han hecho investigaciones en relación a esta teoría, por lo que aquí sólo nombraremos a los más importantes entre ellos: Campbell, Kanner, Demyer, Lotter, Rimland, Rutter, Ornitz, Schopler, Ritvo, Donnellan, Gillberg y Coleman.

En conclusión, podemos observar que actualmente existe gran insuficiencia de conocimientos, para poder explicar la causa o las causas de este síndrome, sin embargo, podemos llegar a resumir señalando que el autismo representa la expresión final de varios factores etiológicos, y que así mismo el trastorno guarda una fuerte relación con algún desajuste orgánico dentro del sistema nervioso central. Es importante resaltar que las investigaciones contemporáneas se han encaminado hacia una dirección neurobiopsicológica y que cada vez adquiere más importancia las hipótesis del tipo biológico. Aunque la mayoría de los casos de autismo no caen dentro de un patrón no específico del síndrome orgánico cerebral si podríamos generalizar que existe una fuerte evidencia de que el autismo tiene una base orgánica. (RUTTER & SCHOPLER, 1987)

A continuación desarrollaremos en forma más amplia las tres teorías mencionadas anteriormente, con el fin de comprender de una mejor manera al síndrome del autismo.

1-3-TEORIAS PSICOGENICAS.

Los primeros intentos parer tratar de explicar las causas del autismo, provienen de las teorías psicogénicas. Tal y como ya lo mencionamos anteriormente, estas postulan que la etiología del autismo se debe principalmente a una interacción mal establecida entre los padres y el niño.

Kanner al describir el síndrome del autismo, se encontraba bastante influenciado por la corriente psicoanalítica, por lo que defendió firmemente la idea de que la causa principal del autismo estaba constituido por los factores ambientales, sobretodo por el carácter de los padres, que en su gran mayoría eran organizados, obsesivos, trfos y racionales, por lo que se les denominó como "padres trigoríficos", Kanner pensó que estas características de los padres eran tan obvias que saltaban a la vista de cualquier persona, y criticó severamente a quienes intentaron buscarle causas biológicas al autismo; además, senalo que los padres saboteaban usualmente el tratamiento que recibían sus hijos, y que la única esperanza para estos niños, constituía en separarlos del hogar y coniarlos a madres adoptivas, mientras que a la verdadera madre se le ayudaría por medio de psicoterapia. Sin embargo, anos después, el mismo autor, (en COLEMAN & GILLBERG, 1989), se disculpó con

los padres y afirmó que sus escritos habían sido mal interpretados infinidad de veces, desde que hicieron su aparición hasta su última publicación(1972).

En 1951 Despert describió el distanciamiento emocional y la hiperintelectualización de las madres de niños autistas, lo que hacía surgir en el niño un intenso estrés desde temprana edad y sentir claramente el rechazo de la madre. Sarvis y García señalan que el autismo inicia en un periodo que va desde los seis meses hasta los tres años, en donde la madre es el objeto primario, y cualquier rechazo o depresión por parte de ella es percibido de inmediato por el niño. Además, mencionan algunos factores psicodinámicos que intervienen en la aparición del autismo, tales como: necesidades inconscientes en los padres, dificultades conyugales, madres incapaces de empatizar con sus hijos y compulsividad parental. Actualmente se les critica a estos autores el no haber podido aclarar por qué sólo aparece el autismo en tan raras ocasiones, apesar de que estas características sean también muy comunes en la mayoría de los padres de niños normales.

Mahler, en 1952 (MAHLER, 1972), después de realizar diversas investigaciones sobre la psicosis simbiótica y sobre el autismo, afirma que el niño al nacer no sabe diferenciar lo que significa él como una sola unidad y lo que no lo es, por lo que el niño tiende a confundir el cuerpo de la madre y lo considera como una extensión de sí mismo: a esto le denomina autismo "normal", y es el que usualmente corresponde al primer mes de

vida del niño. En una situación normal, este proceso pronto es superado y el niño empieza a relacionarse poco a poco con el mundo exterior, surgiendo paulatinamente el principio de la individualización. Mahler afirma que así mismo el niño autista no llega a madurar durante este proceso por lo que se observa en él una marcada inhibición de la representación de la madre en el mundo exterior, por lo que nunca llega a distinguir entre los objetos inanimados y el resto de las personas. La madre ya no sirve como guía, ni tampoco como modelo a seguirse, por lo que el niño es incapaz de escaparse de su propio mundo y prefiere aislarse afectivamente de su entorno. Lo anterior significa que nunca llegará a un estado simbiótico con la madre, es decir se quedará en la fase de autismo primario. Aunque esta teoría está detalladamente elaborada existen aún muchos términos que la autora deja ambiguos y sin aclarar lo suficiente.

Benda, en 1960 (en BETTELHEIM, 1987), propone que el origen del autismo se debe a la incapacidad para manejar las formas simbólicas y a asumir una actitud abstracta, es decir que existe un desorden específico de la abstracción que no está implicado con otras áreas de su inteligencia, pero que sin embargo, trae como consecuencia una forma inadecuada de actividad mental, así el niño reacciona emocionalmente a lo que le rodea, pero al imposibilitarse a manejar el material abstracto que existe en su entorno no puede orientarse en este mundo y por lo tanto su capacidad de establecer relaciones afectivas queda severamente alterado. Ante la angustia que este hecho le produce al niño,

este crea un mecanismo de protección , lo que significaría una defensa secundaria psicológica contra una deficiencia orgánica.

O Gotman en 1970, observó que todas las personas comunmente muestran disociación y aislamiento, pero que en el niño autista estos fenómenos se convierten en un hábito, y son utilizados como mecanismos de defensa contra el mundo exterior. Al igual que otros autores, O Gotman no explica satisfactoriamente por que el niño autista utiliza estos comportamientos como defensa, mientras que en la mayoría de los niños normales esto no sucede así.

Otra hipótesis psicogénica importante es la del "doble vínculo", propuesta por King en 1975 (en Polaino, 1982). En esta se explica como es que la madre se convierte en la culpable del autismo de su hijo, al darle mensajes con doble sentido; un ejemplo de lo anterior se presenta cuando ella le proporciona simultaneamente al niño un contacto cálido superficial acompañado al mismo tiempo de frialdad y rechazo. Sin embargo, al realizar sus investigaciones al respecto, este autor no tuvo el cuidado de llevarlas al cabo metódicamente, por lo que los resultados obtenidos han sido muy discutidos y cuestionados, además en su teoría se encuentran varios términos aún sin definir, y principalmente no toma en cuenta el hecho de que el niño no solamente se relaciona con su madre , sino que también existen en su ambiente otras personas importantes que intervienen en su desarrollo.

Bruno Bettelheim (BETTELHEIM, 1987), propone una hipótesis muy extensa acerca de la etiología del síndrome. Este autor considera que el autismo debe verse como "una reacción ante una amenaza catastrófica", es decir que es un trauma en algún periodo crítico del desarrollo del niño. Bettelheim divide este desarrollo en tres periodos críticos: el primero inicia desde el nacimiento hasta los seis meses de vida, el segundo a partir de los seis hasta los nueve meses, y el tercero va desde los diez meses hasta los dos años de edad; El dano será tanto más grave, mientras más cercano se encuentre al nacimiento, y será menor conforme se acerca a los dos años. En relación con estos periodos aquí descritos, se reconocen tres grados de autismo:

1- El primero está representado por el niño autista que no habla para manifestar de esa forma su aislamiento absoluto del mundo exterior, ya que se siente incapaz de ejecutar alguna acción ante un mundo impredecible.

2- El segundo reside en el niño autista que tiene lenguaje pero que no es comunicativo; este hecho indica la existencia de una vida interior, es decir que tiene conciencia del medio que lo rodea, pero que sin embargo prefiere refugiarse en su propio mundo, debido a que usualmente le han sido negadas las relaciones con los demás.

3- Por último tenemos el caso del niño autista llamado "esquizofrénico", que es el menos afectado de los tres aquí analizados ya que su vida interior es más rica y su contacto con el mundo exterior es también más amplio. La causa de su anomalía

se debe a que el niño no ha logrado dominar su mundo, ni física ni intelectualmente, a diferencia del niño esquizofrénico que sí logra una relación más estrecha con el mundo exterior, pero que prefiere retirarse de él, a diferencia del autista que nunca ha podido entrar a ese mundo.

El niño autista está convencido de que el mundo es totalmente insensible a sus reacciones y que todos sus esfuerzos no servirán de nada para influir sobre el mundo exterior; a esta característica Bettelheim la llama "Anlage Autista", que significa autismo fundamental, que según el autor es un factor predisponente en el desarrollo del autismo. Por otro lado, este niño también reprime su agresividad propia producida por sus experiencias negativas, y al hacerlo, también se obliga a reprimir su actividad ante el medio ambiente, dando como consecuencia que el niño llegue a un "estado mental que se desarrolla como una reacción al sentimiento de vivir en una situación extrema y sin esperanza". En opinión de Bettelheim, el niño autista se encuentra más profundamente afectado que el niño esquizofrénico, y esto se debe a que el niño autista crea su propio mundo en donde él mismo, al negar sus experiencias traumáticas tempranas, intenta bloquear los estímulos del exterior para de esa forma evitar el dolor y la desilusión consiguiente, es decir forma una "fortaleza vacía" tal y como es denominada por el mismo autor.

Bettelheim menciona que pueden además existir factores orgánicos implicados en el desarrollo del autismo, pero que

para que los síntomas aparezcan en algunos niños, mientras que en otros no, dependerá solamente de la actitud de los padres. Si los padres son esquizofrénicos y/o esquizoicénicos y además si el niño percibe el rechazo parental, con toda seguridad el niño se convertirá en autista, independientemente de sus deficiencias orgánicas. En un principio, la inactividad de un niño autista puede tener motivaciones interiores muy diferentes a las que tienen otros niños igualmente autistas; Estas motivaciones se manifiestan en un trastorno grave de comunicación que se va dando lentamente. Una vez que el niño ya ha dejado incluso de comunicarse con otras personas, su "sí mismo" se va a empobrecer, en mayor medida cuanto más dure su mutismo, y cuanto menos desarrollada estuviera su personalidad al iniciarse la retirada, y mientras más tiempo pase, será más difícil restablecer los procesos deteriorados.

La doctora Frances Tustin (TUSTIN, 1981), ha investigado acerca del autismo, durante casi veinte años, además de trabajar con un gran número de personas autistas en la clínica Tavistock de Londres. Su teoría para tratar de explicar el autismo, se basa en que hay dos formas de autismo, el normal que es un estado de pre-pensamiento, y el patológico, que es un estado de anti-pensamiento. Los procesos autistas primarios normales son los que corresponden a la naturaleza de las sensaciones innatas, las cuales se van desarrollando en condiciones favorables, hasta que el niño es capaz de integrarlas con el pensamiento; pero si durante la crianza del niño existen deficiencias o bien

algún obstáculo que no le permitan al mismo superar este periodo, el niño permanecerá en un estado dominado por las sensaciones, o bien sufrirá una regresión hacia el estado del autismo primario, lo que lo convertiría en patológico, pues traería como consecuencia que el desarrollo emocional y el cognitivo se vieran deteriorados. Estos niños tratan de esconder dentro de su interior unas heridas que serán permanentes e intensamente dolorosas y sensibles, como consecuencia crean una coraza que les permitirá escudarse del intorelable y hostil mundo de los estímulos; el niño autista no es capaz de mantener un adecuado vínculo afectivo ni siquiera en el mínimo grado biologicamente necesario, por lo que nunca llegará a responder a los estímulos del medio ambiente y muy a menudo no llegará a desarrollar ninguna forma de lenguaje y apenas dispondrá de los mecanismos primarios indispensable para subsistir. Tustin (TUSTIN, 1984), considera al autismo como un trastorno severo del desarrollo, que aparece como una defensa contra la confusión de la psicosis, más que como una psicosis en sí misma; la palabra autismo la usa para designar un estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituyen el núcleo del "sí mismo". Tustin sugiere que hay dos tipos principales de reacción autista patológica: las reacciones de encapsamiento que bloquean al mundo externo; y las reacciones de confusión que lo hacen borroso pero que no bloquean por completo al mundo exterior. Por último afirma que (TUSTIN, 1984): "los niños autistas son niños "deseados". Se les cuida bien

físicamente, y su estado no es culpa de nadie; lo que realmente falta es la atmósfera psicológica deseada.

Las aquí descritas son las hipótesis más representativas de la teoría psicogénica, las cuales suponen una etiología psicológica del autismo, sin embargo, estas teorías tienen muchos puntos que son discutibles, por lo que a continuación mencionaremos algunos de los reportes en contra de la validez de estas hipótesis: Rutter en 1971 (RUTTER, 1971), afirma que no se ha encontrado ningún criterio que pueda fundamentar la teoría psicogénica, y que en el caso de que esta hipótesis quisiera ser considerada, deben realizarse pruebas objetivas para llegar así a verificar la enfermedad psíquica que padecen los padres de niños autistas. Demeyer (DEMYER, 1972), confirma lo escrito por Rutter, realizando una investigación con padres de niños normales, de autistas y de subnormales no psicóticos, en donde analiza y compara las actitudes tempranas de estos padres; en sus resultados encontramos que no existe una diferencia significativa al comparar los distintos grupos, por lo que descarta la hipótesis psicogénica.

En 1978. Cantwell y colaboradores (en POLAINO, 1982), realizó una revisión de cien publicaciones en torno al problema del autismo infantil, concluyendo que: "no queda demostrado que las madres de los esquizofrénicos sean sobreprotectoras, ni frías, ni rechazantes. Que no es posible constatar alteraciones en la personalidad de los padres; que el hijo no sufrió una privación y que no se encontraron

alteraciones en la comunicación padres-hijos, y que además se comprueba que las alteraciones conductuales de los hijos sí modifican las conductas paternas. Antes de 1965, se afirmaba que los padres al través de sus respectivas patologías estaban implicados en la etiología del autismo de sus respectivos hijos, mientras que después de este año las investigaciones no han encontrado ninguna relación etiológica padres-hijos."

Polaino en 1982 (POLAINO, 1982S), concluye que, "La trágica hipótesis psicoanalítica que ha logrado culpabilizar, sin necesidad, a tantos padres, posiblemente confundió las causas con las consecuencias. Esto quiere decir, que los estudios sobre la personalidad de los progenitores se realizaron siempre a posteriori, es decir, una vez que ya se había diagnosticado el autismo en alguno de los hijos, pero jamás dicho estudio se había realizado antes del nacimiento del niño autista. Por lo anterior parece lógico encontrar la existencia de ciertos conflictos y desajustes en la personalidad de los progenitores, habida cuenta de que son éstos los que se ven obligados a soportar la conducta de sus hijos autistas. Pero de las alteraciones que se dice haber encontrado tampoco existe ninguna evidencia, y de encontrarse algún día ésta, parece más razonable explicarla como una consecuencia derivada del hecho de tener que soportar la convivencia continuada con un autista (que es además su

hijo), que hacer derivar el autismo de ciertos rasgos anómalos característicos de la personalidad de sus progenitores."

1-4- TEORIAS CONDUCTISTAS.

La condición autista se manifiesta desde el nacimiento: ello abre la discusión acerca de si este cuadro es generado por un factor hereditario y constitucional, o por el contrario debido a una deficiencia ambiental en el proceso de aprendizaje. La escuela Conductista se inclina a considerar al autismo como el producto de una defectuosa educación y a una falta de entendimiento entre los niños autistas y su medio ambiente.

Los primeros trabajos sobre la modificación de la conducta en los niños autistas, se crearon a partir de hipótesis psicogénicas, lo que en ocasiones crea confusión entre estas hipótesis y las comportamentales.

Shaffer y Kutter, testimonian los efectos devastadores que una mala comunicación entre el bebé y los adultos, produce sobre el desarrollo de su personalidad infantil. Los trabajos de John Bowlby muestran claramente la secuela de la separación habida entre madre e hijo en los días inmediatos posteriores al nacimiento, y dejan ver como esa amarga experiencia convierte al bebé en un ser incapaz de establecer los contactos iniciales que requiere para su sobrevivencia. Ambas investigaciones han

sido plenamente aceptadas, pues la mayoría de sus conclusiones se consideran que son acertadas.

La observación de lactantes y niños ha llevado a Winnicott (en TUSTIN, 1981), a afirmar que "la psicosis en los mismos no es más que la resultante de una deficiencia en el ambiente."

En 1961, Ferster y DeMyer, en su investigación acerca de la etiología del síndrome, demostraron que el comportamiento de los niños autistas puede estar relacionados con ciertos cambios explícitos en el medio que los rodea y que ciertas conductas son modificables por medio de un control operante y un análisis funcional. Su hipótesis se basa primordialmente en los conceptos de la teoría del aprendizaje, y considera que la principal característica del niño autista es su déficit conductual y su carencia de comportamientos funcionales adecuados. Esta carencia se explica por el hecho de que el niño autista carece de la capacidad de simbolizar los estímulos que existen en el medio, además de que los reforzadores sociales que se le otorgan al niño, no tienen ningún valor ni significado, para el mismo. Ferster concluye que la probable causa del autismo, se deba básicamente a la interacción existente entre niños "potencialmente normales" y padres cuyas conductas han estado sometidas a procesos defectuosos de aprendizaje; esto dará como resultado que el niño no adquiriera ni el lenguaje, ni las conductas sociales, requeridas, por lo que mantendrá irremediablemente sus conductas autistas. Esta teoría deja

muchos terminos sin especificar claramente tales como son: el por que el niño no logra ni simbolizar, ni valorar correctamente los diversos estímulos del medio, ni tampoco indica cuales son esas conductas erroneas de los padres que intervienen en la generación del autismo de su niño. Sin embargo su investigación sí aporoto muchos datos relativos al tratamiento del autismo por medio de técnicas de la modificación de la conducta.

Eisenberg (en BETTELHEIM; 1987), considera como etiología del autismo infantil, a la educación metódica que reciben estos niños, en combinación de un medio ambiente restringido. Afirma que los padres de los niños autistas sólo se interesan en el niño en la medida en que este sea capaz de ejecutar automatismos, es decir, buscan un hijo "perfecto" que obedezca y ejecute; de ahí la frecuencia con que se presentan en los niños autistas prodigiosas hazanas de recitación de cosas previamente aprendidas de memoria. Sin embargo, el niño autista reacciona ante todo esto aislandose afectivamente de su entorno. El autista sufre a sí mismo un deterioro intelectual irreversible debido a su ausencia de experiencias normales y al déficit de estímulos en su medio ambiente.

Coincidentemente, muchas investigaciones de la escuela conductista, con el objeto de explicar la etiología del autismo se han basado en experimentos elaborados con animales, y en esa forma han logrado observar hasta que punto el ambiente puede influir sobre su desarrollo. Uno de los más importantes

experimentos de esa índole. fué realizado por Harlow (HARLOW, 1962), y en el mismo se priva a los bebés monos de sus verdaderas madres durante todo el periodo crítico en el cual usualmente se forman los vínculos sociales. A la vez, a estos animales se les suministra un mínimo de estimulaciones sensoriomotoras y casi ninguna estimulación social. Al cabo de unas cuantas semanas los bebés ya manifestaban hábitos compulsivos, como por ejemplo moverse en círculos y mecerse incesantemente, (típica conducta del síndrome autista), además mostraban poco interés hacia otros monos y hacia las personas relacionadas con ellos; a sí mismo no interactuaban entre sí cuando se les colocaba junto a con otros animales de su misma especie. Cuando estos monos llegaron a una etapa de desarrollo madura, se comportaban como sexualmente inadaptados, y si alguna hembra quedaba embarazada, al convertirse posteriormente en madre, era incapaz de dar los cuidados adecuados a sus bebés, o bien los ignoraba ocasionalmente o aún llegaban a abusar de ellos. En relación a este experimento, Robert Heath también hizo la observación de que en estos monos se había encontrado una actividad eléctrica anormal, por lo que concluye que la privación social y sensoriomotora durante el periodo crítico, normalmente daña al sistema nervioso del mono.

Podemos concluir que estas teorías han aportado una nueva visión sobre las causas del autismo, pero que en la mayoría de sus hipótesis, se carece aún de datos que puedan verificar la validez de la teoría comportamental. Sin embargo, no

podemos olvidar la importancia de sus técnicas de modificación de la conducta como un posible tratamiento del autismo que ha aportado al través de sus extensas investigaciones una confirmación de que este es el mejor camino para poder ayudar a las personas autistas. Este punto será explicado más ampliamente en los siguientes capítulos.

1-5- TEORIAS ORGANICAS.

En la actualidad, las teorías orgánicas son las más aceptadas, y esto se debe a que en un tercio de niños autistas se ha encontrado algún tipo de lesión física, y a que cada día hay más evidencias de que el autismo es causado por algún dano de origen bioquímico. Aunque las investigaciones se realizan en diversas líneas, aquí mencionaremos solamente a aquellas que han logrado dar aportaciones que hayan beneficiado al estudio del autismo.

Los intentos por definir al autismo relacionandolo con un desorden específico han sido infructuosos hasta ahora. Muchos investigadores han afirmado que el autismo debería ser considerado como un síndrome antes que como una entidad patológica específica. Muchos factores etiológicos pueden producir las mismas características clínicas que las que se manifiestan en el autismo. En la siguiente lista se enumeran las patologías que se han asociado con uno o más casos de autismo (COHEN & DONNELLAN, 1987):

1-Prenatal: Sangrados en el tercer trimestre,
 Toxemia.

Rubeola,
Toxoplasmosis,
Citomegalovirus.

2-Perinatal : Anorexia,
Trauma,
Hiperbilirubinemia,
Síndrome de angustia respiratoria,
Hipoglicemia.

3-Congenital: Microcetalia,
Síndrome de Moebius,
Esclerosis tuberosa,
Hidrocefalia,
Síndrome de Dandy-Walker,
Síndrome de Cornelia-deLange
Albinismo oculocutaneo.

4-Metabólicos : Fenilcetonuria,
Histidemia,
Lipidosis,
Enfermedad de Addison,
Hiperuricosuria,
Síndrome de Hurler,
Hipertiroidismo,
Adrenoleucodistrofia.

5-Genético : Trisomía 21,
Síndrome XYY,
Síndrome XXX,
Síndrome X frágil.

6-Adquiridas : Espasmos infantiles,
Oclusión Vascular,
Meningitis,
Herpes encefalitis,
Encefalitis.

A continuación se desarrollaran las hipótesis más importantes en relación a estas enfermedades consideradas como una posible etiología del autismo.

Una gran mayoría de autores han intentado asociar los problemas ocurridos durante el embarazo o en el periodo perinatal con una lesión cerebral y un autismo subsecuente. Uno de ellos es O'moore (1972), en donde estudia a un grupo de 25 pacientes autistas. de los cuales en 21 existía una anorexia fetal; además encontró que la edad promedio de las madres de niños autistas es cuatro años mayor que la de las madres con niños normales.

Christopher Gillberg en 1972, investigó la relación, entre el autismo infantil y la edad respectiva de la madre. Este estudio aporta datos estadísticos significativos. De una gran muestra de niños diagnosticados como autistas, el 85% de ellos provenían de madres con una edad promedio de 30.7 años y de padres de 34.5 años promedio, lo que sugiere un fuerte riesgo para los hijos de madres con edad avanzada. Los Estudios realizados por Allen confirman así mismo lo anterior, pues concluyeron que las madres de niños autistas tenían 35 años de edad en promedio. Aunque el número de estos estudios es pequeño como para obtener alguna conclusión, la evidencia estadística muestra que el riesgo de tener un niño autista, es nueve veces mayor para las madres con más de 35 años de edad.

El autismo ha sido vinculado con diversas condiciones que producen desajustes en el Sistema Nervioso Central. Una de las enfermedades que se ha comprobado que tiene una estrecha relación con las alteraciones del Sistema Nervioso Central, es la rubéola que en varias ocasiones produce sordera, deficiencia mental y microcefalia; por lo tanto, se le supone que guarda una probable relación con los síntomas del autismo si es que este fuera provocado por algún desajuste en el Sistema Nervioso Central. "Así mismo existen otras condiciones infantiles relacionadas con patrones autistas que afectan al Sistema Nervioso Central, tales como

la meningitis, la encefalitis, la esclerosis tuberosa y la fenilcetonuria". (PALUSZNY, 1987)

Algunos autores como Schain y Yannet, no han encontrado que exista un incremento significativo como consecuencia de los problemas perinatales. Sin embargo, Deyin y Macmahon en 1980 (DEYKIN, 1980), indicaron que en el autismo infantil se observa que el riesgo se incrementa cuando aparece una o más complicaciones durante el embarazo o durante el periodo perinatal; sin embargo en la mayoría de casos de autismo esos eventos son inexplicables.

Chess en 1977 (CHEZZ, 1979), encontró que en un grupo de 243 niños infectados por rubeola, el 10% había sido diagnosticado como autistas y que otro 8 % había sido clasificado como niños autistas parciales. En el seguimiento posterior que realizó sobre estos pacientes observó que del 10% original de niños autistas el 3% ya había tenido una recuperación, aunque la causa de esto no se sabe con precisión y otro 1% había mejorado apreciablemente su comportamiento; De los niños clasificados como parcialmente autistas el 7% fue reevaluado, y dentro de éste, a el 3% se le observó una recuperación casi total, mientras que el 4% restante continuo mostrando un incremento de los síntomas autistas. La hipótesis de este autor, es que en el caso de que exista una infección viral crónica, esta puede producir desde un empeoramiento en el comportamiento hasta un retraso en la aparición de los síntomas autistas.

Por otro lado, parece existir una fuerte correlación entre el autismo y los desordenes metabólicos, principalmente con la fenilcetonuria. Love en 1980 (COLEMAN, 1989), encontró que de cada 75 niños autistas 3 padecían fenilcetonuria, y que con una dieta ligera en fenilcetonuria, estos pacientes podían incrementar sus funciones, además de que su desarrollo en general mejoraba. Este tipo de niños autistas podría haberse evitado, si los programas para detectar la fenilcetonuria hubieran sido usados con mayor efectividad y si las dietas ligeras en fenilcetonuria hubieran comenzado a una edad más temprana.

En años recientes se ha encontrado una evidencia preliminar que sugiere que se presentan usualmente alergias alimentarias e intolerancia a alimentos específicos en las personas que padecen autismo. En una tentativa para estudiar con más detalle este problema, Bird y colaboradores, en 1977, no consiguieron demostrar cuales eran los componentes dietéticos sospechosos que afectaban la conducta clínica en los autistas, aunque por otro lado en el mismo estudio si obtuvieron éxito al demostrar que las técnicas condicionantes de conducta si son útiles en estos casos. Rimland en 1983, afirma que existe una relación tangible entre el síndrome del autismo y la intolerancia alimenticia, concluyendo que alguno de los síntomas del autismo podrían derivarse de la composición química de los alimentos. Lis y colaboradores, también sugirieron la

posibilidad de que una mala absorción o bien algún otro problema intestinal importante en el organismo del niño autista, fuera la causa de los síntomas del autismo. Estas investigaciones permiten abrigar nuevas esperanzas de que algún día se llegue a conocer con más certeza la etiología del síndrome autista.

Algunos de los trastornos genéticos asociados posible o definitivamente con el autismo son los siguientes: la esclerosis, la neurofibritis y el síndrome de Martín Bell o cromosoma X frágil; también existen algunas pruebas en donde se señala la posible existencia de un grupo autosómico recesivo y hay estudios en donde se relacionan ciertos síndromes cromosómicos con el autismo. Una de estas investigaciones enfocadas al síndrome X frágil fué llevado al cabo por Watson y colaboradores, en 1984 (en COLEMAN, 1989); para su investigación se utilizó un total de 76 sujetos diagnosticados como autistas, encontrándose que el 10% de la población padecía este síndrome, por lo tanto se concluyó finalmente que el cromosoma X frágil se encuentra estrechamente relacionado con los problemas de desarrollo en algunos pacientes autistas y que además es parcialmente responsable del exceso de los pacientes de sexo masculino que se da dentro del síndrome autista. En otro estudio realizado en el mismo año, Gillberg y Wahistrom encontraron la anomalía del cromosoma X frágil en un 20% de niños autistas. Levitas y colaboradores, en 1983 sugirieron que la

mayoría de los pacientes con síndrome del cromosoma X frágil muestra rasgos marcados de autismo. Toda la evidencia existente a la fecha sugiere que el síndrome de Martin Bell es responsable de una importante minoría de casos de autismo en varones y que está asociada a rasgos autistas en un gran número de casos.

Algunos estudios han demostrado que los hombres son más susceptibles que las mujeres ante un gran número de afecciones tales como : daño cerebral pre y peri natal, infecciones en el sistema nervioso central y retraso específicos en el desarrollo. Por lo tanto se postula que, las diferencias sexuales en cuanto a su prevalencia en el autismo, son debidas a factores biológicos, por lo que se puede concluir que en las niñas es necesaria una mayor dosis de genes para provocar el autismo. El estudio que mejor demuestra esto es el de Lotter en donde se reporta que el 100 % de las niñas autistas analizadas tenían un coeficiente intelectual por debajo de 55; así entonces, aunque las niñas autistas son menores en número, a la vez se encuentran más afectadas que los niños. Los hallazgos de este estudio, sugieren que el autismo puede tener su etiología en algún desorden genético.

La aplicación de registros neurofisiológicos al estudio del autismo es relativamente reciente, por lo que apenas existen datos que aunque significan un gran progreso en relación al pasado reciente, no podemos utilizarlos con precisión, pues en su

mayoría son resultado de electroencefalogramas de niños pequeños que padecen alteraciones motoras y perceptivas lo que dificulta la posibilidad de obtener un registro confiable y controlado.

Demyer y colaboradores, en 1973 (DEMYER, 1973), encontró que en un 60% de 120 autistas, existían anomalías en sus respectivos electroencefalogramas. Estas anomalías incluyen una punta focal de espiga, espigas en general y una ola de descargas, además de una severa lentitud en sus ondas.

Ornitz en 1978 (en POLAINO, 1982), realiza un estudio con registros realizados durante la fase de sueño, en donde encuentra una reducida duración de los movimientos oculares durante la fase de sueño MOR en los niños autistas, además de un déficit en la organización de dichos movimientos, lo que apoyaría la hipótesis de un defecto en la maduración cerebral e incluso de una posible disfunción vestibular. Sin embargo, la proporción entre las fases del sueño MOR y no MOR tienen idéntica distribución entre los niños autistas y los niños normales.

Tangua encontró que en algunos niños autistas no se observan en sus electroencefalogramas cuál es el hemisferio cerebral dominante, es decir que los registros de los hemisferios derechos e izquierdos son iguales y por lo que no se ha podido concluir si esto podría ser la causa del autismo, pues Luria, ha encontrado que en algunas personas normales la diferencia entre los hemisferios es así mismo muy pequeña.

Las alteraciones bioquímicas en el autismo han causado expectación entre los investigadores de este tema, ya que existen un gran número de estudios que han encontrado alteraciones importantes en el organismo de los autistas; sin embargo, otras investigaciones han sido irrelevantes, y no han conseguido aportar elementos que demuestren la etiología del síndrome.

Coleman en 1971 descubrió que existe un aumento de la serotonina acumulada en las plaquetas de las personas que padecen el síndrome del autismo. La serotonina es un neurotransmisor, producto del metabolismo de un aminoácido esencial: el triptófano, que se encuentra presente en el organismo de manera natural y que es esencial para el funcionamiento normal del cerebro. Para determinar la cantidad de serotonina existente en el organismo se procede en base de una exploración en el líquido cefaloraquídeo o bien en el fluido sanguíneo, aunque no siempre esta exploración produce los resultados esperados. Las investigaciones psicofarmacológicas realizadas por Sverd y colaboradores, Hurwic y Becker en 1978 (en POLAINO, 1982), no lograron ningún resultado positivo que fundamentara la hipótesis del déficit serotoninérgico cerebral en el autismo infantil; sin embargo, en relación a estos estudios, Capbell en 1973 (en PALUSZNY, 1987), afirmó que existía un medicamento llamado Levadop (L-dopa), que producía como uno de sus efectos, la disminución de la concentración de la serotonina en el cerebro. En una investigación realizada por el mismo autor, sobre un grupo de pacientes autistas se encontró que al ser

aplicada a ellos la droga antes mencionada, paralelamente se observaba una mejoría en la conducta de las personas autistas, representada por un incremento en el intercambio social, junto con un incremento de las respuestas afectivas, intercambiadas entre el niño autista y las demás personas.

Analizando las más recientes investigaciones neuroquímicas encontramos que se le otorga una gran importancia al papel que juegan los péptidos como neurotransmisores, en su relación con las enfermedades psiquiátricas; sin embargo cabe aclarar que no se ha podido todavía especificar en su totalidad cuales son esas funciones; los péptidos juegan un papel importante en el funcionamiento afectivo de los animales y esto sucede a todos los niveles, desde la estabilización enzimática hasta los mecanismos homeostáticos que gobiernan las funciones esenciales, tales como : la emoción, el apetito, la percepción, la regularización de la temperatura, el control del dolor y las conductas sexuales. Los estudios en esta área se han especializado en los péptidos opioides, llamados endorfinas. Panksepp en 1979 investigó la relación que había entre las endorfinas y el síndrome autista. Este autor compara las conductas similares encontradas entre las de los animales que se hayan bajo el efecto de péptidos (suministrados por vía sanguínea) y algunos comportamientos mostrados por sujetos autistas; sus conclusiones son las de que en ambos grupos se observa disminución del dolor, conductas persistentes y rutinarias, autoagresión y relaciones

sociales perturbadas. Otro estudio importante es el de Gillberg y colaboradores, en donde se examinaron 20 niños autistas y se hallaron pruebas de que existía un aumento en los niveles de endorfinas en aquellos niños que eran autodestructivos y que parecían tener una insensibilidad relativa al dolor. Weizman y colaboradores, en 1984 encontró que el nivel de endorfinas en el plasma de los sujetos autistas es menor que el hallado en las personas normales. Aunque los resultados de estas investigaciones son muy alentadores, no se ha podido llegar a concluir los efectos específicos que provocan los péptidos, ni la relación exacta que guardan con el síndrome del autismo.

Ornitz y Ritvo, en un estudio realizado en 1968 (en PALUSZNY, 1987), encontraron que en la mayoría de los casos de autismo se manifiesta una preferencia poco común por alguna modalidad de percepción en particular y no por las demás, es decir, normalmente la mayoría de la gente muestra una preferencia específica hacia los estímulos visuales y auditivos, pero frecuentemente se ha encontrado que esto no sucede así tratándose de niños autistas, los cuales muestran marcadas preferencias por el tacto, el olfato y el gusto. Estos autores postulan que tales inconstancias están relacionadas con un defecto basado en la regulación de la percepción, localizado posiblemente en el tallo cerebral. El niño autista tiene como problema principal una deficiencia en la percepción o en su modulación, y por ende el niño no es capaz de establecer un concepto

perdurable de sí mismo, ni de su ambiente, y que esto se debe a su dificultad para interpretar sus sensaciones internas, por lo que no puede aprender a interactuar normalmente ya sea con su entorno o bien con otras personas. Ante esta incostancia perceptual el niño autista se ve obligado a utilizar más abundantemente la manipulación de objetos y el movimiento corporal para así comprender las sensaciones. "Por tanto, girar, aletear con las manos y colocarse en ciertas posturas, fenómenos muy a menudo observados en los niños autistas, pueden ser acciones compensatorias que intentan encontrar sentido en las percepciones defectuosas que ellos tienen".

Delacato en 1974 afirmó que el autismo es uno de los trastornos del comportamiento más profundos, y asegura que es el resultado de una falla neurológica, principalmente sensorial. Dice que no existen características psicológicas que lo propicien, y sitúa al autismo como un tipo de daño cerebral. A las conductas autistas, las clasifica en una escala que va desde la hipersensibilidad hasta la hiposensibilidad; a la primera la explica como una consecuencia de la rapidez con que llega el estímulo al cerebro, además de que la cantidad de estímulos es demasiado alto y por lo tanto no se puede manejar convenientemente, y a la segunda la explica señalando que es cuando el mensaje es recibido muy lentamente y de esa forma el cerebro no es capaz de crear una respuesta concreta. Además de los elementos anteriores incluye el fenómeno de la interferencia que se produce cuando un estímulo

se mezcla con otros y por consiguiente ocasiona una mala integración de la información. Delacato postula que una vez que se han reconocido las diversas conductas autistas así como su respectivo origen, basandose siempre en la clasificación que hace el mismo autor, se puede ayudar al niño para normalizarlo, brindandole la experiencia y estimulación propia, ya que una vez que los estímulos penetran correctamente al cerebro, el niño autista comenzará a mejorar en su comportamiento y sus conductas repetitivas irán paulatinamente desapareciendo. Este estudio realizado por Delacato es muy interesante, pero sin embargo, no da los suficientes datos que confirmen su hipótesis, ni tampoco proporciona una metodología más específica para reconocer el tipo de dano que tenga el niño autista y de esa forma seguir con el tratamiento, que el mismo autor sugiere.

Rutch Sullivan en 1980, aclaró el porque el niño autista parece estar más cerca de la normalidad y tener una mayor lucidez, además de no parecer estar enfermo y adquirir mayor comprensión de lo que ocurre a su alrededor, mientras se encuentra afectado por episodios de fiebre alta; sus conclusiones son de que durante una fiebre alta aparece un marcado aumento de norepinefrina en el hipotálamo. lo que trae como consecuencia, el mejoramiento de la conducta del autista. Aunque esta investigación sugiere resultados muy acertados, son escasos y pocos los fundamentos sobre los cuales esta basada.

Otro estudio relacionado con las alteraciones a nivel neurofisiológico es el llevado al cabo por Vilensky Damasio y Maurer en 1981 (en COHEN, 1987), en donde principalmente se observa el modo tan raro de andar de los niños autistas; el rango de edad de los sujetos utilizados en esta prueba varía desde los 3.3 hasta los 10 años. Los resultados obtenidos indicaron que los niños autistas caminaban mediante una corta zancada y manteniéndose en posturas firmes durante un periodo bastante largo, lo cual no les sucede a los niños normales. Estos datos obtenidos al analizar las distintas fases en el modo de andar sugieren la existencia de analogías entre los autistas y los pacientes que padecen el mal de Parkinson; por lo que se puede postular la hipótesis de que el ganglio basal se encuentra involucrado con el autismo.

Uno de los argumentos más poderosos a favor de la etiología biológica, surgió a partir de las investigaciones realizadas sobre gemelos autistas. Folsteir y Rutter en 1977 (en ESHKEVARI, 1979), observaron a 21 parejas de gemelos del mismo sexo en las que al menos uno de los gemelos era autista; de este número de parejas también se habían excluido los casos en que aparecían trastornos con causa conocida; sus resultados indicaron que el 36% de gemelos monocigóticos tenía una incidencia mayor que la que tenían los gemelos dicigóticos dentro de los cuales no se encontró incidencia alguna. Estos datos sugieren la importancia de la herencia genética como etiología posible del autismo.

En resumen, existen muchas evidencias de que el síndrome autista está estrechamente relacionado con los trastornos orgánicos; así mismo se puede concluir, que el autismo seguramente no es ocasionado solamente por un único factor, sino que posiblemente existe un gran número de elementos que intervienen para que se desarrolle este trastorno; el cual que en ocasiones resulta difícil de comprender y sobretodo de tratar. Panksepp en 1984, opinó que el camino para resolver las incógnitas etiológicas sería la investigación enfocada al campo neuroquímico, ya que hasta nuestros días, no se ha logrado encontrar ningún defecto anatómico, genético o bioquímico que sea exclusivo y/o aplicable a cualquier niño autista.

CAPITULO II. SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.

2-1 DEFINICIONES Y CLASIFICACION.

Las anormalidades de la conducta y el perjuicio de las funciones, que pueden ser observadas en el autismo, así como las condiciones relacionadas con este síndrome son numerosas y muy variadas; y por lo tanto no es fácil el tratar de definir y/o clasificar al autismo.

Es muy común que el autismo sea utilizado para diagnosticar en su lugar a algún otro trastorno o bien que se le confunda con algún otro síndrome. Aunque no exista ninguna definición, ni clasificación que sea por sí sola valedera, aquí retomaremos aquellas que pensamos que son útiles para el estudio del síndrome del autismo.

El "autismo" es un término que se utiliza para definir diversos comportamientos que se centran en el propio sujeto. Kanner lo definió como una inhabilidad del niño para relacionarse adecuadamente, desde el principio de su vida, ya sea consigo mismo, o con otras personas y ante las distintas situaciones que se le presenten.

Algunos autores como por ejemplo Bender, incluyen al autismo como una forma de esquizofrenia infantil. Otros, como Rimland, afirman que la deficiencia en el niño es básicamente intelectual y sitúan al autismo como una forma rara y única de Oligofrenia.

Rutter y Schopler, en 1974, cuestionan un poco la validez del término autista, que fué aplicado por Kanner a una serie de comportamientos bien definidos por él. Ambos autores sostienen que el término se presta a confusión con el que Bleuler utilizó para designar características esquizofrénicas, y creen que los comportamientos descritos por Kanner también pueden confundirse con los mostrados por la psicosis infantil y/o esquizofrenia infantil.

Otro problema que complica la definición del autismo, es la edad de aparición del síndrome. Kanner y Eisenberg afirman que este síndrome aparece después de un desarrollo aparentemente normal dentro de los dos primeros años de vida. Aunque esta conclusión parece estar comprobada, tal parece que la mayoría de los autores le dan escasa importancia al tratar de definir el autismo.

Los primeros intentos para introducir un cierto orden en la confusión reinante fueron realizados, entre otros muchos autores, por: Asperger, Heller, Kanner y Nahler, quienes trataron de seleccionar los síntomas específicos del síndrome del autismo de los rasgos clínicos observados en las psicosis. Pero esta labor no tuvo ningún éxito, ya que

la diferencia en las definiciones solo existía en las teorías más no en la práctica. Otras de las desventajas que usualmente se presentan al tratar de clasificar el síndrome, radica en que existe una proporción significativa de pacientes que tienen marcados rasgos autistas y que no encajan en ninguna de las descripciones que un gran número de autores han tratado de dar al síndrome del autismo.

El mayor avance a este respecto ocurrió cuando las diversas psicosis que tenían un origen específico en la infancia, se diferenciaron de las patologías que se inician en la vida adulta. Esta división fue validada por un estudio realizado por Kolvin en 1971, en donde concluye que las psicosis infantiles son aquellas que se inician antes de los cinco años de edad, mientras que las psicosis adultas comienzan después de esa edad. Aunque en la mayoría de los casos esto sucede generalmente así, se han encontrado varias excepciones, por lo que el mismo autor sugiere hacer más bien un diagnóstico basándose en el cuadro clínico en vez de considerar la edad de comienzo del trastorno.

La clasificación internacional de enfermedades, novena edición (WHO-ICD9, 1977) y el manual "Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", tercera edición (APA-DSM-III, 1980), incluyen al autismo dentro de sus clasificaciones como un trastorno específico; sin embargo, esta actitud también tiene sus desventajas.

El ICD9, incluye tres categorías de psicosis con un origen específico en la infancia; estas son : Autismo infantil, Psicosis desintegrativas y Otros. Sin embargo, encontramos que amparando estos tres trastornos se encuentran descripciones clínicas muy semejantes entre sí.

En el DSM-III, el síndrome del autismo se encuentra incluido en la clasificación correspondiente a trastornos profundos del desarrollo, el cual a su vez se divide en: Autismo infantil, Trastorno profundo del desarrollo infantil y Trastorno profundo del desarrollo atípico. También en esta clasificación encontramos que los cuadros clínicos descritos son muy parecidos entre sí, y solo se distinguen uno de los otros, por la edad en que comienza el trastorno, sin embargo, en cualquier patología la edad del inicio es difícil de determinar, por lo que no se puede usar esto como una base para el diagnóstico.

De lo anterior se puede concluir, que es muy difícil por el momento llegar a alguna definición o clasificación de lo que hoy en día significa el síndrome del autismo, puesto que es necesario esperar a que se unifiquen los criterios sobre el diagnóstico y sobre el cuadro clínico del autismo, para que en un futuro se llegue a una definición que verdaderamente sea representativa del síndrome autista.

2-2 SINTOMATOLOGIA.

En la actualidad existe la necesidad de encontrar cuales son los síntomas que son específicos del síndrome autista, y que conductas suelen aparecer en el autismo y que a la vez se encuentren en otros diferentes síndromes: esto es importante ya que a pesar de que el diagnóstico de autismo se le otorga a un buen número de niños, es necesario hacer notar que estos pacientes son diferentes entre sí y que cada uno de ellos, es un individuo con su propia personalidad y que su desarrollo particular difiere del de los demás, por lo que observamos que existen algunos síntomas que sólo ocurren en unos cuantos niños, otros que van cambiando conforme se crece y otros más que entran dentro de un tipo especial de esquema de la conducta que le es común a todos los individuos autistas, especialmente en los primeros años de su vida.

Wing y Gould, en 1979, obtuvieron como resultado de un estudio sobre las conductas autistas, que el autismo y todas sus condiciones relacionadas con él, se caracterizan por:

- 1- Tendencia al aislamiento, en donde se observa un fuerte impedimento para interactuar con su medio ambiente y para establecer relaciones sociales.

2- Retraso en el lenguaje expresivo y en la comunicación no verbal.

3- El patrón de actividades es generalmente repetitivo y sus rutinas son estereotipadas, debido a la deficiencia mostrada en cuanto a su actividad imaginativa.

Aunque muchas otras anormalidades son usualmente encontradas en el cuadro autista, las mencionadas previamente son las conductas más comunes que aparecen en el cuadro típico.

PRIMERA INFANCIA.

Durante el embarazo de la madre de un niño autista no aparece ninguna diferencia notoria si es que lo comparamos con el embarazo de la madre de un niño normal. Sin embargo existen algunas investigaciones anteriormente ya mencionadas, que relacionan los problemas perinatales con el trastorno autista.

Desde el nacimiento, el niño autista es diferente a los demás bebés, aunque el trastorno en sí no se manifieste claramente. En algunas ocasiones las madres tienen la sensación de que sus hijos no son enteramente normales, aunque no pueden decir que es lo que los hace diferentes de los otros bebés, y otras veces los padres creen equivocadamente, que sus hijos poseen cualidades únicas. En general, el bebé autista parece desarrollarse normalmente durante algún tiempo: antes del tercer año de vida, los padres ya se dan cuenta de que ha ocurrido una regresión en la que el niño

pierde todas las habilidades que previamente había adquirido y empiezan a aparecer algunos de los síntomas típicos del autismo.

Algunos bebés autistas tienen problemas de alimentación, y en ocasiones no se amamantan bien: a la vez suelen quedarse en posiciones rígidas durante un prolongado período de tiempo; además el bebé nunca levanta los brazos ni se prepara para que lo levanten como lo haría cualquier otro niño normal de seis meses de edad: así mismo son difíciles de tener en brazos, ni hacen el intento de que se les arruque y si se les llega a abrazar no hay ninguna expresión facial, ni balbuceos; además no les gusta que se les bane, ni que se les vista o cambien. Son niños que prefieren estar solos, son muy tranquilos y no exigen que se les alimenten o que se les cambie, ni que se les cargue: su actividad es muy pasiva, y aunque en un principio esto se toma como la conducta propia de un niño que se comporta correctamente, con el tiempo esta pasividad se convierte en la principal preocupación de los padres. Suelen dormir muy poco y al despertar lo hacen gritando y llorando, sin poder ser consolados. A veces se observan conductas autoagresivas como son la de golpearse la cabeza con objetos duros, morderse o rasgarse a sí mismos. Pasan largos ratos mirando las luces brillantes, o el polvo que se ve caer al través de la ventana y parece no interesarles las cosas que usualmente llaman la atención de un bebé normal al crecer y desarrollarse.

Entre los diez y los doce meses de edad el niño autista no trata de llamar la atención de sus padres, ni señala, ni trata de alcanzar los objetos que le rodean, tal y como lo haría cualquier niño normal de esa misma edad. También se observa el pobre contacto visual que tienen con los padres y la relación tan deficiente que establece con ellos: la ausencia de expresiones faciales distintas y de gestos sociales, tales como son el saludar o decir adiós con la mano, el decir no con la cabeza y el tocar a otra persona para atraer su atención o para demostrar su simpatía, son conductas que el niño autista no logra desarrollar. Aunque sonríen y lloran, normalmente no lo hacen en situaciones que vayan en relación con esta conducta, esto es, mientras que un niño normal, a la edad de tres meses, sonríe al ver el rostro de su madre, un bebé autista usualmente no lo hace y solo sonríe cuando se le hacen cosquillas o se juega bruscamente con él. El llanto aparece sin ningún motivo aparente tal como sería el hecho de tener hambre o frío.

En contraste con la deficiencia en el desarrollo psicosocial, los elementos fundamentales del desarrollo motor en la mayoría de los niños autistas usualmente son completamente normales. Parece que no hay retraso alguno en las señales del desarrollo motor, sino que por el contrario, parecen mostrar un desarrollo motor prematuro. Sin embargo aunque tengan la capacidad de sentarse o de pararse, parecen no interesarse en esto y solo lo efectúan de vez en cuando y no con el

objeto de explorar su mundo, sino simplemente para realizar alguna de sus rutinas.

Encontramos que en estos niños, durante el primer año los signos corresponden a una conducta normal de afecto son mínimos y en algunos casos hasta inexistentes. Por ejemplo el balbuceo es diferente al normal: los niños autistas no vigilan a sus padres, ni los persiguen alrededor de la casa, tampoco los buscan para estar con ellos, ni buscan el confort cuando algo les duele o cuando están tristes. La ausencia de estos signos de afecto es uno de los aspectos del autismo que más confunden y causan dolor en los padres de este tipo de niños.

El uso de una comunicación verbal absolutamente insuficiente así como el escaso entendimiento de la misma y la ausencia casi total de una comunicación no verbal constituyen severos impedimentos, y representan las mayores desventajas de este síndrome.

La ausencia total de respuesta al lenguaje hablado así como la falta de reacciones aún ante sonidos de gran intensidad, muy a menudo lleva a suponer la aparición de una sordera en los años tempranos. Sin embargo, usualmente los padres rechazan esta eventualidad ya que el niño muestra la habilidad de reaccionar ante suaves sonidos que tengan un significado concreto para el niño autista. Tales como el ruido que se produce al desenvolver su chocolate favorito o bien el sonido producido por las llaves de un coche. Otra de las

conductas características del niño autista es la de taparse los oídos ante la presencia de ruidos que él siente como amenazantes.

NINEZ TEMPRANA.

Generalmente su físico se caracteriza por ser niños delgados y altos, y cuando algo les pasa, abren sus ojos de par en par, con sus largas y enchinadas pestañas, y su simetría en los rasgos de la cara y todo esto junto a su apariencia de seres inocentes y ausentes se suma otorgándoles un atractivo personal muy particular. Parecen físicamente sanos y a menudo son excepcionalmente atractivos, sus ojos miran a través de los objetos y jamás directamente hacia los ojos de los demás. Solo ocasionalmente algún objeto en especial logra llamar su atención y entonces actúa como si su entorno desapareciera. Su indiferencia hacia el mundo lo hace aparecer con una tranquilidad casi mágica. Sin embargo, si alguna situación le llega a molestar, su actitud de calma se convierte intempestivamente en un estallido de gritos, rabietas, lloriqueos y golpes, que generalmente desaparecen tan rápido como llegó y nunca se sabrá la causa que originó ninguna de ambas actitudes.

El cuadro clínico del autismo, comprende por definición, a alguien que no puede establecer un contacto social; los niños y los adultos que padecen este síndrome pueden llegar a

tener una crisis de angustia cuando alguien se les acerca en demasía y usualmente rechazan ya sea el contacto físico o bien el contacto social: sin embargo en algunas ocasiones pueden, durante un breve tiempo, disfrutar de algún juego físico brusco.

Algunas personas autistas se acercan a otros individuos con el fin de obtener comida o el confort físico al sentarse en las rodillas o al ser abrazados, pero estos hechos solo suceden en muy raras ocasiones, y solo durarán unos cuantos minutos pues inmediatamente se retirarán sin tan siquiera volver a ver hacia atrás.

En los niños pequeños que padecen de autismo, encontramos que la mayoría de sus conductas se dirigen básicamente a una estimulación sensorial, y esto incluye el ignorar totalmente a sus otros sentidos, quedando fascinados con algunos sonidos, o con la luz, el frío, cosas con texturas ásperas o que se encuentren vibrando, sensaciones quinestésicas, ya sea el observar objetos que giren o girar sobre sí mismos: otra conducta importante que usualmente se observa es la autoestimulación sexual.

Otro signo importante que muestran las personas autistas, es el problema con que se enfrentan al tratar de imitar a otras personas. Ellos pueden llegar a aprender acciones simples tal y como la de aplaudir, siempre y cuando esta conducta sea enseñada con mucha dedicación y lentitud ya que ellos, carecen de la capacidad para copiar espontáneamente

cualquier otra conducta y esta característica es un requisito básico para aprender la mayoría de las habilidades.

Estos niños no tienen juegos simbólicos, solo manipulan los objetos, y en ocasiones juegan a deshacer y a reconstruir los juguetes sin importarles el uso real de los mismos; ya que para ellos los juguetes nunca pretenden representar situaciones reales. Ellos no pueden crear un mundo imaginario. En vez de eso, ellos llenan su tiempo con actos repetitivos y actividades estereotipadas, o permanecen en una misma postura absortos en sí mismos, sin importarles lo que pase a su alrededor; tampoco prestan atención cuando otros individuos intentan establecer una relación social con ellos o se encuentran practicando alguna cierta tarea.

Inexplicablemente les ocurren cambios de humor contrastantes, como sería el caso de estarse riendo y unos cuantos segundos después empezar a llorar sin ninguna explicación aparente. Algunas veces el niño autista puede mostrarse muy desanimado con lágrimas corriendo por su cara, tal y como si ellos repentinamente sintieran ganas de que alguien los ayudara, pues viven en un mundo al que no pueden entender. Esto constituye un punto muy doloroso para los padres, pues no pueden ni siquiera ofrecerle una caricia física pues el niño la rechazaría.

Cuando el niño autista camina, generalmente lo hace de puntitas, con saltos pequeños en vez de pasos y con rápidos

BIBLIOTECA CENTRAL

movimientos: estas características provocan que el niño autista exhiba una apariencia agraciada. Los niños autistas frecuentemente son muy ágiles al tratar de escalar y/o de balancearse. Aunque esto en algunas ocasiones resulta en un problema, pues para el niño los peligros que pueden traer aparejados ciertas situaciones, suelen pasar inadvertidos, y por lo tanto este tipo de habilidades puede ocasionarles un riesgo o conducirlos a algún lugar en el cual puedan hacerse daño, por lo que se hace necesario el tenerlos vigilados la mayor parte del tiempo. Paradojicamente, ellos muestran un intenso miedo ante algunas cosas totalmente inofensivas, como sería la presencia de algún color en particular, el entrar a algún sitio cerrado o a enfrentarse a ciertas gentes en particular. Pero hay algo todavía más extraño, pues con el tiempo, este mismo miedo puede convertirse en una especial fascinación y viceversa.

Debido a las características de estos niños, es sumamente difícil hacerlos conscientes de cumplir con los hábitos de higiene; son niños a los que no les molestan que sus ropas se encuentren sucias, o que ellos no se hayan bañado, o que sus alimentos se encuentren en mal estado: en relación a esto son niños que se oponen a controlar sus esfínteres y solo con mucho esfuerzo se logra que lleguen a tener un cierto control de los mismos, aunque llega a suceder el que en algunos niños aún después del respectivo adiestramiento se observen evacuaciones sobre sus ropas.

Es en sus hábitos alimentarios, en donde se vuelven más notorias sus anormalidades, tales como pueden ser el gusto por la comida chatarra, el rechazo de alguna comida en especial, el hecho de que sus horas para comer no sean las normales y así por ejemplo pueden pasar toda la mañana comiendo y en la tarde dejar de hacerlo, o bien puedan estar durante unos días probando poco alimento y en los siguientes días comer en cantidades excesivas.

NINEZ TARDIA.

Aproximadamente el 50% de los autistas nunca llegan a hablar. Si el lenguaje se llega a desarrollar, generalmente se encuentran en el típicas anormalidades como son la ecolalia, inversión de pronombres; el uso de palabras y frases solo por repetición; el uso del significado literal de las palabras, y una constante abreviación en las frases para que con un mínimo de esfuerzo se ayude a solucionar sus necesidades. La mayor característica de todas, es la de que no usan el lenguaje como un medio para lograr una interacción social, ni para saber quien es la otra persona, ni para intercambiar ideas. El lenguaje lo usan como un simple método para obtener lo que desean o para hablar de sus intereses. El impedimento de la comunicación no-verbal afecta muchos aspectos de su conducta. Si el habla se llega a desarrollar, la entonación de su voz será monótona.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Las rutinas repetitivas que son tan comunes y frecuentes en este trastorno pueden ocurrir muchas veces en un solo día o pueden continuar durante algunos meses o hasta por varios años antes de que sea remplazada por alguna otra. En las personas autistas con bajos niveles de inteligencia, los estereotipos son usualmente simples y tienden a ser enfocados hacia sí mismos como puede ser el mover rápidamente los dedos de las manos, el aleteo de brazos o el balancearse sobre su cuerpo, otros autistas en cambio hacen girar los objetos con gran habilidad o alguna cuerda u objeto con una gran rapidez. Conforme el niño autista crece, es común que los actos simples estereotipados tiendan a disminuir, sin embargo, esto solo se da para ser remplazados posteriormente por alguna rutina más compleja, como ejemplos de esto tenemos el coleccionar cierto tipo de objetos o bien puede ser que su ritual se transforme en el de alinear algunos objetos, o insistir en una peculiar rutina al meterse en la cama al irse a dormir, o tomar todos los días exactamente el mismo camino para dirigirse a la escuela o a la tienda.

La ausencia de respuesta al dolor es otra característica que se observa insistentemente en los pacientes autistas, y esto frecuentemente provoca que se tengan múltiples problemas al tratar de diagnosticarles alguna enfermedad física. Como ejemplo, se encontró un caso de apendicitis en un niño autista y otro caso en donde el paciente autista tenía

un hueso roto y que a pesar de eso no existía ninguna queja de su parte, ni demostraba signo alguno de malestar.

En estos niños además de existir la dificultad de establecer relaciones sociales, también encontramos que pueden haber diversas conductas que dificultan que la gente de su alrededor trate de estrechar lazos afectivos con ellos. Algunas de estas conductas son: agresividad que a su vez incluye: patadas, mordidas, rasguños y golpes contra los demás; en varias ocasiones se llegan a desvestir en público; a veces destruyen los objetos que se encuentran en su camino; toman cosas que pertenecen a gentes desconocidas, y los que tienen un cierto lenguaje gritan grocerias o palabras impropias que apenas a sus acompañantes; usualmente al tratar de reprendersele por alguna de estas situaciones el niño empieza a gritar y a hacer un gran berrinche. Otro problema asociado con lo anterior, es la ausencia de un buen entendimiento a las instrucciones y a las reglas de la conducta social, por lo que estos niños frecuentemente crean situaciones vergonzosas para sus padres.

El retraimiento y la indiferencia hacia los demás generalmente persiste en la vida adulta del autista, principalmente en aquellos que además se encuentran afectados por un retardo mental profundo. También existe una pequeña minoría de autistas con retraimiento que poseen un coeficiente intelectual caracterizado por un retraso mental moderado o que caen dentro de un rango normal, que muestran

habilidades muy especiales como es el poseer una extraordinaria memoria, o que muestran un gran entendimiento y rapidez para resolver problemas aritméticos y/o bien poseen habilidades para tocar algún instrumento musical. La mayoría de los autistas que son poseedores de alguna de estas habilidades especiales, tienen rutinas repetitivas muy elaboradas: se piensa que esto se debe a que posiblemente tengan la apremiante necesidad de usar estas cualidades tan especiales, logrando de esa manera un complicado ritual. Cabe aclarar que en ninguna de las investigaciones realizadas hasta la fecha y que están relacionadas con personas autistas que muestran habilidades especiales, se ha podido resolver satisfactoriamente el enigma que significa el poseer simultáneamente estas conductas tan contrastantes junto con los rasgos típicos del autismo.

Algunos niños autistas pueden llegar a disfrutar de juegos y actividades organizados por otros niños normales, aunque generalmente tomando para sí mismo el rol pasivo, a la vez, en sus juegos se sigue observando una ausencia de imaginación total, pues generalmente solo son actos en donde imitan a otras personas, y sobretodo se observa que necesitan de ayuda de los demás para comenzar a jugar, ya que nunca son espontáneos, ni inventivos, y sus juegos son siempre limitados y repetitivos.

Aunque algunos niños autistas llegan a desarrollar un cierto lenguaje, su entonación es monótona, con un raro tono de voz, una respiración que no concuerda con las palabras y

un volumen de voz sin ningún control, indistintamente que sea muy bajo o muy fuerte. Aunque se presente la comunicación verbal, sigue existiendo en la mayoría de los casos una ausencia de gestos, especialmente cuando estos indican sentimientos y/o emociones, sin embargo en otras ocasiones ocurre lo contrario pues llegan a exagerar su gesticulación. También es importante el notar que a pesar del intento de estos niños para establecer una comunicación más efectiva, tienen que realizar un gran esfuerzo para mantener un contacto visual adecuado, pues generalmente sus reacciones en este aspecto también son inapropiadas.

Aunque existen autistas que casi han logrado relacionarse afectivamente con las demás personas siempre se sigue observando con ellos una gran ansiedad.

ADOLESCENCIA.

La llegada de la pubertad frecuentemente es un periodo difícil para cualquier niño normal, y por lo tanto es factible esperar que esto se presente de igual manera en el niño autista.

Algunos niños autistas muestran un marcado mejoramiento durante la adolescencia y dicho mejoramiento durante este periodo estará altamente vinculado con un avance posterior durante su vida adulta, sin embargo, existe una minoría de niños autistas que sí sufren una regresión durante la

adolescencia, pero cuando esto sucede, se observará una pequeña mejoría en su capacidad después de los veinte años. Este tipo de deterioro es más común en el sexo femenino. (GILLBERG & SCHAUMANN, 1981)

Para el autista adolescente este periodo de su vida frecuentemente trae consigo el hecho de que se da cuenta de sus diferencias con respecto a los demás adolescentes, y por lo tanto le surgen sentimientos de rechazo social y deseos de mantener una relación amistosa y cercana, por lo que en ocasiones pueden producirse episodios depresivos.

Otro rasgo que muestran algunos de los adolescentes con autismo es el del comienzo de sus crisis. Pues aproximadamente de un 20% a un 30% de niños autistas llegan a desarrollar ataques durante la adolescencia, con un apogeo del inicio de este periodo que se sitúa entre los once y los catorce años de edad. Este marcado incremento en el número de inicios de estos ataques surgidos durante la adolescencia contrastan fuertemente con respecto a los patrones de niños que no se encuentran afectados por el síndrome autista, quienes al contrario demuestran gozar de riesgos mínimos de salud a esta edad. La tendencia de mostrar este tipo de ataques es inversamente correlativo al coeficiente intelectual, es decir que poseer un bajo coeficiente intelectual significa el afrontar un mayor riesgo para padecer ataques durante la adolescencia.

Si el niño autista ya era hiperactivo, durante la adolescencia se observará una disminución de esta conducta, sin embargo, a veces se llega al extremo de que el adolescente autista no efectúe ninguna acción al menos que se le induzca a ello. En algunas ocasiones se observa un aumento de peso en función de esta hipoactividad.

Aunque la llegada de la menstruación y de los impulsos sexuales son comúnmente tolerados y asimilados con tranquilidad por las personas autistas, se llegan a encontrar algunas veces rasgos de exhibicionismo, o actos de masturbación en público y diversas conductas similares, que representan un gran problema para la integración de estos adolescentes autistas a la sociedad.

Aunque las habilidades lingüísticas generalmente no cambian en forma dramática durante la adolescencia, cabe aclarar que llegan a existir algunas excepciones. Tanto el lenguaje expresivo, así como el receptivo tienen una paulatina mejoría durante este periodo, particularmente cuando el adolescente autista se encuentra bajo un programa especial dirigido a este objetivo.

EDAD ADULTA.

Son muy pocos los estudios que se han realizado en relación al autista adulto.

Algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo con adultos autistas muestran que aproximadamente la mitad de esa población, durante su vida adulta, ingresan a un instituto de custodia, y de esta cantidad las dos terceras partes serán incapaces de lograr una vida independiente, aún después de haber sido tratados.

Generalmente en la vida adulta del autista las habilidades sociales y las de orientación tienden a mejorar. Al menos el 14% de los niños autistas llegan a mejorar tanto, que en su edad adulta ya no manifiestan la totalidad de los criterios que sirven para el diagnóstico de autismo, pero desafortunadamente seguirán siendo vistos como tales, pues en la actualidad no existe esta diferenciación. Además el mejoramiento citado no incluye ningún incremento intelectual ni del lenguaje.

El adulto autista seguirá prefiriendo la soledad a la compañía, y sus relaciones sociales continuarán siendo realmente pobres en afecto: sus actividades favoritas seguirán siendo la autoestimulación, el mercearse durante horas y horas, o el coleccionar objetos de su preferencia; Ante una situación desagradable puede llegar hasta la violencia física contra el mismo o contra los demás, para manifestar en esa forma su malestar.

Las conductas compulsivas y los rituales generalmente desaparecen con la edad, aunque algunos autistas desarrollan complicados rituales que persisten por largos periodos.

El lenguaje puede llegar a ser funcional durante la vida del adulto, aunque seguira siendo muy simple y repetitivo y en algunas ocasiones puede suceder que el adulto autista opte por dejar de hablar, o bien el perder una o varias palabras que previamente ya se encontraban en su vocabulario, o pueden manifestar una excesiva preocupación por algún tema en particular del cual hablaban durante largos periodos de tiempo.

Un porcentaje pequeño de individuos autistas se desarrollan como adultos casi normales, sin embargo la gran mayoría padece importantes dificultades para poder afrontar incluso las rutinas y estreses más comunes y normales de la vida cotidiana.

Las conductas adaptativas, incluyendo el cuidarse a si mismos, o las habilidades necesarias que impone la vida diaria, son generalmente comportamientos que deben ser aprendidos por los adultos autistas para poder llegar a tener una semi-independencia, pero es muy difícil que lleguen a la autosuficiencia.

En resumen podemos concluir que es muy difícil llegar a observar a algún individuo autista que posea todas las características antes mencionadas. En general las conductas autistas se manifiestan al través de sus rasgos más típicos desde los dos hasta los cinco años de edad, rango en donde también aparecen los síntomas neurológicos anormales; sin

embargo generalmente se empieza a buscar ayuda especializada hasta cuando el niño ingresa a la escuela.

Los mayores avances que se tienen con los pacientes autistas se logran durante su infancia, y en un porcentaje pequeño durante su edad adulta. En raras ocasiones los síntomas se acentúan durante la adolescencia, y generalmente en esta etapa el niño autista logra una semi-independencia y sus niveles de ansiedad y agresividad se ven algo disminuidos.

2-3. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO.

Después de haber descrito los principales síntomas que se manifiestan en el autismo, podríamos pensar que el diagnóstico de este trastorno es una tarea fácil; sin embargo nos encontramos con que muchas de las características del autismo también pueden observarse en algunas otras perturbaciones y que además algunos de sus signos son en ocasiones los normales para una determinada edad, por lo que es realmente muy difícil el llegar a diagnosticar el síndrome del autismo. Por último tenemos, que ante la problemática de tratar de definir y clasificar al autismo, no se ha podido llegar todavía a un criterio único que nos sirva para especificar esta entidad patológica. A continuación mencionaremos los principales criterios usados para el diagnóstico del autismo, que han sido reelevantes para un mejor entendimiento de este síndrome.

Al describir Kanner al síndrome del autismo infantil precoz, incluyó en su cuadro clínico los diez puntos críticos que a continuación presentaremos:

1-El niño mostraba deficiencias para relacionarse con las demás personas así como una soledad autista extrema.

2-El niño fracasaba en asumir una postura anticipatoria cuando se le iba a levantar en brazos.

3-Existían problemas del habla: algunos eran mudos, otros mostraban una ecolalia retrasada, los pronombres personales eran repetidos tal y como se oían y existía literalidad en la comprensión del lenguaje.

4-El niño tenía un deseo obsesivo y angustiante por la ausencia de cambios.

5-Existían serias limitaciones en cuanto a la variedad de actividades espontáneas.

6-El niño reaccionaba a intrusiones externas, tales como la comida, los ruidos fuertes y la movilidad de los objetos.

7-El niño estaba interesado en los objetos y reaccionaba a las personas como si estas fueran objetos fragmentados, es decir, si se le hacía una cosquilla, reaccionaba con miedo a los dedos que efectuaban las cosquillas, pero no a la persona que las hacía.

8-El niño tenía una excelente memorización.

9-El niño era físicamente normal, y daba muestras de poseer un buen potencial cognoscitivo y una mentalidad seria.

10-Todos los niños autistas provienen de familias muy inteligentes.

Después de estas primeras descripciones de Kanner, otros investigadores descubrieron niños con síntomas similares: sin embargo, pronto fue evidente que el autismo se había puesto de moda, y que se había diagnosticado más de la cuenta.

En un esfuerzo por afinar los criterios y evitar errores, Polan y Spencer, en 1959, elaboraron una lista de clasificación que comprende cinco categorías (en PALUSZNY, 1987):

- a) Distorsión del lenguaje.
- b) Aislamiento social.
- c) Falta de integración a las actividades.
- d) Obsesividad y nerviosismo.
- e) Historia familiar.

En 1961, Creak elaboró una terminología para el diagnóstico, que consta de nueve puntos (en VILLARD 1986):

- 1-Deterioro total y duradero de los modos de relación afectiva con su entorno humano.
- 2-Ausencia de toma de consciencia, por lo menos en apariencia, de sí mismo, de su identidad y de su existencia propia, distinta del entorno.
- 3-Preocupación patológica por objetos muy particulares (o por parte de estos objetos), que nunca utiliza en su función usual.
- 4-Resistencia permanente a todo cambio en el cuadro de su vida y en el medio ambiente, y lucha incansable por restituir o mantener el orden de las cosas.
- 5-Las capacidades de percepción, están perturbadas en mayor o menor grado, es decir, que la respuesta a los estímulos sensoriales es imprevisible, ya que unas veces es excesiva y en otras es insuficiente. Presentan una insensibilidad al dolor, así

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

como a la temperatura de los objetos que hacen contacto con su piel.

6-Ansiedad violenta, excesiva y en apariencia ilógica.

7-Se ha perdido el lenguaje, solo se desarrollan murmullos, o puede tratarse de confusión y de inversión de pronombres, de ecolalia, o de otras particularidades de la dicción, del estilo o del empleo de palabras. Incluso cuando se emiten correctamente las palabras o las frases, estas no tienen ningún sentido y jamás son utilizadas para establecer una comunicación real.

8- Se describe una cierta distorsión en las actitudes y en los comportamientos: exceso de movimientos e hiperagitación, inmovilidad catatónica, o actitudes raras y rituales, tales como el balanceo o el hacer girar algo sobre su eje.

9-Todos los signos precedentes se observan dentro de un contexto de retraso psicomotor serio, con capacidades intelectuales por debajo de lo normal, frecuentemente incluso normales, y con habilidades manuales que algunas veces son excepcionales.

Tres años después, Clancy y su grupo propusieron una escala que consta de 14 puntos en donde se reagrupaban los síntomas del autismo, y afirmaron que si se encuentran en un niño al menos 7 de estos 14 puntos, puede considerarse que este niño desarrollará autismo (en VILLARD, 1986):

1-Una gran dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.

- 2-El niño se comporta como si fuera sordo.
- 3-Una fuerte resistencia a cualquier aprendizaje.
- 4-Ausencia de miedo ante el impacto de un golpe real.
- 5-Resistencia ante los cambios de costumbres.
- 6-Prefiere señalar sus necesidades por medio de gestos.
- 7-Ríe o sonríe sin ninguna razón aparente.
- 8-No es cariñoso como sucede con un bebé normal.
- 9-Una marcada hiperactividad física.
- 10-Evita las miradas, y hay ausencia de contacto visual.
- 11-Un raro apego a uno o varios objetos.
- 12-Tendencia a hacer girar los objetos.
- 13-Repite y mantiene una actividad inadecuada.
- 14-Una actitud altanera.

Estos 14 puntos descritos por Clancy, han sido muy criticados, pues es muy fácil que un niño que padezca algún otro trastorno quede diagnosticado como autista si se sigue esta escala.

Rutter, en 1974, especificó cuáles eran los tres síntomas esenciales para efectuar el diagnóstico del niño autista, estos son (en PALUSZNY, 1987):

- a) Fracaso profundo y generalizado para desarrollar relaciones sociales.
- b) Retraso del lenguaje, una comprensión defectuosa, ecolalia e inversión de pronombres.
- c) Fenómenos ritualistas o compulsivos.

Además Rutter encontro otros cuatro sintomas que eran muy frecuentes en el grupo autista, pero que no estaban siempre presentes en todos los niños autistas:

- 1-Movimientos repetitivos estereotipados.
- 2-Atención muy breve.
- 3-Autolesiones.
- 4-Control de esfínteres retrasado.

Ritvo y Freeman postulan algunos criterios para el diagnóstico del autismo:

- 1-Signos y sintomas presentes antes de los treinta meses de edad.
- 2-Problemas en las relaciones con las otras personas, objetos y situaciones.
- 3-Anormalidades en el desarrollo.
- 4-Problemas en la respuesta a estímulos sensoriales.
- 5-Problemas en el lenguaje.

De acuerdo con la definición de autismo dada por la Asociación Nacional para Niños Autistas de los Estados Unidos de America (NSAC), para considerar a un niño como autista, este debe presentar los siguientes síntomas:

- 1- Modo anormal de relacionarse con las personas, objetos, lugares, o hechos.
- 2-Desórdenes en los ritmos de desarrollo y en la aparición de habilidades físicas, sociales y de lenguaje.
- 3-Respuestas anormales a las sensaciones. Pueden estar afectadas una cualquier o bien una combinación de sus respuestas a los

estímulos visuales, auditivos, táctiles, de dolor, de equilibrio, olfativos, gustativos. También la forma como el niño sostiene su cuerpo puede ser desusada.

4-Ausencia o retraso en el habla y en el lenguaje, aunque pueden estar presentes algunas capacidades específicas del pensamiento.

5-Modo desusado de pensar.

También encontramos que el NSAC (NSAC, 1982), aclara que "algunos niños autistas manifiestan la mayoría sino es que todos estos síntomas. A la vez otros en cambio sólo muestran unos pocos. En algunos niños los síntomas son severos; en otros son moderados y cambiantes. Además aclara que todos los niños normales pueden presentar en alguna etapa de su vida, cualquiera de los comportamientos descritos anteriormente. Pero el niño autista muestra esas conductas al través de los años y prácticamente no manifiestan ninguna otra variante."

El Dr Wing, en conjunto con el NSAC, publicó una lista de nueve síntomas que son específicos de los niños autistas :

1-Un deterioro grave y sostenido de las relaciones emocionales con los demás.

2-Examen tardío de sí mismo, en donde el niño autista examina las partes de su cuerpo mucho después de pasada su época de bebé.

3-Muestra gran preocupación por algunos objetos determinados o por ciertas características de ellos, que persiste aún mucho después de la primera infancia, sin que le importen a

el las funciones usualmente asignadas por los demás a ese objeto.

4-Surge una resistencia permanente a cualquier cambio que modifique su medio ambiente y lucha por mantener el orden prevaleciente así como la ausencia de cualquier cambio.

5-Aparecen conductas que conducen a sospechar anomalías de los sentidos cuando no hay ninguna causa física aparente.

6-Anormalidades en el humor.

7-Trastornos en el lenguaje: carencia total del habla, o emplea fragmentos del lenguaje y usa contracción de las palabras, aplica solamente un lenguaje muy simple, hace uso de la inversión de pronombres, ecolalia y peculiaridades singulares en la pronunciación.

8-Aparecen trastornos en los movimientos y en la actividad en general.

9-Antecedentes de un retardo mental grave en el cual pueden aparecer isletas de funcionamiento intelectual normal, casi normal o aún excepcional.

Uno de los criterios que es de los más utilizados en la actualidad es el de Schopler y Rutter, realizado en 1987 (RUTTER, 1987), en el que se enfatizan que el principal signo del autismo es la desviación del proceso de desarrollo, y no el retraso en dicho proceso de desarrollo tal y como ocurre en otros trastornos. Sin embargo, estos autores aclaran también que el retraso que se presenta en el proceso de desarrollo y el comportamiento bizarro, son así mismo características del

síndrome autista. Principalmente divide los síntomas en cuatro grandes grupos:

1-El primer criterio es el requerimiento de que el desorden se manifieste antes de los treinta y seis meses de edad.

2-Existe una desviación en el desarrollo de las relaciones sociales: el no poder mantener un contacto visual mirada con mirada, ausencia de expresiones faciales y de gestos, posturas rígidas en el cuerpo que no permiten un acercamiento físico, el no buscará a otros seres para recibir afecto, el no compartir con otras personas sus intereses, actividades o emociones, y el preferir jugar más bien solo que acompañado.

3-Anormalidades en la comunicación: los autistas no utilizan el lenguaje para comunicarse, eventualmente puede existir un retraso o la ausencia total del desarrollo del habla que no es compensada por el uso de gestos o de mímica usados como modos alternativos de comunicación, una falta de respuesta para comunicarse con otros, un uso idiosincrático de palabras, anormalidades en la pronunciación, esfuerzo, ritmo y en la entonación en el habla, una falta de iniciativa relativa para iniciar o mantener comunicaciones verbales, un uso repetitivo del lenguaje, además de inversión de pronombres.

4- Los patrones de comportamiento mostrados se encuentran restringidos, estereotipados y repetitivos, y además se observa un gran arraigo a objetos poco usuales, a la vez aparecen rituales compulsivos y preocupación y/o angustia sobre los

cambios que se presentan en pequeños detalles del medio ambiente.

Uno de los principales sistemas para la clasificación de las patologías es el de la Asociación Psiquiátrica Americana que en 1988, DSM-III-R (1988), propone dieciséis artículos que conforman el criterio para el diagnóstico del trastorno autista, en donde se aclara que solo se considerará el arribar a un determinado criterio sólo si la conducta es anormal para el nivel de desarrollo de la persona en particular, y debe siempre de especificarse si el comienzo del trastorno es en la niñez (después de los 36 meses de edad). Los artículos son los siguientes:

A- El deterioro cualitativo en la interacción social reciproca se manifiesta por los siguientes aspectos:

1-Se tiende a ignorar en forma persistente la existencia de los sentimientos de los demás.

2-En periodos de estrés no hay ninguna búsqueda de apoyo o si la hay ésta es anómala.

3-Incapacidad o dificultad para imitar.

4-Anomalías en los juegos sociales o su total ausencia.

5-Deficit considerable en la capacidad para hacer amigos.

B- Existencia de un deterioro cualitativo tanto en la comunicación verbal, como en la no verbal, así como en la actividad imaginativa, tal y como se pone de manifiesto por la presencia de alguno de los siguientes artículos:

1-No hay ninguna forma de comunicación, tal y como balbuceo, expresión facial, gesticulación, mímica, o lenguaje hablado.

2-La comunicación no verbal es notablemente anómala en lo que concierne al contacto visual cara a cara, a la expresión facial, a la postura corporal o a la gesticulación necesaria para iniciar o modular la interacción social.

3-Ausencia de cualquier tipo de actividad imaginativa, tal y como la simulación de: papel de adulto, de personajes imaginarios o de animales, o bien falta de interés en las historias imaginadas.

4-Anomalías graves en la generación del habla, incluyendo alteraciones del volumen, del tono, del énfasis, de la frecuencia, del ritmo y de la entonación.

5-Anomalías graves en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo su uso repetitivo y estereotipado, el uso del pronombre "tu" cuando resulta más apropiado utilizar el pronombre "yo", el uso de palabras o frases muy peculiares, así como el uso de observaciones irrelevantes.

6-Un deterioro importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de poseer un lenguaje apropiado.

C- Un repertorio notablemente restringido de actividades e intereses:

1-La presencia de movimientos corporales estereotipados, por ejemplo el golpear rítmicamente con la mano a cualquier superficie, el entrelazar las manos entre sí, contorsionarse o

bailar, el golpearse la cabeza, o el presentar movimientos complejos que afectan a todo el cuerpo.

2-La preocupación excesiva por los detalles o las formas de distintos objetos, así como la vinculación a ciertos objetos muy peculiares.

3-Un malestar importante frente a pequeños cambios del entorno.

4-Una insistencia excesiva en seguir diversas rutinas todas ellas efectuadas con gran precisión.

5-Una restricción notable en el conjunto de intereses y una preocupación excesiva por algún aspecto determinado.

D-Comienzo en la infancia o en la niñez, de todos los síntomas anteriores.

Hasta aquí hemos descrito algunos de los criterios sobre el diagnóstico que nos pueden ser de más utilidad para un cabal conocimiento del autismo, sin embargo como podemos ver, ninguno es lo suficientemente preciso, ni especifica las características exclusivas del síndrome autista, ya que la mayoría de ellos se pueden también aplicar a niños con otros tipos diferentes de trastornos. Además algunos de estos criterios no toman en cuenta la evolución de la sintomatología en función de la edad.

2-4 INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO.

En el punto anterior se estudiarón los criterios para poder realizar un diagnóstico del síndrome autista. sin embargo estos no son suficientes para obtener un diagnóstico confiable. Para Poder diferenciar al niño autista del niño no-autista, es necesario formular el diagnóstico basandose en diferentes disciplinas; esto se debe a que el niño autista normalmente tiene problemas en varias áreas, y a que en algunas ocasiones también encontramos síntomas que pertenecen a otros desordenes mentales en el paciente autista.

Son varios los puntos que se deben de observar, para finalmente llegar a obtener un diagnóstico, que además de ser confiable, también nos sea útil para indicarnos la pauta a seguir para proporcionar un tratamiento adecuado, que vaya en relacion directa con las particularidades y necesidades del paciente. Principalmente, para iniciarlo tenemos que seguir los criterios indispensables para conseguir un diagnóstico autista, a continuación debemos de evaluar al niño desde el punto de vista de las diferentes disciplinas que estan intimamente relacionadas con el trastorno autista, estas son: audiología, pediatria, psiquiatria, psicología, educación

especial, estudio del habla y del lenguaje, y trabajo social (PALUSZNY, 1987). En algunos casos es necesario incluir una evaluación neurológica, para de esa forma descartar la existencia de algún dano organico. También es muy importante que se evalúe al niño estudiándolo directamente, es decir, este debe de observarse al través de una cámara de Gesell, en donde se analizará su comportamiento bajo diferentes situaciones; Además, deben realizarse varias entrevistas con los padres y utilizar los diversos métodos que existen para diferenciar entre niños autistas y no-autistas. Todo esto se hará con el fin de lograr definir con precisión el tipo de patología que tenga el paciente y poder realizar un diagnóstico diferencial, que nos será útil para llegar a obtener un diagnóstico más acertado.

En los últimos años, se han elaborado diferentes instrumentos que sirven para el diagnóstico acertado del autismo, pero es importante señalar que estos instrumentos son tan solo eso, y que no se deben utilizar como la única forma de evaluación, ya que en esa forma el diagnóstico podría estar errado. Estos instrumentos incluyen diversos cuestionarios y escalas clínicas de evaluación, que están basados en los criterios de comportamiento global y en los comportamientos específicos del síndrome autista.

Rutter y Schopler, en 1987, clasifican a los instrumentos de diagnóstico en tres grandes grupos:

1-Instrumentos basados en los cuestionarios llenados por los padres o maestros.

2-Instrumentos basados en distintas observaciones estructuradas del niño.

3-Instrumentos basados en entrevistas estandarizadas con los padres.

Los instrumentos más utilizados en la actualidad son:

La prueba de CARS (Childhood autism rating scale), esta constituida por una serie de 15 escalas de evaluación, que van desde un comportamiento normal hasta un comportamiento típico autista. En esta prueba se obtienen dos tipos diferentes de calificación: una calificación total y una calificación individual para cada una de las escalas. Esta prueba tiene el objetivo de diferenciar a los niños autistas de los no-autistas. Las quince escalas son:

1-Dificultad para establecer relaciones humanas.

2-Imitación.

3-Afecto inapropiado.

4-Movimiento corporal bizarro y persistencia de estereotipos.

5-Peculiaridades en relación a objetos no humanos.

6-Resistencia a cambiar al medio.

7-Peculiaridades de la respuesta visual. Evasión del contacto ojo a ojo durante las interacciones personales. Mide también la inconstancia perceptiva.

8-Peculiaridades de la respuesta auditiva. Los niños autistas evitan los estímulos auditivos o sobrerreaccionan a ciertos

sonidos o ruidos. Esta Área es importante por las implicaciones que tiene en el aprendizaje del lenguaje o en las habilidades comunicativas.

9-Respuestas a un receptor cercano. Implica la preocupación por la exploración táctil con la boca, con la lengua, etc.

10-Reacción de ansiedad. Cuantifica la intensidad de la respuesta aversiva del niño a cualquier tipo de relación.

11-Comunicación verbal. Evalúa el lenguaje autista, que va desde la ecolalia, la reversión pronominal, hasta el lenguaje peculiar utilizado por los niños autistas.

12-Comunicación no verbal.

13-Nivel de actividad. Mide desde la apatía hasta la hiperactividad.

14-Funcionamiento intelectual. Mide las habilidades cognitivas.

15-Impresiones generales. Es el resultado global del grado de autismo observado en el niño, incluyendo todos los juicios cualitativos y cuantitativos de los diversos comportamientos observados y anotados durante la sesión diagnóstica.

Otra prueba es el ASIEP (autism screening instrument for educational planning), en donde su utilidad radica principalmente en buscar una planeación educacional para el autista, es decir, con ella se puede desarrollar el programa educacional más adecuado para cada niño en particular. Esta prueba es una combinación de cinco subpruebas independientes que evalúan: el comportamiento autista de un niño, su comportamiento vocal, sus habilidades de interacción, sus

habilidades educacionales y sus habilidades para aprender una nueva tarea.

El cuestionario Forma E-2 (Diagnostic check list for Behavior disturbed children, Form E-2), es un instrumento en el que su objetivo principal es el de diferenciar a los grupos autistas de los grupos con retardo mental, y a los niños autistas de los niños con rasgos autistas. El cuestionario se les proporciona a los padres para ser llenado por ellos mismos. Este instrumento dará la información relacionada con el desarrollo, medio ambiente y lenguaje utilizado por el niño, además de los datos necesarios para una historia clínica. Los resultados son representados por una única calificación, la cual se compara con estándares de pruebas para niños con autismo tipo Kanner.

Estos son algunos de los instrumentos que normalmente se pueden utilizar para obtener un diagnóstico definitivo, sin embargo como hemos podido observar sus limitaciones son muy notorias, por lo que deben ser aplicados solamente por especialistas en el estudio del autismo.

En México, estos instrumentos son poco utilizados, ya que cada clínica tiene sus propias herramientas como son: la observación clínica, los cuestionarios, entrevistas, cámara de Gesell y observaciones directas. Con esto nos encontramos que existe una discrepancia en el diagnóstico del autismo y una falta de unificación al tratar de definir el síndrome; además los instrumentos, nombrados con anterioridad, utilizados en el resto

del mundo han comprobado su eficacia al tratar de diferenciar al niño autista del niño no autista, por lo que no existe una causa específica en las instituciones mexicanas al no usar este tipo de pruebas. Para un mayor conocimiento de los instrumentos utilizados en México ver el apéndice.

Un diagnóstico diferencial es necesario para mejorar el pronóstico sobre los pacientes autistas, pero no siempre es tan fácil el realizarlo tal y como se le podría suponer; frecuentemente el autismo es confundido con un gran número de patologías parecidas que normalmente ocurren durante la infancia y esto se debe a que sus características psiquiátricas no se encuentran claramente demarcadas, ya que la mayoría de los cuadros clínicos psiquiátricos contienen signos que no son exclusivos de este síndrome, por lo que es común encontrar estos mismos síntomas en varios de los trastornos infantiles.

Es muy importante, a la vez que necesario el hacer un diagnóstico temprano que conduzca a empezar el tratamiento adecuado dirigido a cada paciente en particular, y para lograr esto es importante el conocer exhaustivamente los diferentes síndromes que se diferencian del autismo.

En este capítulo expondremos los trastornos que deben de considerarse diferentes al síndrome autista.

Retardo Mental.

Algunos niños con retraso mental presentan una conducta bastante similar a la de los niños autistas, sin embargo no presentan todos los síntomas que son necesarios para satisfacer los criterios del diagnóstico de autismo.

El retardo mental incluye una gran cantidad de estados diferentes, como son el síndrome de Down, fenilcetonuria, microcefalia, lesión cerebral, etc. "La mayoría de los niños retardados, aunque sean lentos en madurar, no se conducen como los autistas" (WING, 1981).

Es importante hacer notar que una de las principales diferencias entre estas patologías y el autismo es la de que en el niño con retardo mental el retraso en el desarrollo es definitivo, mientras que en el niño autista se presentan variaciones sumamente amplias, además de que el retraso en su desarrollo es parcial, y más que un retraso es en realidad una desviación.

Tanguay, en 1980, realizó un estudio muy amplio acerca de las diferencias existentes entre el autismo y el retardo mental, aquí expondremos a continuación las más importantes (en POLAINO, 1982):

-Es muy frecuente que en el niño autista se observen graves alteraciones en las conductas de interacción entre personas y/o objetos, mientras que es poco común que estas se presenten en el niño con retardo mental.

-En el autismo se observa una gran dificultad para establecer algún contacto afectivo, mientras que en el niño con retardo mental se manifiesta un intento para establecer este contacto afectivo con las personas que le rodean.

-En el niño autista se puede observar una desaparición repentina de la atención perceptiva y de la conducta bizarra, lo cual ocurre muy rara vez en el niño con retardo mental.

-El autismo se caracteriza por una adquisición precoz de las habilidades motoras y de la conducta verbal antes de manifestarse claramente el síndrome, mientras que esto es muy infrecuente en el retardo mental.

-En la mayoría de los casos de retardo mental los factores etiológicos son demostrables, mientras que en el autismo estos son difíciles de demostrar.

Impedimentos auditivos.

Los niños con impedimentos auditivos de tipo congénito o que fuerón adquiridos a una temprana edad, presentan severos problemas, al tratar de adquirir el habla y pueden observarseles un buen número de conductas anormales y un retraimiento de la sociedad; además en ocasiones también se les observan conductas repetitivas; pero a diferencia del niño autista, el niño con impedimento auditivo usa espontáneamente el lenguaje no-verbal conformado por: los gestos, la mímica y el hecho de tocar físicamente a quien le rodea, así mismo el niño con impedimento auditivo se diferencia del autista por sus

intereses y sus juegos que se asemejan a los de los niños normales, además de que todas sus deficiencias tienden a mejorar rápidamente cuando se les proporciona la ayuda necesaria o bien al enseñarles diferentes métodos de comunicación.

Impedimento visual.

Es importante hacer un diagnóstico temprano para diferenciar entre el autismo y el niño con impedimento visual, pues en la primera infancia sus signos son bastante semejantes. Por lo anterior el diagnóstico dependerá de la observación detallada de los patrones que se dan en cada uno de los trastornos.

Las características de los niños con algún impedimento visual muestran una tendencia a entrelazar y a hacer girar sus manos colocándolas cerca de sus ojos; además pueden pasar innumerables horas fascinados con las luces brillantes; así mismo exploran los objetos utilizando sus otros sentidos, y sus expresiones faciales usualmente difieren de la de los normales; todos estos síntomas pueden sugerir que el niño en cuestión sea un autista, sin embargo, es importante observar que en estos niños con un impedimento visual ni su conducta social, ni su área del lenguaje, ni su imaginación se encuentran alteradas.

Desordenes en el desarrollo del lenguaje.

Quando un niño cuya edad se encuentra entre uno y tres años tiene algunos problemas en el lenguaje se le diagnostica un retraso en esta área.

Principalmente estos desordenes afectan al lenguaje receptivo, al lenguaje expresivo y/o a la articulación del mismo, y en algunas personas se pueden presentar simultáneamente estas tres características. Además normalmente se presentan síntomas de angustia junto con una conducta social que suele ser inmadura, sin embargo, a diferencia de la persona autista, este tipo de niño tratará de comunicarse de diversas maneras y hará un gran esfuerzo para interactuar con los demás; generalmente podrá expresar algunas palabras; además de jugar; no suele rechazar el contacto físico y el contacto que establece con los objetos es completamente normal; si eventualmente llegará a existir una cierta reacción autista, esta permanecerá muy limitada y desaparecerá cuando se le diera ayuda al niño.

Dentro de los problemas del lenguaje tenemos a la afasia congénita, la cual es un trastorno que tiene síntomas semejantes a los del autismo: tales como la dificultad en comprender las palabras, y por lo tanto para aprender a hablar; también se tiende a ignorar los sonidos y a ser socialmente retraído. Sin embargo, su conducta difiere principalmente de la de los niños autistas, en que los niños afásicos además usan los ojos como una ayuda para comprender al mundo y en que logran una buena comunicación usando formas no verbales.

Otro de los problemas que también encontramos en el área del lenguaje es el del mutismo selectivo, en donde generalmente los niños con este problema desarrollan un lenguaje el cual usan en algunos ambientes, mientras que en otros prefieren no comunicarse en absoluto. Un ejemplo de esto, se presenta cuando el niño habla con bastante fluidez en casa y sin embargo no lo hace así en otros lugares; además estos niños desarrollan una comunicación por medio de gestos. Estos niños padecen muchos problemas con el lenguaje y algunas de sus conductas llegan a ser anormales, pero durante su desarrollo, ni en sus patrones de comportamiento demuestran características autistas.

En muchos niños autistas, se observa una mejoría en su lenguaje cuando se encuentran en un ambiente familiar y un deterioro cuando la situación les es extraña, pero este hecho no constituye la característica principal de estos niños, si no que están sólo un signo más dentro de su muy amplio cuadro clínico.

Desordenes obsesivos.

Dentro de los fenómenos que normalmente se observan en los desordenes obsesivos, se incluyen: el impulso a contar y a manipular objetos o a realizar operaciones matemáticas, el realizar una actividad repetidamente y el evitar situaciones particulares que les provoquen miedo: estas características también son observadas en el autista, sin embargo, en la

enfermedad obsesiva clásica, las personas se mantienen en conflicto en contra de estas compulsiones, lo que no sucede en el caso del autismo.

Deprivación psicosocial.

Los niños que han sido privados durante los primeros años de su vida, de una interacción social suficiente, por lo tanto de una oportunidad para ser estimulados y en esa forma lograr un correcto desarrollo, empiezan a manifestar desde sus primeros años un retraimiento, y un retraso en el desarrollo del lenguaje y además pueden presentar algunos movimientos estereotipados. Si la privación es intensa y prolongada puede llegarse a dar un severo retardo en su desarrollo, aún cuando el niño tenga una capacidad cognositiva normal. A diferencia de lo que sucede con el autismo, el pronóstico en el caso del niño con deprivación psicosocial casi siempre es favorable una vez que se ha comenzado con un programa que incluya un medio ambiente mejorado.

Es posible que un niño autista haya padecido las desventajas que acarrear una privación psicosocial, sin embargo aún no se ha encontrado ningún caso en donde esta privación social sea la causa del autismo.

Disfunción cerebral mínima.

En algunos casos de autismo, se puede observar que hay evidencia de una lesión neurológica, sin embargo, no por este solo motivo deberíamos de incluirlo en el síndrome de disfunción cerebral mínima.

Las características que manifiestan los niños con lesión cerebral mínima, son muy semejantes en algunos aspectos, a las que presentan los niños autistas, pero no por ese hecho deben de confundirse los síndromes entre sí. En el niño con lesión cerebral mínima se observa que la capacidad para establecer relaciones afectivas y que el desarrollo del lenguaje no manifiesta las anomalías con que se presentan en el autismo. Una de las características que hacen más confusos estos cuadros, es la hiperactividad, existente en ambos así aunque muchos niños autistas sean excesivamente activos y su concentración hacia alguna actividad sea realmente mínima, no se puede pensar en la hiperactividad como el único síntoma para diagnosticar alguno de los dos trastornos. Aunque la hiperactividad puede ocurrir en combinación con el autismo, esto sucede en raras ocasiones: para identificar si un niño autista es a la vez hiperactivo, se hace necesario el realizar una observación cuidadosa de las diversas conductas que se presenten, y sobretodo debe siempre observarse el comportamiento en su totalidad y de ahí concluir el tipo de patología que tenga el niño.

Esquizofrenia.

La relación entre el autismo y la esquizofrenia ha sido objeto de prolongadas controversias.

Algunos investigadores tales como Bender y Despert proponen como una hipótesis de sus teorías el que el autismo es la etapa primaria de una esquizofrenia que se va a desarrollar como tal durante la vida adulta. Pero algunas investigaciones más recientes tal y como la de Kolvin en 1971, han demostrado que el síndrome autista en el adulto puede diferenciarse de la esquizofrenia, aún cuando esta haya comenzado en etapas más tempranas del desarrollo; así mismo concluye que en las familias de las personas con autismo no se les ha encontrado un porcentaje significativo de prevalencia de esquizofrenia.

Rutter, en 1972 (RUTTER, 1972), propone tomar en cuenta tres criterios para diferenciar la esquizofrenia infantil del autismo infantil, estos recientes son:

- 1-Realizar estudios sobre los antecedentes familiares, los cuales se encuentran presentes en el caso de la esquizofrenia y ausentes en el del autismo.
- 2-Considerar la edad de comienzo tanto de uno como del otro proceso.
- 3-Investigar la sintomatología específica de cada uno de los procesos.
- 4-Analizar el curso y la evolución de ambas enfermedades.

También encontramos otras características que diferencian a estas patologías entre sí. Una de ellas es la ausencia de la motivación en el esquizofrénico, mientras que en el niño autista solo estará ausente cuando se le pide que ejecute alguna tarea que no tenga ningún significado para él; sin embargo sí demuestran una gran rapidez y determinación cuando alguna situación le interesa en especial. En el autismo se observa un impedimento social que caracteriza a este síndrome, a diferencia de la retirada social que presenta el esquizofrénico. En cuanto a la ausencia de la comunicación no verbal y a la aparición de sus repentinas risas y llantos los que se deben a que tienen un significado especial que los niños autistas perciben en su entorno, estos hechos debe de diferenciarse claramente del aplanamiento afectivo, en donde el esquizofrénico mantiene sus distintas emociones siempre en un mismo nivel.

Wing en 1978 (1978), anunció no haber encontrado ningún caso en donde originalmente se presentará un niño con autismo infantil y que tiempo después se desarrollara en él una esquizofrenia en la vida adulta; por lo tanto propone como hipótesis la neta relación existente entre el autismo y la esquizofrenia. Sin embargo aclara, que en ambos trastornos se llegara afectar tanto la interacción social, como la comunicación verbal y la no verbal, así como las actividades simbólicas e imaginativas y que posiblemente ambos trastornos tengan algún aspecto similar en cuanto a su etiología orgánica. Wing concluye que a pesar de la similitud de las características

antes mencionadas, tanto los detalles de las historias como los cuadros clínicos de estas dos condiciones difieren considerablemente y que, por lo tanto se debe de otorgar una clasificación diferente a cada una de ellas, ya que sus diferentes signos se encuentran bien definidos.

2-6 EL AUTISMO ASOCIADO CON OTRAS ENFERMEDADES.

El síndrome autista no significa más que un conjunto de síntomas definidos en función de la conducta y es por tanto, muy factible diagnosticar cualquier tipo de trastorno del desarrollo, psiquiátrico y/o neurológico en conexión con el autismo. Para que el diagnóstico sea el acertado debe de tomarse en cuenta el que una persona puede tener simultaneamente una o más patologías que afecten su comportamiento y que cada una de estas deben ser tratadas tomando en cuenta a la otra enfermedad.

Existe una extraordinaria interrelación entre el autismo, el retardo mental, la parálisis cerebral y la epilepsia tal y como ha sido demostrada por Jacobson y Janick en 1983, (COHEN, 1987). Sus resultados fueron los siguientes: el 73% de los niños que participaron en el experimento tenía un solo impedimento, el otro 23% tenía dos, el 4% tenía 3, y menos del 1% tenía los cuatro padecimientos antes mencionados. El autismo era el único problema que padecían el 35% de los sujetos. Dentro del grupo autista el 63% tenía además retardo mental, el 11% sufría epilepsia y el 3% tenía un diagnóstico de parálisis cerebral. El nivel de retardo mental que

presentaban los niños autista era ligero en un 10%, moderado en un 30%, severo en un 40% y profundo en un 20%.

A continuación veremos dos de los trastornos, que guardan mayor relación con el síndrome autista.

Retardo mental.

El autismo puede o no estar acompañado por un retardo cognitivo y/o un retardo en el lenguaje y en las habilidades motoras. En la actualidad se sabe con certeza que el 75% de los niños autistas son retrasados mentales, y que este retardo se produce debido al grave aislamiento social en que vive y por los graves déficits cognitivos, especialmente en lo relativo a las áreas del lenguaje comprensivo y al razonamiento abstracto.

"Los niños autistas con un grave retraso mental (con un coeficiente intelectual menor de 50, y que constituyen aproximadamente la mitad de este grupo) se comportan de manera diferente a como lo hacen los niños con un leve retraso mental o los niños autistas con una inteligencia normal. El pronóstico varía con el coeficiente de inteligencia y con el nivel de desarrollo del lenguaje hablado. La habilidad habla-lenguaje, está estrechamente correlacionada con el nivel del coeficiente de inteligencia. Existen menos probabilidades de que los niños con un grave retraso mental puedan llegar a hablar; por otro lado los niños autistas más inteligentes tienen más

posibilidades de mostrar una amplia gama de rutinas repetitivas y elaboradas y de mostrar áreas de dones especializados en ciertos aspectos." (COLEMAN, 1989)

Epilepsia.

Existe un acuerdo generalizado acerca de que el niño autista tiene una gran incidencia de electroencefalogramas anormales junto con un alto riesgo en algún problema involucrado con ataques epilépticos en comparación con la población normal de edades semejantes.

En 1969, Creak y Papiglione (CREAK, 1969), reportaron que 29 de 35 niños autistas examinados, el 83% tuvieron un electroencefalograma anormal. Otro dato que se obtuvo en esa prueba fue que no se apreció una gran uniformidad en el tipo de distribución de la severidad de las anomalías. Estos sujetos fueron previamente seleccionados bajo la condición de que no tuvieran una evidencia obvia de alguna lesión cerebral o de un retardo mental primario. De este grupo, el 20% tenía ataques y sus electroencefalogramas no estaban afectados.

La incidencia de ataques epilépticos fue reportado por Jacobson y Janicker en 1983 (en COHEN, 1987); estos autores indicaron que la incidencia en la población autista varía desde un 11% hasta un 42%, encontrándose una gran incidencia de ataques que aparecen en el primer año de vida, y un alto incremento de ataques que se presenta en la

adolescencia. Rutter y Bartak en 1971 (en COHEN, 1987), estudiaron a un grupo de 64 niños autistas, que poseían como característica principal la ausencia total de ataques; de este grupo el 29% desarrolló ataques durante su adolescencia. Además se observó que el coeficiente intelectual era un factor importante para el pronóstico preciso. De nueve niños a los que no se les pudieron aplicar el test respectivo, debido a su bajo coeficiente intelectual, siete desarrollaron posteriormente ataques epilépticos; en cambio sólo dos de dieciocho niños con un coeficiente intelectual mayor de sesenta y cinco llegaron a tener ataques; y de un grupo de veinte individuos con un coeficiente intelectual menor de cincuenta, dos tuvieron ataques desde el inicio de sus vidas y quince desarrollaron ataques en su adolescencia.

Deykin y Macmahon en 1979 (DEYKIN, 1979), estudiaron la incidencia de los ataques correlacionándola con la edad específica dentro de un grupo de 132 niños autistas; también se estudió a otro grupo formado por cincuenta y un elementos que parcialmente poseían el síndrome del autismo. El riesgo acumulativo para desarrollar ataques epilépticos a la edad de diecinueve años fue del 23% en el grupo autista y del 12.5% en el otro grupo. Los autores también señalaron que el riesgo se habrá incrementado en la adolescencia, de la población en general utilizada en este estudio.

Gerald S. Golden (en COHEN, 1987) afirma que a pesar de los problemas que se tienen al tratar de definir cada caso

en particular y de la interpretación de el correcto significado de las anormalidades que aparecen en el electroencefalograma, esta totalmente claro que los niños autistas corren un gran riesgo de ver incrementado la incidencia de ataques epilépticos. Esto es importante al tratar de obtener las bases conceptuales del autismo desde un punto de vista psicodinámico y orgánico, además de que es importante el señalar que no se ha encontrado el a la fecha la razón de que existe un alto incremento de ataques durante la adolescencia de quienes padecen de autismo.

El tratamiento del niño autista debe basarse en los síntomas específicos que muestre cada caso, y debe estar diseñado para cada paciente en particular.

Existe una gran variedad de tratamientos, sin embargo no todos son igualmente eficaces ni todos son adecuados para cada caso; por lo tanto, si se va a usar más de un tratamiento a la vez es necesario que estos se encuentren coordinados para obtener una metodología sólida en el tratamiento del niño. Los mejores resultados se han obtenido de la combinación de una terapéutica médica específica junto con un plan educativo específico.

En la actualidad, los tipos de terapia que se emplean se enfocan ya sea sobre los síntomas específicos o bien hacia la modificación de la conducta, y la terapia empleada es el resultado directo de la postura teórica del terapeuta respecto a la causa del autismo. Esto mismo ocurre en nuestro país, en donde el tratamiento que se le otorga a las personas autistas depende de la escuela particular que cada institución siga; pero en la mayoría de los casos el tratamiento está basado en técnicas

de la modificación de la conducta en conjunto con otro tipo de terapias (ver apéndice).

Existe una gran controversia entre los diversos métodos terapéuticos, y esto se debe principalmente a que la etiología del síndrome no ha sido definida todavía, sin embargo no debería esperarse a que se llegue a un acuerdo sobre este punto, pues solo se conseguiría retrasar la obtención de los adelantos ya logrados en el tratamiento de la sintomatología del autismo; por lo tanto se deberán tratar los síntomas mientras se sigue buscando la causa que origina dicho trastorno.

De acuerdo con lo visto en el capítulo anterior el diagnóstico debería ser realizado por un equipo multidisciplinario, y esto traerá como consecuencia que el tratamiento del niño también deberá basarse en este mismo equipo, es decir para que se observen mejoras en el niño autista, es necesario que este sea tratado aplicandosele diversos puntos de vista tales como pueden ser: el que otorga una educación especial, el neurológico, el pedagógico, el médico, el psicológico y el de los propios padres.

Uno de los objetivos a lograrse en el tratamiento de los pacientes autistas es el de mejorar las circunstancias de cada uno de ellos en particular, por lo que es necesario que se trabaje simultáneamente sobre todas las áreas tales como: el desarrollo del lenguaje, las habilidades sociales, el autocuidado, el desarrollo académico, y las conductas socialmente inaceptables

lo que incluye a su vez: la disminución de la agresión, de la hiperactividad, del retraimiento, de los actos repetitivos y estereotipados y de la autoestimulación.

El objetivo del tratamiento puede ser dividido en dos grandes categorías:

- 1-La primera es la de ayudar al paciente autista fundamentalmente en las áreas que manifiestan un retraso en su desarrollo, y esto incluye las alteraciones en el funcionamiento del lenguaje, su adaptación social y autocuidados.
- 2-La segunda es la de conseguir un decremento de las conductas que interfieren o que son incompatibles con el aprendizaje o con el funcionamiento individual del niño autista; estas son las conductas estereotipadas, el retraimiento social, la hiperactividad y la agresividad.

Ningún tratamiento por sí solo logrará estos objetivos, por lo que para mejorar la conducta del niño autista será necesario someterlo a un conjunto de terapias que estén altamente estructuradas entre sí y que incluyan además una educación especial. Solo así podrá lograrse el éxito al través del tratamiento. Sin embargo una educación especial en donde intervengan diferentes terapias puede llegar a ser muy costosa, además de que para lograr un avance significativo, se necesitaría contar con gente especializada cada una de ellas en diferentes áreas, lo que subiría el costo del tratamiento.

En México contamos solo con ayuda profesional especializada en la capital del país; ya que en provincia es muy poca la difusión que se tiene sobre este tema y los niños que padecen de Autismo generalmente son abandonados, maltratados y/o diagnosticados como niños con retardo mental. En la ciudad de México existen hospitales que pertenecen al gobierno, en donde se tratan a los niños autistas, uno de los más importantes es el Hospital Psiquiátrico Infantil, Juan N. Navarro; en esta institución el tratamiento terapéutico es gratuito a todo tipo de niños, las consultas son externas, aunque cabe la posibilidad de internar al paciente por un par de días.

En cuanto a las clínicas privadas encontramos que existen principalmente cuatro, las que se encargan del problema del autismo en México, estas son: La Comunidad Cedi (CCEDI), La Clínica Katz (CK), La SOMAC y el Centro Domus (CD); pero solo las dos últimas son exclusivas para niños autistas. En las cuatro instituciones antes nombradas, el tratamiento es costoso y las consultas son externas.

Por último queremos hacer notar que en México no existe ninguna casa hogar para este tipo de pacientes, por lo que en general son abandonados ya sea en instituciones para desórdenes mentales o en hospitales que pertenecen al gobierno, otro porcentaje menor vive en su casa bajo una supervisión continua y un tratamiento vago, otro tanto de niños autistas son llevados durante el día a las clínicas privadas (nombradas con anterioridad) en donde reciban terapias y por último tenemos

un pequeño porcentaje que son internados en instituciones privadas en otros países (principalmente Estados Unidos) debido a que sus familias tienen los recursos económicos necesarios.

3-1. TECNICAS CONDUCTUALES.

El enfoque terapéutico principalmente empleado con los individuos autistas se centra en la modificación de la conducta, basada en la teoría del aprendizaje. Esto sucede en México así como en el resto del mundo.

El modelo conductual considera que el retraso en el desarrollo del niño se debe a una deficiencia en el medio ambiente. Este modelo está construido sobre los principios del condicionamiento operante, en donde se enfatiza el uso de una restringida secuencia de conductas y una estrategia altamente estructurada para la instrucción; esto permitirá al paciente entender mejor su entorno, lo que repercutirá positivamente en sus conductas adaptativas y sociales. En este tipo de tratamiento, encontramos que el objetivo principal que pertenecen al gobierno, se dirige a un aprendizaje del lenguaje y a aprender una variedad de conductas que permitan la plena adaptación del niño.

Las terapias conductuales deben desarrollarse y ser planeadas para reducir el número de estímulos irrelevantes, logrando así que el niño autista pueda concentrarse exclusivamente en la actividad que se está realizando. Las

instrucciones que se le indiquen al niño deben ser sencillas, claras y precisas, para que esté pueda realizar su correcta ejecución, lo que a su vez traerá como consecuencia una alta probabilidad de que la tarea sea aprendida rápidamente.

Debido al marcado déficit social que se manifiesta en las personas autistas, no es de sorprenderse que los programas de rehabilitación estén enfocados hacia las conductas sociales; está plenamente comprobado que el niño autista puede aprender conductas sociales y habilidades para relacionarse más adecuadamente con su entorno, al través de las técnicas de modificación de la conducta. Infortunadamente la mayoría de los estudios respecto a una interacción conductual se enfocan solamente hacia una o dos conductas específicas, por lo que es muy importante tratar de generalizar los programas de entrenamiento.

Lo primero que se debe hacer en este tipo de tratamiento, es el realizar una amplia evaluación de las habilidades cognitivas, sociales y motoras del niño; esto nos dará la pauta para definir la meta a conseguir. A continuación se aislará alguna tarea en la que se observe que hay diversas deficiencias, y una vez hecho esto, esta tarea será descompuesta en una sucesión de pasos a seguirse, formando una serie de conductas que tendrán como fin último la habilidad que se quiera adquirir. Para que el niño autista aprenda estas conductas deben retroalimentarse, de tal manera que cada paso tenga como consecuencia el producir un

reforzamiento para el niño, con esto se logrará incrementar de la probabilidad de que la conducta deseada haya quedado efectivamente integrada. Por otro lado también se debe procurar que cuando exista una respuesta incorrecta está debe ser proseguida por un ligero aversivo que conduzca a la extinción de la conducta no deseada. Estos aversivos también se utilizan como un método para modificar una conducta en particular; estos castigos pueden variar desde un grito, o un golpe leve sobre las manos, o un jalón de cabellos, o la privación de alimentos, hasta la aplicación de electrochoques. Sin embargo cuanto más aversivo sea un estímulo, más precaución deberá tenerse, por lo que solo deberán usarse si es que existen conductas sumamente agresivas hacia los demás o contra sí mismos, y/o conductas de automutilación.

En este método de terapia se deben de seguir varios pasos (PALUSZNY, 1987):

- a) El terapeuta de la conducta debe definir primero los síntomas que se van a modificar, ya sean estos una conducta que deba eliminarse o bien una conducta que deba incluirse.
- b) Se deberá identificar las pistas o los estímulos que producen esa conducta.
- c) Diseñar un plan de terapia adecuado.
- d) Mediante diversos reforzamientos positivos y/o negativos, sujetos a un plan previo, el terapeuta deberá hacer que las respuestas del niño se dirijan siempre hacia la conducta deseada.

Los principales programas, los cuales nunca deben olvidar el perfil evolutivo específico para cada niño, y que abarque las diferentes áreas de su desarrollo, deberán incluir diversas actividades que cubran las siguientes áreas (POLAINO, 1982):

- 1-Imitación.
- 2-Control motórico.
- 3-Motricidad fina.
- 4-Coordinación visomanual.
- 5-Funcionamiento cognitivo.
- 6-Lenguaje receptivo.
- 7-Lenguaje expresivo.
- 8-Conductas de autocuidado.
- 9-Hábitos sociales.

Existen muchos programas relacionados con este tipo de tratamiento. Entre ellos tenemos el trabajo realizado por Lovaas, en 1977 (LOVAAS, 1984), este programa es uno de los más completos para la enseñanza del lenguaje en los niños autistas. Su diseño abarca varias áreas: comenzando con los principios básicos de la teoría del aprendizaje y del lenguaje, tales como el construir las primeras palabras y la construcción de términos abstractos, para finalmente enseñar al niño como elaborar un lenguaje social y espontáneo. El entrenamiento de las conductas verbales básicas, se fundamenta en la adquisición discriminativa, mediante reforzadores de los tipos positivos y/o negativos, de diversas situaciones de imitación verbal y al través de aproximaciones sucesivas. Para

la aplicación de las tareas más complejas del programa se emplean, las diferentes técnicas de la modificación de la conducta, como pueden ser el modelamiento, las técnicas de aproximación, el tiempo fuera, la sobrecorrección, entre otras muchas técnicas; además se deben seguir utilizando los reforzadores ya sean positivos y/o negativos, y del tipo primario (como un ejemplo, la comida), y/o secundarios (sociales), o bien, como otra alternativa se encuentran los aversivos (un "NO"). Para Lovaas es de primordial importancia el que el niño autista tenga un entrenamiento del lenguaje, pues "si el niño aprendiera a hablar, emergería, de algún modo, un concepto de sí mismo, y se definiría más como persona y tendría un mayor autocontrol". Describe además, que los programas de reforzamiento deben dirigirse principalmente a tres tipos de conductas:

- 1-Conductas autoestimulatorias.
- 2-Conductas agresivas.
- 3-Enseñanzas de conductas apropiadas.

Muchos investigadores entre ellos Ferster, Demeyer y Lovaas, así como otros muchos, han realizado diversos estudios, en donde ha quedado comprobado que las características conductuales del autismo están determinadas por algunos aspectos ambientales específicos y que pueden ser desarrolladas o en su caso eliminadas, si es que se proporciona la estimulación ambiental requerida.

Como podemos notar, existe una alta probabilidad de que el niño autista aprenda por diferentes métodos de modificación de la conducta, pero es necesario comenzar con esta educación desde antes del año y medio de edad, para obtener de esa forma resultados favorables, de lo contrario los avances no llegarán a obtener el éxito deseado.

Por otro lado en este tipo de tratamientos, también encontraremos algunas desventajas, principalmente podemos encontrar a tres de ellas:

1-Usualmente el niño autista no logra generalizar la conducta aprendida, es decir que, si un niño aprende una tarea específica en un determinado ambiente, será muy difícil que logre realizar la misma tarea con el mismo éxito en alguna otra situación.

2- Apesar del éxito que representa el hecho de adquirir una determinada conducta, sucede que en el niño autista esto se ve opacado, por la falta de espontaneidad, circunstancia que se enfatizará debido a las técnicas utilizadas, ya que generalmente el niño solo llevará al cabo las conductas correctas aprendidas bajo ciertas instrucciones específicas y en muy raras ocasiones intentará utilizarlas para integrarlas en otros comportamientos.

3-Los reforzadores y los aversivos; al ser utilizados continuamente, con el tiempo dejan de ofrecer los mismos efectos positivos que se representaban al comienzo del entrenamiento.

Así mismo esta técnica ha sido muy criticada, debido a que en este método la meta se constituye en la única finalidad del programa sin importar, cuales hayan sido los instrumentos utilizados, sin tomar en cuenta el número de horas que se vió forzado el niño ha trabajar para lograr completar alguna tarea, y además sin tomar en cuenta los distintos sentimientos y motivaciones del sujeto, y sin tan siquiera dejar que el mismo sujeto exprese su cansancio o sus alegrías, o manifieste algún otro tipo de conducta que interfiera de alguna forma con el entrenamiento. En ocasiones se llega al extremo de considerar al niño como un simple objeto, o como a un animal en entrenamiento, considerandolo fuera de todo marco de referencia humana. A todo lo anterior también habría que considerar el costo que llega alcanzar el obtener estos resultados.

3-2. LOS PADRES COMO TERAPEUTAS.

Ninguna terapia tendría éxito si los padres del niño no colaboraran para lograr esto. La interacción padres-hijos es necesaria para cualquier niño, y por lo tanto lo será mucho más para un niño autista; ya que este necesita de todo el amor y la comprensión de sus padres, además de la dedicación y educación que ellos puedan proporcionarle.

En los últimos años se ha comprobado que los padres de niños autistas que han sido entrenados en el tratamiento de sus hijos autistas, consiguen más logros que aquellos que no han llevado ningún tipo de enseñanza. Los entrenamientos para los padres de niños autistas se basan en diversas terapias de modificación de la conducta, sin olvidar que cada caso en particular tendrá sus diferencias y sus similitudes con los demás. Las técnicas de la modificación de la conducta ayudan a disminuir las conductas inapropiadas e impulsan el desarrollo de las habilidades, (estas técnicas han sido explicadas con más detalles en el punto 3-1).

Lovaas en 1973 (en POLAINO, 1982), llevó al cabo un estudio de seguimiento realizado a largo plazo y comprobó, que a pesar de los cambios obtenidos durante el tratamiento del niño autista,

estos no se generalizaban a otras situaciones extraterapéuticas o que se extinguían inmediatamente después de concluir la terapia, excepto en aquellos casos en que los niños seguían recibiendo tratamiento por parte de sus padres, que habían sido previamente entrenados.

Schreibman y Koegel en 1975 (en POLAINO, 1982), después de entrenar a un grupo de 26 padres de niños autistas, para la modificación de una conducta específica; desarrollo un programa de entrenamiento, sintetizando cinco procedimientos generales, que podían aplicarse a cualesquiera de las situaciones de aprendizaje:

- 1- Identificación de la conducta problema.
- 2- Dar las instrucciones apropiadas.
- 3- Modelar de las respuestas correctas.
- 4- Es importante la descomposición secuencial de la tarea en pequeños pasos y el encadenamiento progresivo de los mismos.
- 5- Es necesaria una presentación de las consecuencias afectivas.

La posibilidad de entrenar a los padres como terapeutas de sus propios hijos fué indicada por primera vez por Risley, en 1968 (POLAINO, 1982), quien demostró como fué que la madre de un niño autista, que había sido entrenada para aplicar determinadas técnicas de modificación de la conducta, había logrado suprimir las conductas perturbadoras de su hijo.

Otra de las ventajas que otorga el que los padres de niños autistas sean entrenados para terapeutas, es la de que

los padre se den cuenta personalmente de los avances logrados por su hijo, por medio de sus propias experiencias, al mismo tiempo que podran darse cuenta de lo dificil que es trabajar con ninos que tienen un impedimento tan severo como el que tienen los autistas. Además de lo anterior, se obtiene el que los logros de la terapéuta sean más sólidos mientras exista una relación estrecha entre lo que pasa en la terapia y lo que pasa en la casa, ya que de esa forma el nino tendrá oportunidad de reafirmar sus conocimientos. Por lo tanto cabe hacer notar que es de suma importancia el que los padres esten plenamente identificados con el programa que lleva su hijo y principalmente que esten totalmente de acuerdo a la vez que convencidos sobre el plan de tratamiento.

Este tipo de tratamiento ha tenido buena acetación en las clínicas privadas de nuestro país; por lo que los padres de ninos autistas juegan un papel activo en el tratamiento de sus hijos.

La terapia de fármacos se considera normalmente como un auxiliar de otro tipo de terapias, y no una terapia en sí misma. Este tipo de tratamiento solo debe seguirse bajo una estricta intervención médica, y siempre y cuando haya una supervisión por parte de los padres, que comprenda todo el día y de esa manera se puedan prevenir los efectos secundarios de los medicamentos.

El tratamiento médico ideal para los pacientes autistas, sería aquel que como un primer paso valorara específicamente cada caso en particular y en donde se investigara fundamentalmente si es que existe una etiología específica del síndrome autista, ya que en el caso de obtenerse un diagnóstico confiable, este serviría como una base sólida para el tratamiento farmacológico. Aunque también cabe la posibilidad de que aún en el caso de no encontrarse una etiología específica, se pueda medicar al paciente autista, con el fin de disminuir algunos de sus síntomas.

La farmacoterapia puede ser una importante y esencial técnica de tratamiento, sin olvidar que en cada uno de los casos será diferente, dependiendo de cada paciente en particular. Los

diversos efectos positivos que origina la psicofarmacología en relación al autismo se pueden observar claramente en las diferentes conductas que estos niños presentan, ya que en general tienden a mejorar su comportamiento, sobretodo cuando existe en combinación con una educación especial que impulse el rápido aprendizaje.

El uso de fármacos para el tratamiento del autismo ha tenido un gran auge en la última década, pues es entonces cuando a la etiología del autismo se le supone una base orgánica y por lo tanto se intenta buscar la curación respectiva por medio de distintos medicamentos. Cabe aclarar que aunque no se ha encontrado todavía ningún medicamento que por sí solo sea efectivo o que cure totalmente al autismo, sí han sido de una gran ayuda al mejorar la vida del autista, pues su comportamiento se corrije notablemente.

En el hospital Psiquiátrico Infantil, Juan N. Navarro en ocasiones se medica a los pacientes autistas que padecen fuertes crisis convulsivas o de agresión. En la mayoría de las clínicas privadas se cuenta con el apoyo de un neurólogo que es el encargado de medicar a los pacientes autistas, cuando estos lo requieran, pues no debemos olvidar que los fármacos no en todas las situaciones son útiles, ni en todos los casos.

A continuación mencionaremos a dos de los medicamentos que son de los más frecuentemente utilizados en el tratamiento del autismo.

HALOPERIDOL.

Existe un gran número de investigaciones relacionados con el uso de haloperidol en pacientes autistas y en donde los resultados obtenidos han sido favorables. El haloperidol tiene como función principal la de actuar sobre los neurotransmisores, en particular al tratar de bloquear a la dopamina.

Una de las investigaciones más importantes que se han realizado al respecto, es la de Campbell y colaboradores en 1978 (CAMPBELL, 1978); en este estudio se valoró a un grupo de cuarenta niños autistas, cuyo rango de edad variaba desde los tres hasta los siete años de edad; ninguno presentaba una causa específica del padecimiento autista y todos cubrían los criterios imprescindibles para ser diagnosticados como tales.

Los signos más comunes en la esta población, eran los siguientes: un retraimiento social surgido desde la infancia, desarrollo desviado, apatía y/o irritabilidad, presencia de actos estereotipados, de alteraciones en el lenguaje, de hiperactividad y de respuestas anómalas a los estímulos sensoriales.

El objetivo era el de valorar la potencialidad terapéutica del haloperidol, observando sus efectos sobre el lenguaje y las conductas antes mencionadas. La investigación fue diseñada a partir de un estudio doble ciego y con

control de placebo, además, cada niño fue medicado específicamente con una dosis particular durante dos semanas.

Al terminar el estudio, los autores concluyeron que el haloperidol era superior al placebo, en cuanto a reducir los síntomas del retraimiento social y a disminuir los actos estereotipados; también observaron que el haloperidol proporcionaba una ayuda al niño autista en relación a su lenguaje, aunque una mejoría notoria solo se observaba en aquellos casos en que el medicamento se combinaba con un tratamiento basado en técnicas conductistas.

La misma autora Campbell y sus colaboradores, en 1982 (CAMPBELL, 1984), realizaron otro estudio para confirmar los resultados obtenidos de la investigación antes mencionada. En esta segunda investigación los resultados indicaron que cuando el niño autista recibía el haloperidol, se observaba una mejoría significativa en su comportamiento, principalmente en el área cognocitiva, pues sus periodos de atención se volvían más largos.

El haloperidol es un medicamento antidopamínico, que actúa en contra del exceso de dopamina, lo que a su vez tiene como efecto el que algunas de las funciones afectadas se normalicen; Dentro de algunas de estas conductas se encuentran, la hiperactividad, la agresividad y los actos estereotipados.

En cuanto a los efectos negativos a corto plazo del haloperidol, estos solamente eran observados cuando la dosis proporcionada era excesiva; el efecto que más comúnmente se

presentaba era el de la hipoactividad, sin embargo posteriormente se ha comprobado que este efecto desaparece cuando la dosis suministrada es la correcta. En relación a los efectos a largo plazo, no se ha podido todavía llegar a un acuerdo sobre los perjuicios totales, aunque sí se ha concluido que pueden ser irreversibles y negativos para el niño autista.

FENFLURAMINA.

La fenfluramina es un fármaco que actúa sobre un importante neurotransmisor del sistema nervioso central, disminuyendo así el nivel de concentración de la serotonina.

En 1982, Geller y sus colaboradores (GELLER, 1982), realizaron un estudio sobre los efectos de la fenfluramina en tres niños que padecían un alto nivel de serotonina y que además habían sido diagnosticados como autistas. El rango de la edad de estos niños era de tres a cinco años.

Los resultados obtenidos fueron bastante satisfactorios, pues se pudo observar la aparición de una mejoría en el comportamiento general, además de que el desempeño en los test de inteligencia se incrementó, por lo que se concluyó que el coeficiente intelectual de los niños se había aumentado considerablemente. También se reportó que los efectos de la fenfluramina se mantuvieron durante las siguientes seis semanas, aún después de haber sido suspendido el medicamento.

Ritvo y sus colaboradores en 1983 (RITVO, 1983), en su investigación sobre los efectos de la fenfluramina, reportaron que de los catorce pacientes que participaron en el estudio, la mayoría había mejorado su comportamiento después de cuatro meses de tratamiento, independientemente del nivel de serotonina que reportaran. Algunas de las conductas que mejoraron apreciablemente con el medicamento fueron las siguientes: se observó un mejor contacto visual con el niño autista, sus relaciones sociales mejoraron, se incrementó su lenguaje espontáneo y se disminuyó la ecolalia, además sus conductas bizarras disminuyeron al igual que sus actos estereotipados. Otra conclusión importante de estos autores, es la de que después de que concluyeron los cuatro meses de tratamiento, al suspenderse la fenfluramina, se presentó un notorio empeoramiento en el comportamiento de los niños autistas.

Como se pudo observar de dos investigaciones anteriores la fenfluramina bien pudiera representar una gran ayuda al tratamiento del autismo, sin embargo ninguno de estos estudios menciona los efectos contradictorios del mencionado medicamento. En relación a esto, tenemos el estudio de Beeghly y sus colaboradores que fue realizado en 1987 (BEEGHLY, 1987), y en donde se mencionan algunos de los efectos negativos de la fenfluramina; estos se manifiestan fundamentalmente en que el niño autista, se observa sedado y/o con sueño, y en otros pacientes existe un incremento de sus conductas agresivas. A pesar de estos efectos indeseables, el mismo autor habla de la

utilidad que representa el fenfluramina como una ayuda en el tratamiento del niño autista, puesto que a la vez se observó una mejoría en el lenguaje principalmente al tratar de reducir el nivel de concentración de la serotonina en la sangre.

Por último, podemos decir que la fenfluramina es un fármaco, y que su eficacia ha sido comprobada en cuanto se refiere el disminuir el nivel de la concentración de la serotonina en la sangre, aunque cabe aclarar que aún no se sabe con exactitud la relación que guarda este hecho con el autismo, ya que a las investigaciones sobre los síntomas del autismo aún son muy pobres y desconcertantes.

Como conclusión podemos indicar aquí las palabras de la doctora Campbell (CAMPBELL, 1978):

"La psicofarmacología de los niños y adolescentes autistas y esquizofrenógenos no ha hecho más que empezar. Los estudios de fármacos realizadas sobre muestras amplias de poblaciones con un diagnóstico homogéneo, controladas en cuanto a la edad, el coeficiente intelectual y otras variables pertinentes, son prácticamente inexistentes. No hay pruebas, basadas en estudios correctamente controlados, doble ciego, con muestras numerosas de niños, que demuestren que la farmacoterapia es superior a la administración de un placebo o de cualquier otro tratamiento".

En el tratamiento del autismo por medio de fármacos, se observa la misma probabilidad de mejorar el pronóstico que la que existe en cualquier otra terapia; es decir, solo dependerá de que, cuanto más pequeño sea el niño al iniciarse el tratamiento, mejores serán los resultados obtenidos. Sin embargo aquí también nos encontramos con otro problema, como es el de los efectos negativos de los fármacos, pues estos serán más graves mientras el organismo del niño se encuentre todavía inmaduro. Los efectos secundarios pueden ser inmediatos, es decir aparecer en el corto plazo, y/o presentarse a largo plazo, aunque también existen los efectos secundarios que se producen a posteriori como un resultado de la supresión del fármaco. (COLEMAN, 1989) "Además cuando se utilizan en niños, los fármacos pueden llegar a tener efectos localizados fuera del sistema nervioso central, que incluyen efectos sobre la talla, el peso, la piel, los ojos, el sistema cardiovascular y el autonómico".

La psicoterapia tiene como objetivo, el establecer un vínculo organizador entre la psique y el mundo exterior, por medio de favorecer a distintos procesos que lleven a establecer los lazos afectivos apropiados. En este punto hablaremos específicamente de algunas de las terapias de orientación analítica, que han tenido efectos más positivos en el tratamiento del niño autista; aunque cabe aclarar que en la mayoría de los casos de autismo, no se pueden utilizar de una manera muy ortodoxa, sin embargo si existen diversos conceptos que sí se pueden manejar al tratar de reestructurar el "YO" del niño autista.

Bettelheim (en PALUSNY, 1987) considera al autismo como un alejamiento de un mundo rechazante y frustrante hacia una posición de ira. En cuanto a la terapia Bettelheim recomienda un cambio completo del ambiente y un tratamiento individualizado, pues una vez que se descubren y se elaboran los mecanismos básicos del niño, este podrá relacionarse con su terapeuta de una manera más normal, y como consecuencia habrá una apreciable mejoría en todas las áreas restantes. El énfasis deberá ponerse en la relación a lograrse con el

terapeuta y en la ayuda que se brinde al niño autista para que pueda solucionar sus conflictos intrapsíquicos, además de que todo esto servirá como una estimulación del crecimiento en aquellas áreas en que el desarrollo psíquico se haya detenido o que haya sufrido un deterioro.

Para Bettelheim (BETTELHEIM, 1987), el niño autista es un persona que padece una inadecuada forma de actividad mental, que se manifiesta en una incapacidad tanto para manejar las formas simbióticas como para asumir una actitud abstracta; estos síntomas se originan a partir del problema localizado en el ambiente familiar. Por lo tanto el tratamiento del niño autista debe hacerse fuera de su hogar. La terapia debe ser individual, llevándose al cabo en una habitación donde el niño pueda estar aislado de sus padres, esto con el objeto de que entre en contacto con alguna persona más adecuada, con la cual pueda establecer un vínculo más sano. El objetivo será el de brindarle al niño un ambiente nuevo y libre de estímulos que pudieran resultar negativos para él. En cuanto al éxito de esta terapia Bettelheim afirma que la mayoría de los niños autistas con los que ha trabajado durante varios años sujetos a una terapia psicogénica, se han reintegrado a la sociedad. También afirma que el pronóstico está en íntima relación con la disposición del niño a hablar.

Otro gran exponente de la psicoterapia en relación con los niños autistas, es Tustin (TUSTIN, 1981), quien considera

que la condición autista se manifiesta desde el nacimiento y describe el mundo interno de estos niños como verdaderamente frustrante. Trata de captar sus vivencias y describe detalladamente el método terapéutico que se debe seguir en estos casos. Al respecto recomienda al terapeuta asumir una actitud de cuidado y atención que en cierta medida sea equivalente a la "completa devoción de la madre por su hijo recién nacido". Bajo este encuadre la atención prestada por el psicoterapeuta puede lograr recomponer el mundo afectivo fragmentado del niño y guiarlo hacia la salida de su barrera autista, logrando de ese modo la recuperación de sus pérdidas. En otras palabras, por medio de la atención y la comprensión del mundo interno del niño el terapeuta puede llegar a reemplazar esa necesidad del niño autista enseñándole a recomponer los pedazos, a pedir su apoyo para rearmar sus partes disgregadas y a utilizar los estímulos para lograr su crecimiento. En este tipo de tratamiento el niño acude al consultorio todos los días, siempre a la misma hora. Durante la sesión terapéutica, el pequeño permanece en la misma sala todo el tiempo y no se le permite deambular por la clínica. La disposición de los muebles y el material de la sala no varía de una sesión a otra. El chiquillo cuenta con su propio cajón de juguetes, el cual siempre deja cerrado bajo llave a su partida. Es muy importante la característica intangible de permanecer dentro de la órbita de la constante y siempre vigilante atención del terapeuta lo cual completa el

marco dentro del cual se halla inmerso el niño. El terapeuta nunca sale de la habitación, ni contesta el teléfono, ni come o bebe, ni se mueve de una manera brusca. Las otras características intangibles que son importantes radican en que, desde el mismo comienzo del tratamiento, ya se efectúan algunas interpretaciones y comentarios breves y concisos.

Tustin (TUSTIN, 1984), llega a la conclusión de que una psicoterapia impartida por un terapeuta capaz les aporta justamente aquello que siempre les ha faltado. Ha encontrado que en aquellos casos que han sido cuidadosamente seleccionados y en donde el niño tenía menos de siete años han podido retornarse al desarrollo normal. Unos cuantos niños mayores de siete años también han sido rehabilitados. Sin embargo, se trata de un proceso lento y difícil, que requiere de trabajadores profesionales con gran dedicación y con una formación profunda. La madre y el niño se encuentran normalmente atrapados en una cadena de reacciones psicobiológicas de la que no pueden escaparse por lo que es necesario, el capacitarlos para así recuperar la libertad, sin embargo, como esta es una tarea ardua y dolorosa, no debemos alentar falsas esperanzas de que será un proceso fácil en aquellos padres que ya de por sí han sufrido tanto.

Como podemos observar existen diferencias entre las diversas psicoterapias, sin embargo en todas ellas se hace énfasis en la relación que debe existir con el terapeuta, y como una consecuencia de esta relación, el proporcionar al niño bases

para un mejor crecimiento en las Áreas de desarrollo psíquico. El objetivo es principalmente el proporcionarle al niño autista una persona que sea capaz de darle cariño y a la vez enseñarle que el mundo no es tan agresivo como él se lo imagina.

Como conclusión podemos decir, que las psicoterapias parecen ser de una gran utilidad en aquellos niños autistas que no se encuentran sumamente afectados, y que ya han logrado desarrollar un lenguaje y una capacidad de reconocerse a sí mismos. Sin embargo, cabe aclarar que en general este tipo de terapias no ha podido demostrar su plena efectividad, ni siquiera al tratar de disminuir algunos de los síntomas. Posiblemente esto se deba a que las técnicas psicoterapéuticas presuponen el cabal desarrollo del lenguaje y la capacidad de simbolizar, y sucede que estas son habilidades de las que normalmente carecen la mayoría de los niños autistas. Por lo tanto si se quiere lograr un avance significativo para tratar de mejorar los síntomas en el niño autista este tratamiento necesitará de otro tipo distinto de técnicas que apoyen al aprendizaje del niño. Además de todo esto el psicoterapeuta ideal necesitará tener una gran preparación y una buena cantidad de conocimientos en relación con el autismo y así mismo deberá poseer una personalidad que le permita enfrentarse con un alto nivel a la frustración, también deberá tener autoridad, una gran capacidad de observación, y sobre todo el ser siempre muy paciente y consistente.

3-5 TERAPIA DEL ABRAZO FORZADO.

Esta es una terapia creada por M. Welch, que se apoya en la teoría ambiental, según la cual la madre ha llegado a establecer un vínculo deficiente entre ella y su hijo, puesto que no es capaz de entender las necesidades y miedos de su propio hijo, y por lo tanto este prefiere refugiarse dentro de su propio mundo.

Una característica del niño autista es la resistencia que opone a tener contactos físicos, y este comportamiento va a afectar a la interacción social. En esta terapia se trata de combatir esta conducta, al intentar que la madre abraze a su hijo por largos periodos de tiempo, a pesar de que este se resista; mientras tanto el terapeuta estará observando cuidadosamente la situación, para de esa manera poder realizar algunos comentarios que favorezcan la mencionada relación y si se llega a requerir dará pleno apoyo a la madre; así mismo escuchará sus observaciones, en donde ella usualmente desahoga sus sentimientos de ambivalencia hacia el niño, y su frustración ante el rechazo inminente del mismo.

Esta técnica debe de practicarse diariamente, colocando siempre al niño sobre los brazos de la madre, de tal

manera que ambos queden cara a cara; así el niño tratará de zafarse y lo intentará por medio de berrinches y agresiones físicas, sin embargo, la madre deberá luchar contra estas conductas, las cuales irán paulatinamente desapareciendo, al mismo tiempo de que el niño sentirá confort y cariño hacia su madre. El niño comenzará a establecer un contacto más estrecho con ella, su mirada comenzará a ser más directa a los ojos de ella, y empezará a explorar los rasgos físicos de la madre, consiguiendo de esta que manera la madre vuelva a tomar su papel, dándole más seguridad al niño y un apoyo para salir del autismo.

El éxito de esta terapia no ha sido ampliamente comprobado, y parece ser que solo en un pequeño porcentaje de niños con autismo se llegan a observar algunas mejoras, y en tal caso la causa parece ser totalmente de otra índole.

3-6 CONTROL ALIMENTICIO.

Linus Pauling (en PALUSZNY, 1987), ha sugerido que una terapia útil para los pacientes autistas es la ortomolecular, a la cual define como: "un tratamiento de la enfermedad mental por medio de la provisión de un ambiente molecular óptimo para la mente (cerebro), sobretodo la óptima concentración de sustancias normalmente presentes en el cuerpo humano". Pauling considera que el cerebro es muy dependiente de las reacciones químicas anormales. Estas reacciones a su vez están determinadas por "la constitución genética y la dieta, y por las concentraciones moleculares anormales de las sustancias esenciales". Lo anterior puede constituirse como un fenómeno cerebral local, y por lo tanto la deficiencia puede no hacerse evidente en otras partes del cuerpo. Como resultado el individuo puede necesitar una mayor cantidad de estas sustancias esenciales para lograr un funcionamiento mental normal, pero ni clínicamente, ni con pruebas de laboratorio es posible detectar estas deficiencias.

Actualmente se hallan en investigación un gran número de experimentos en relación a las terapias dietéticas en pacientes autistas; (COLEMAN, 1989) "uno de estos tratamientos es el que

trata de evitar el consumo de ácido fólico en aquellos niños autistas que además se caractericen por poseer el trastorno de cromosoma x frágil. Sin embargo es muy poco lo que se sabe aún al respecto."

Las investigaciones sobre este tema aún son muy poco claras, y sin embargo, podríamos mencionar que en algunos casos de autismo, parece ser que si existe una cierta alergia a algunos alimentos comunes y corrientes, es decir, que al ingerir el niño autista un cierto alimento, se produce en su organismo una reacción en donde sus síntomas se intensifican durante un cierto periodo de tiempo, el cual podría pensarse que es el que tarda el niño en desintoxicarse.

El tratamiento consiste en buscar que alimentos son los que provocan reacciones negativas en el organismo del niño autista, para que de esta manera sean evitados en su alimentación. Este parece ser un tratamiento sobre el cual se tienen muchas esperanzas, pues sus resultados hasta ahora han sido favorables en la mayoría de los autistas, sin embargo cabe aclarar que es una técnica que requiere de un gran esfuerzo y sobretodo de una gran perseverancia, ya que sus resultados más significativos tardan en aparecer, lo que en ocasiones desalienta a los padres a seguir con el tratamiento aún cuando este lleve muy poco de haber sido iniciado.

La musicoterapia es un tratamiento útil para disminuir los síntomas del trastorno autista, debido a que estos niños se caracterizan por tener una deficiencia en la comunicación; esta es una forma mediante la cual podemos establecer un contacto con ellos. Es importante hacer notar que el niño autista presenta generalmente una gran inclinación hacia la música, lo que no ocurre posiblemente con ningún otro estímulo exterior; además se presenta la peculiaridad de que cada niño autista tiene predilección por algún tipo de música en particular, lo que refleja la personalidad de cada uno de ellos, al igual que le permite manifestar sus emociones y revelar al mismo tiempo parte de su mundo interno.

La música es utilizada como un medio para iniciar una relación más estrecha entre el niño autista y el terapeuta, para que de esta manera se le proporcione una ayuda para poder salir de ese mundo que el mismo ha creado, al enfrentarlo con la realidad que le rodea; además, la música, es utilizada para promover el desarrollo del niño, y es así mismo una ayuda al restablecimiento de la salud psicológica.

La personalidad del musicoterapeuta debe estar caracterizada por la de ser una persona madura, observadora, tolerante, paciente, comprensiva y creativa.

El interes por la música y sus efectos terapéuticos, ha existido desde hace varios siglos, y desde Platon se le considera "el arte educador por excelencia". Sin embargo, solo se le ha dado la importancia que merece a partir de la segunda mitad del presente siglo.

Margaret Mahlor en 1952, menciona lo que ella considera como los puntos claves en la musicoterapia, estos son:

- 1-El establecimiento de las relaciones interpersonales por medio de la música.
- 2-Al través de algunos tipos de música se logra que el niño autista se de cuenta de la existencia de sí mismo, permitiendo en esa forma que se inicie su autoestima.
- 3- Por medio del ritmo musical, se le puede transmitir al niño energía y algunos principios de organización.

En 1964, Serafina Poch (POCH, 1979), realiza una investigación en relación con la musicoterapia y el autismo, en donde finalmente concluye:

- 1-La música es un modo de comunicación a nivel emocional, en donde el niño autista puede expresar su afectividad y sus sentimientos.
- 2-La música tiene efectos sedativos, lo que permite que el niño autista disminuya su ansiedad.
- 3- Por medio de la música el niño puede expresarse.

4-Se le proporciona al niño autista un lugar, en donde puede sentirse tranquilo y así desarrollar todas sus capacidades.

5-Por medio de la danza el niño aprende las relaciones tempo-espaciales.

6-La música despierta la creatividad en el niño.

7-Por medio de cantos, se inicia el desarrollo de un lenguaje.

Al comenzar el tratamiento, primeramente se valoran las cualidades musicales del niño, y a continuación se hace un estudio cuidadoso, en donde se busca el tipo de música que más le guste al niño; a la vez por medio de los diferentes ritmos, se observa sus reacciones emocionales. El número de terapias y su duración respectiva será específica para cada caso en particular.

Este tipo de terapia es inusual en México, por lo que la información respectiva encontrada es sumamente pobre, sin embargo, en otras partes del mundo la musicoterapia ya ha demostrado ser efectiva para disminuir algunos síntomas del autismo, por lo tanto creo que se debería empezar a reconocer su importancia en nuestro país.

3-8. ACTIVIDAD FISICA.

En años recientes, se le ha dado una gran importancia al ejercicio físico, puesto que se ha encontrado que este puede proporcionar grandes beneficios a la salud de las personas y que por medio de un programa intensivo adecuado es posible restaurar una gran parte de la capacidad funcional cerebral.

Existen algunas investigaciones en donde se han estudiado los beneficios que reporta el ejercicio físico en relación con el autismo. Así se ha comprobado que en algunas ocasiones este es muy útil como una terapia adicional para estos niños.

Al iniciarse cualquier terapia, se busca fundamentalmente que el niño autista disminuya alguno de sus síntomas, principalmente aquellos comportamientos que más interfieren con las diferentes terapias. Algunas de estas conductas generalmente son: el comportamiento estereotipado, los actos autoestimulatorios y la agresión; al irse reduciendo estos comportamientos se irá logrando un avance al irse introduciendo paulatinamente conductas apropiadas de juego, a la

vez su atención irá mejorando significativamente, aumentando la posibilidad de que el niño logre un mejor aprendizaje.

Los intentos más logrados para disminuir estas dos características en los niños autistas ha sido por medio del ejercicio físico.

Kern y colaboradores, en 1982 (KERN & KOEGEL, 1982) estudiaron el ejercicio físico, específicamente el correr, en niños autistas entre los 4 y los 14 años de edad. Sus resultados fueron positivos, pues se observó que el ejercicio servía para disminuir, casi en su totalidad, las conductas autoestimulatorias, lo que a su vez repercutió favorablemente en el nivel académico y a mejorar las conductas relacionadas con un juego más apropiado. Otros de los hallazgos importantes encontrados por estos autores es el de que el ejercicio físico, principalmente el correr, también proporciona efectos positivos sobre las siguientes conductas: el niño autista se muestra más motivado para iniciar tareas nuevas, así mismo su atención mejora y disminuyen sus conductas agresivas.

Dos años más tarde, Kern y colaboradores (KERN & KOEGEL & DUNLAP, 1984), realizan otro estudio en relación al ejercicio físico vigoroso en donde lo comparan contra el ejercicio físico ligero. Concluyen que solamente el ejercicio vigoroso, puede ser el correr cuando menos durante 15 minutos, llega a producir efectos favorables sobre la conducta del niño autista, tales como el disminuir las conductas estereotipadas así como las conductas agresivas. Sin embargo aclaran, que no

se puede afirmar que lo mismo se logre en relación con lo cognitivo y con las conductas que se relacionan con el área educativa.

En recientes investigaciones, se ha mencionado que en algunos casos de autismo se ha llegado a encontrar deficientes niveles de endorfinas. Una de estas investigaciones es la de Recordele y Veale en 1987 (en GOLDBERG, 1989). En este estudio se afirma que las endorfinas (vease el capítulo 1-5) intervienen en conjunto con los neurotransmisores, y que algunas de sus funciones son la de intervenir en diferentes conductas como puede ser: en el apetito, en el sueño, en la actividad sexual, en las emociones, en la modulación del dolor y en los comportamientos agresivos. Si esta sustancia se encuentra en niveles anormalmente bajos dentro del organismo, puede provocarse una respuesta cerebral anormal. Al ponerse en acción al organismo, por medio de un ejercicio físico prolongado, este por sí solo es capaz de normalizar los niveles de endorfinas, lo que repercutirá favorablemente en el comportamiento del niño autista.

Para que este tipo de terapia de resultados favorables, es necesario un ejercicio físico, vigoroso y prolongado, que se debe realizar diariamente; por lo tanto en ocasiones este resulta ser un método difícil de proseguirse. Cabe aclarar que aunque no se sabe con certeza el beneficio total que es posible lograr, si se

puedo afirmar que para el niño autista este método significa una nueva esperanza para tratar de disminuir sus síntomas.

CAPITULO IV. PRONOSTICO.

El niño autista muestra diversos cambios con respecto a la sintomatología del síndrome y esto se debe a que el autismo es un trastorno del desarrollo que se manifiesta de diversas maneras dependiendo principalmente de la edad del paciente y de su particular y específica manera de irse desarrollando. Por lo que el tratar de dar un pronóstico certero a estos niños se convierte en una tarea relativamente difícil.

En general el pronóstico sobre los niños autistas suele ser muy pobre; Por un lado existe una pequeña minoría de individuos autistas, que con los años llega a superar casi por completo, sus problemas de conducta, con o sin la ayuda de un tratamiento y que casi consigue desarrollarse como si fueran adultos normales. Sin embargo, la inmensa mayoría manifiesta grandes dificultades aún para afrontar inclusive las rutinas más comunes y corrientes de la vida cotidiana. "Se estima que entre un 75 y un 85% de aquellos a los que se les diagnóstico como autistas en su infancia tendrán usualmente un pronóstico psicosocial pobre o muy pobre." (COLEMAN, 1989)

El pronóstico varía marcadamente de acuerdo al coeficiente de inteligencia y con el nivel de desarrollo del

lenguaje hablado en el niño autista. El grado de desarrollo del lenguaje a los cinco años es uno de los factores más significativos del pronóstico; sin embargo, lo que mejor pronostica los resultados es el coeficiente de inteligencia determinado en el momento del diagnóstico. El pronóstico para aquellos niños autistas que tienen un coeficiente intelectual menor de 50 es bastante pobre, y para aquellos que tienen un coeficiente intelectual mayor de 50, su pronóstico es muy poco firme. Cabe aclarar que el coeficiente intelectual, por lo general, permaneciera sumamente estable a lo largo de la infancia de los niños autistas.

Lindquist en 1981 (en COLEMAN, 1981), observó que "aquellos niños autistas que mostraban los grados más extremos de comportamiento extraño durante los años preescolares eran los que presentaban el mejor pronóstico de adaptación en la edad escolar."

Kanner en 1971 (en COLEMAN, 1981), afirmó que una minoría bastante reducida de niños autistas presentan mejorías perceptibles durante los años de la adolescencia, sin embargo, en la mayoría de los casos existe un alto porcentaje de niños que presentan un agravamiento importante de los síntomas, o incluso un claro deterioro cognitivo y de la conducta durante la pubertad, que además incluye un alto riesgo de ataques de epilepsia en la edad adulta.

Lotter en 1978 (en COLEMAN, 1989), realizó una investigación en donde se concluye que existe un resultado pobre

o muy pobre en cuanto a las adaptaciones sociales, que va desde un 61% hasta un 73% de aquellos casos a los cuales se los siguieron hasta la edad preadolescente o adulta. En general solamente un 1% a un 2% de los niños autistas manifiestan una evolución cercana a la normal durante su travesía a la vida adulta. Un buen pronóstico, representado por una vida semi-independiente y una capacidad para trabajar y/o estudiar, fué observado en un 5% a un 17% de los casos, aunque siempre se tratará de personas con una deficiencia, tanto en el lenguaje como en sus relaciones sociales. Otro grupo que va del 15% al 25% mejorará su comportamiento durante su desarrollo aunque siempre necesitará estar bajo una supervisión constante y sus problemas de conducta seguirán siendo muy notorios. También se indica el alto porcentaje, entre un 39% y un 54%, de personas autistas que fueron ingresados en instituciones durante el seguimineto.

A pesar de que en algunas ocasiones los tratamientos son muy costosos y que en la mayoría de los casos de autismo el pronóstico es muy pobre, no podemos dejar de enfatizar que cada caso es único, y por consiguiente cada niño tiene sus características muy particulares, lo que trae como consecuencia que su desarrollo también será único; por lo tanto, es muy difícil el determinar quien podrá tener una vida que sea casi independiente y quien tendrá siempre que vivir bajo una custodia. Por todo lo anterior es necesario darle a los

autistas una oportunidad para desarrollarse como personas, a pesar de todas las dificultades que esto pueda implicar.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES.

Es importante que al hablar del síndrome autista se considere a este como un trastorno psiquiátrico diferente a otros desordenes. En el presente trabajo se intenta ofrecer un estudio completo de este síndrome, en donde además de proporcionar una guía para su estudio, se pretende que pueda ofrecer la base de nuevas alternativas de investigación, sobretodo en el campo del tratamiento en donde día a día lo conocimiento se amplian dando una nueva esperanza para las persona autistas. Por otro lado, aunque no se arrivarón a conclusiones muy especializadas sobre este trastorno, se logró aportar un conocimiento de hechos y materias relacionados con el autismo.

En el primer capítulo de está revisión bibliográfica, se mencionó específicamente todo lo que respecta a la etiología del autismo, y sobre todo se remarcó que la causa primaria del síndrome aún se encuentra en la actualidad sin resolver. Sin embargo, existen un sin número de teorías que intentan de explicar las causas de este controversial síndrome, sin que hasta el momento se haya encontrado una conclusión definitiva.

En un principio se creyó que el origen del autismo era básicamente psicológico y que se ocasionaba del rechazo que se originaba en los padres hacia sus hijos. Sin embargo, conforme al avance de las distintas investigaciones, estas teorías fueron apareciendo cada vez más limitadas, debido al avance en las diversas áreas como son la fisiología, la medicina y la neurología, que han ido poco a poco comprobando que el autismo era más bien de origen orgánico, en vez de tener una etiología psicológica y/o ambiental.

Al través del tiempo se han ido acumulando cada vez más evidencias de que en el autismo existe un déficit fisiológico. Sin embargo aún dentro de esta teoría también existen controversias, pues hay quienes defienden que es un mero problema genético y otro grupo se inclina por creer que es una patología que se origina a partir de una anomalía orgánica. Sin embargo el simple hecho de que el síndrome autista se encuentre tan pobremente definido nos hace pensar que se trata de un trastorno de etiología múltiple.

En cuanto a la sintomatología del síndrome autista, esta describió considerando las diferentes épocas del desarrollo, para en esa forma facilitar su estudio. También en este punto hicimos la observación de que existe un desacuerdo en cuanto a cuales son los síntomas específicos del autismo y cuales pertenecen a otras patologías; para tratar de entender el cuadro clínico del autismo se proporcionaron los criterios prevaletentes para el diagnóstico, que son los más comunes en

nuestros tiempos. A continuación expondremos los síntomas principales del autismo, de acuerdo al criterio más generalizado:

1-No se establecen relaciones sociales.

2-Existen actos repetitivos y estereotipados.

3-Retraso del lenguaje.

4-Ausencia de gestos y/o otra forma de comunicación no verbal.

5-Ausencia de pensamiento abstracto y de imaginación.

6-Alteraciones en las sensaciones.

7-Incapacidad para imitar.

8-Ausencia de juegos.

9-Retraso en el control de esfínteres.

10-Comienzo antes de los 36 meses de edad.

Sin embargo no es suficiente la aplicación de solamente estos puntos para definir el criterio sobre el diagnóstico autista, sino que se debe reconocer también la otra sintomatología, representada por el coeficiente intelectual, las condiciones psicosociales, las condiciones neurológicas, y las particularidades de cada caso.

También se hizo mención de los instrumentos con los que se cuenta en la actualidad, para poder diferenciar a los niños autistas de los que padecen otros síndromes. Así mismo se remarcó que estos instrumentos solo deben usarse como herramientas para el diagnóstico; en relación a esto, también señalamos el hecho, de que los criterios de diagnóstico reflejan la necesidad de que los niños autistas deben ser diferenciados de los niños no-autistas y por lo tanto que se mencionarán los

principales síndromes que en un momento determinado podrían llegar a confundirse con los del autismo. Así mismo se aclaró, que en ciertas ocasiones el autismo puede presentarse en conjunto con otras patologías.

En cuanto al tratamiento, se puede concluir que las técnicas de modificación de la conducta han sido hasta el momento, las que más éxito han tenido al tratar de disminuir los síntomas existentes. Aunque para lograr un éxito significativo deben de combinarse varios tipos de terapia, las cuales dependerán de cada paciente en particular, de sus capacidades cognitivas, sociales, y motoras; todo esto con el fin de ayudarlos en sus áreas de socialización, de lenguaje, de autoayuda, motoras y sensoriomotoras.

Los medicamentos más frecuentemente utilizados son el haloperidol y la fenfluramina, pero no debe olvidarse que aunque significan una gran ayuda al disminuir los síntomas principales del autismo, pueden ocasionar algunos efectos adversos. También con la actividad física se pueden disminuir los comportamientos estereotipados y autoestimulatorios, aunque se necesita mucho tiempo de práctica y un gran esfuerzo.

Al hecho de que los padres funjan como terapeutas se puede considerar como la parte más importante en cuanto al tratamiento del niño autista se refiere, pues a ellos se deberá en gran parte que las diversas terapias tengan, o no, éxito.

No debemos olvidar tampoco a las técnicas más recientes, que aunque no han todavía comprobado sus resultados totalmente y

que tampoco han sido efectivas en todos los casos, si nos han proporcionado nuevas esperanzas, así como nuevos métodos para mejorar el comportamiento del niño autista.

A pesar de los porcentajes tan altos de pronósticos pobres determinados en los niños autistas, y que nos hacen desgraciadamente concluir que la mayoría de estos niños, nunca podrán llevar una vida independiente, es muy importante que a todos ellos se les de la oportunidad de mejorar y por lo tanto nunca debemos privar de tratamiento a ningún niño autista, aun cuando no sepamos con certeza el origen de su enfermedad; por el contrario, siempre debemos de luchar con fuerza y perseverancia. Para otorgarles una buena terapia junto con un programa educativo adecuado y una supervisión especializada.

A continuación, como una ayuda para facilitar a aquellos que quieran ampliar sus conocimientos sobre el síndrome autista se mencionaran a las instituciones mexicanas más reconocidas en cuanto al tratamiento del autismo se refiere, estas son : El Hospital Psiquiátrico infantil JUAN N. NAVARRO, El Hospital de Salud Mental, el Centro Domus, la Somac, la Comunidad Cedi y la Clínica Katz, (vease apéndice).

Pero a pesar de la existencia de estas instituciones, se percibe una gran deficiencia al no existir una casa hogar específica para niños autistas, ya que no siempre es posible que el niño autista pueda vivir en su casa con su familia.

A pesar de los grandes avances logrados durante los últimos veinte años, se observa que aún existen fuertes deficiencias en el conocimiento sobre el autismo, ya sea en su etiología, como en su diagnóstico y tratamiento. Finalmente es necesario el mencionar que se requiere de un gran esfuerzo tanto humano como económico enfocado a mejorar el tratamiento del autismo en México, así como para mejorar las instituciones que se dedican a ello, también debe lograrse una mayor especialización y que el personal profesional se encuentre mejor capacitado y sobretodo que haya una mayor divulgación a todos los niveles.

No debemos nunca olvidar que cada niño autista es un ser humano especial, frágil, sensible y poco común, el cual debe ser tratado siempre en forma individual. Por lo anterior si alguien desea trabajar con alguna persona autista, es necesario que sepa de antemano, que el convivir constantemente con un niño autista es algo muy difícil y frustrante y doloroso y que los progresos tardarán largo tiempo en ser notados. También es necesario no esperar ninguna reacción del niño, lo que incluye el desear recibir algo a cambio simplemente por el hecho de tratar de ayudarlo aún más, ni siquiera debe esperarse que el afecto mostrado hacia el niño sea recíproco. La paciencia debe ser siempre la principal herramienta con la cual contemos, pues solo así el niño logrará tener la suficiente fuerza para seguir adelante. Así mismo se debe ser perseverante y nunca tratar de descansar sino se ha

terminado con la tarea impuesta, ya que posiblemente el niño no querrá volver a comenzar pensando que se trata de uno más de sus fracasos. Siempre se deberá motivar al niño para que haga más de lo que nosotros creíamos que era capaz, y esta actitud frecuentemente llegará a sorprendernos ya que el niño mantiene escondidas muchas cualidades que nosotros desconocemos aún cuando estemos seguros de que lo conocemos bien. Debemos saber utilizar todo lo que el niño nos ofrece, sus habilidades, sus juegos, su lenguaje y todo su ser.

Por último debemos reconocer que un niño autista es solamente eso, un niño indefenso e inocente, como cualquier otro y que necesita enormemente de nosotros para llegar algún día a desarrollarse como cualquier otro ser humano. Pero para lograr eso no podemos pensar tan solo en un tratamiento, sino que además debemos incluir diversas actividades tales como el jugar con él, cantar, ir de paseo, reír, o simplemente convivir con él y tratar de comprenderlo.

GLOSARIO.

ACTOS COMPULSIVOS : Realización de un acto por sugestión individual siendo esta sugestión irresistible aunque contraria a la inclinación o voluntad del que realiza el acto.

AGRESION : Una respuesta que destruye objetos, que causa dano a los demás o a uno mismo; adopta muchas formas.

ANALISIS FUNCIONAL : El análisis del acto de responder en función de variaciones ocurridas en las condiciones de estímulo; aquí, la conducta se considera como una función de las contingencias del medio ambiente.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE : Forma de aprendizaje en que la tasa en que se presenta una respuesta emitida varía como una función de las consecuencias del estímulo que produce. Es también una conducta estudiada en cuanto que depende de programas de reforzamiento.

CONDUCTAS AUTOESTIMULATORIAS : Activación que surge al través de uno mismo, sin la participación o estimulación de otro individuo, con el fin de sentir bienestar.

CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS : Fénomeno patológico que consiste en la repetición interminable de palabras fragmentarias o aparentemente sin sentido, o de movimiento o posturas de igual índole.

ECOLALIA : Reiteración relativamente automática de palabras o frases, con frecuencia las que se han hablado antes al enfermo.

ESCLEROSIS : Endurecimiento de tejidos nerviosos o de otra índole.

FENILCETONURIA : Incapacidad genética recesiva para transformar la fenilalanina (aminoácido inicial en la biosíntesis de dopamina, noradrenalina y adrenalina) en tirosina. Si no se trata con dieta especial, se producen deficiencias graves de inteligencia y de personalidad.

HIPERACTIVIDAD : Motilidad excesivamente anormal de los miembros y partes del cuerpo originada por contracciones musculares continuas o intermitentes que a veces resultan dolorosas.

INMOVILIDAD CATATONICA : el paciente lleva una vida vegetativa, caracterizada por una ausencia de movimientos y por la falta de respuesta.

INVERSION PRONOMINAL : Trasposición del orden de ciertos miembros del lenguaje, en especial de los pronombres.

MICROCEFALIA : Estado patológico del crecimiento humano caracterizado por la pequenez excepcional de la cabeza o del cerebro.

MUTISMO : Falta de desarrollo de la función del lenguaje. Silencio a menudo voluntario.

NEUROTRANSMISORES : Sustancia química liberada dentro de la sinapsis en la terminal presináptica y que permite que la información se transmita de una neurona a las demás.

PLACEBO : Droga inerte o tratamiento "neutral" que se usa para responder a las expectativas de un individuo o de un grupo en algún experimento.

PSICOGENICO : Causado por factores psicologicos-emocionales y no por factores organicos o fisiologicos.

PSICOPATOLOGIA : Estado de enfermedad mental, emocional o social anormal.

PSICODINAMICAS : El estudio sistematico de la personalidad y de la conducta que hace hincapié en las fuerzas motivacionales y en las experiencias pasadas.

PRIVACION : Falta de o supresión de la estimulación satisfactoria necesaria o de algo necesario para el funcionamiento biologico o psicológico.

SINDROME : Terminio que designa el conjunto de síntomas de una enfermedad, esto es, un complejo de síntomas.

TECNICAS DE LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA : Conjunto de procedimientos reeducativos que se aplican para ayudar a aliviar ciertos problemas humanos. Las técnicas se derivan y/o concuerdan con la investigación psicológica; los resultados se evalúan sistematicamente. Estos procedimientos se usan en la terapia de la conducta.

TEORIA DEL APRENDIZAJE : Teoría según la cual el funcionamiento psicológico corriente se comprende mejor en función de una interacción reciproca continua entre la conducta y las condiciones que la controlan, es decir, entre las experiencias de aprendizajes anteriores y las influencias del medio, las cuales incluyen los estímulos sociales y el reforzamiento personal y social.

TERAPIA CONDUCTUAL : Tipo de psicoterapia que se centra en la conducta observable, y que emplea principios de aprendizaje para descubrir las condiciones de estímulo que mantiene la patología conductual y modificarlas, para así modificar la conducta.

TRASTORNO : Término atécnico aplicado a las perturbaciones mentales relacionadas con el periodo de desarrollo y sus dificultades.

APENDICE.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO.

Esta institución pertenece al gobierno mexicano, y da asistencia a cualquier niño con trastornos mentales, incluyendo al autismo. Este hospital cuenta con una asociación para los niños autistas que funciona desde hace doce años, con personal clasificado para la ayuda de este padecimiento; además de contar con material didáctico y pedagógico.

Para la realización del diagnóstico autista se utiliza principalmente la observación clínica.

En cuanto a la terapia que proporciona el hospital se caracteriza por ser múltiple, y abarca las áreas de pedagogía, terapias de aprendizaje y socialización, habilidades de auto-ayuda, y terapia conductistas. En los casos más severos, principalmente en las crisis de agresión, se llegan a utilizar sábanas y cascos para la protección del propio niño y en ocasiones si la crisis es muy intensa se puede llegar a internar al niño por unos cuantos días. En algunos casos se medica a los

pacientes autistas, aunque la utilización de fármacos es muy restringida.

CLINICA KATZ.

Esta institución privada define al autista, como una persona que vive encerrado en un mundo ajeno al nuestro, y como etiología presupone alguna alteración bioquímica.

Uno de los puntos principales para el diagnóstico del autismo es precisamente el diagnóstico diferencial, que en este caso se hace con gran cuidado, para descartar cualquier otro tipo de trastorno.

El tratamiento se basa en proporcionar al niño las herramientas necesarias para que el paciente autista pueda integrarse de alguna manera a una comunidad. El primer paso en el tratamiento es el disminuir las conductas que están interviniendo con el aprendizaje, para a continuación seguir con las terapias psicomotora, de neuro-desarrollo, socialización y de apoyo, este grupo de tratamientos lleva como fin que el niño pueda llegar a interactuar con su medio ambiente. Por otro lado en la clínica Katz se le da una gran importancia a la formación de los terapeutas y la de los padres con hijos autistas, pues ambos juegan un papel muy importante para el desarrollo positivo del niño.

LA SOMAC.

Es una institución exclusiva para niños con síndrome autista, que proporciona consultas externas y un programa basado en la modificación de la conducta, mezclado con otro tipo de terapias y principalmente le dan un gran énfasis a los padres como terapeutas.

Para diagnosticar el autismo se basan en una observación clínica, por medio de la cámara de Gesell, además se les proporciona a los padres un cuestionario respecto a las características del niño y todo esto se engloba en una entrevista en donde además de asistir los padres, asistirán personas capacitadas para el tratamiento del autismo.

La terapia se basa en el diagnóstico realizado con anterioridad y dependiendo de cada caso específico, aunque siempre será de línea conductista, en algunos casos se intenta el tratamiento de control alimenticio y bajo la supervisión de un neurólogo se puede llegar a proporcionar algunos fármacos. Para comenzar con las diferentes terapias se le realizan pruebas al niño en donde se observan su desarrollo en las diferentes áreas como son : la socialización, el lenguaje, la auto-ayuda y la área motora. Una de las metas de esta institución es la de que el niño autista se vuelva funcional.

COMUNIDAD CEDI.

Esta es otra institución privada en donde además de niños autistas existen niños con parálisis cerebral y deficiencia mental.

Para realizar un diagnóstico se toman en cuenta los factores orgánicos y psicológicos, se realiza un diagnóstico diferencial basado en la observación clínica, lo que dará la pauta para el tratamiento. Se trabaja con el niño desde dos puntos de vista importantes, uno es desde la área psicológica y el otro desde el comportamental, en donde se eliminan las conductas inapropiadas o inadecuadas que no permiten la evolución. Tratan que haya una participación activa de los padres para que haya una continuidad de los programas terapéuticos en la casa y así que se pueda trabajar con el niño un mayor número de horas. Generalmente no se manejan medicamentos, al menos que fuera de la institución el niño haya sido evaluado por un especialista.

CENTRO DONUS.

El centro Donus es exclusivo para niños autistas, y se considera al autismo como un trastorno que limita el desarrollo intelectual, emocional y físico de un niño. Para poder saber si el paciente es autista o no, se le hace una observación que dura de dos a tres días donde se le presentan al niño diferentes materiales y en diferentes situaciones, para finalmente hacer una evaluación y así proseguir con el tratamiento.

El tratamiento se basa en un análisis conductual, que abarca diferentes terapias como son: psicomotora, de sociabilización y de lenguaje.

- 7-CAMPBELL M., ANDERSON L.T., GREGA DM., PERRY R., SMALL M., & GREEN W.H. "Haloperidol in infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms". in American Journal of Psychiatry. vol.141. pags.1195-1202. 1984.
- 8-CHEZZ S. "Follow-up report on autism in congenital Schizophrenia. Journal of Autism and childhood Schizophrenia. vol.7 pags.69-81. 1979.
- 9-COHEN & DONNELLAN, et al. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Ed. Wiley. New York, 1987.
- 10-COLEMAN Mary & GILLBERG Christopher. El autismo: bases biológicas. Ed. Martinez Roca. Barcelona, 1989.
- 11-CREAK M. & PAMPIGLIONE G. "Clinical and EEG studies on a group of 35 psychotic children". Developmental medicine and child neurology. vol.11 pag.218-227. 1969.
- 12-DAVIDS Anthony. Autismo, colección de escritos, child personality and psychopathology, current topics. Ed. Wiley and sons. New York, 1974.
- 13-DELACATO Carl H. The ultimate stranger, the autistic child. Edit. Garden city. New York, 1974.
- 14-DEMYER M K. et al. "Parental practice and innate activity in normal, autistic and braindamaged infants". Journal of Autism and childhood Schizophrenia. vol.2. pags. 49-66. 1972.
- 15-DEMYER M K. et al. "Prognosis in autism : a follow -up study". Journal of autism and Childhood schizophrenia, vol.3 pags. 114-121. 1973.

- 16-DEMYER M.K. Research in infantile autism. Annual progress in child Psychiatry and child, New York, 1977.
- 17-DEYKIN, E. Y. & MACMAHON, B. "the incidence of seizures among children with atistic symptoms". in American Journal of psychiatry. vol.136. pags.1310-1312. 1979.
- 18-DEYKIN. E. Y. & MACMAHON B. "Viral exposure and autism". American Journal of epidemiology. vol.109 pags 628-638. 1980.
- 19-ESHKEVARI H.S. "Early infantile Autism in monozygotic twins". Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.9 pags. 5-11. 1979.
- 20-FAVRE J. y MIDDENET. Psicopedagogia del nino psicótico. Edit. Masson. Barcelona, 1983.
- 21-GAETNER R. Terapia psicomotriz y psicosis. Ed. Paidós. Barcelona, 1981.
- 22-GARANTO ALOS Jesus. El autismo. Ed. Herder. Barcelona, 1984.
- 23-GELLER E., RITVO E.R., FREEMAN B.J. & Yuwiler A. "Preliminary observations on the effect of Fenfluramine on blood serotonin and symptoms in three autistic boys". Journal of Medicine. vol.307 pags 165-169. New England 1982.
- 24-GILLBERG C. & SCHAUMANN H. "Infantil Autism and Puberty". Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.11. pags.365-371. 1981.
- 25-GILLBERG C. "Diagnosis and treatment in autism". Plenum Press. New York, 1990.

- 26-GLEN Dunlap. Early intervention for young children with autism. Marshal University, 1988.
- 27-GOLDBERG Jeff. Las Endorfinas. Ed. Gedisa. México, 1989.
- 28-HARLOW H.F. & HARLOW M.K. "Social deprivation in monkeys". Scientific American. vol.5 pags. 136-146. 1962.
- 29-HOLMES N., HEMSLEN R., RICKETT J. & LICKIERMAN H. "Parents as cotherapist: their perceptions of home-based behavioral treatment for autistic children. Journal of autism and Developmental Disorders. vol.12 pags 331-342, 1982.
- 30-JANICKY M P. & FRIEDMAN E. "Variation in characteristics and service needs of persons with autism". Journal of autism and developmental disorders. vol.13 pags.152-156. 1983.
- 31-KANNER Leo. "Follow up study of eleven autistic children originally reported in 1943". Journal of autism and childhood schizophrenia. vol.1 pags.119-145. 1971.
- 32-KANNER Leo. Psiquiatria infantil. Ed. Siglo Veinte. Buenos aires, 1976.
- 33-KERN Lynn, KOEGEL, DYER, BLEW & FENTON. "The effects of phsical exercise on self-stimulation and appropriate responding in autistic children". Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.12 pags. 399-419. 1982.
- 34-KERN Lynn, KOEGEL & DUNLAP. "the influence of vigorous versus mild exercise on autistic stereotyped behaviors". in Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.14. pags. 57-67. Santa Barbara 1984.

- 34-KERN Lynn, KOEGEL & DUNLAP. "the influence of vigorous versus mild exercise on autistic stereotyped behaviors". in Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.14. pags. 57-67. Santa Barbara 1984.
- 35-KOEGEL R. & COVERT A. "The relationship of self-stimulation to learning in autistic children". Journal of applied behavior analysis. vol.5 pags 381-389 1972.
- 36-LADEANE O. Casey. "Developmental of communicative behavior in autistic children: a parent program using manual signs". Journal of autism and childhood schizophrenia, vol.8 No.1 ,1978.
- 37-LOVAAS O. Ivar. El niño autista. Ed. Debate. Puebla, 1984.
- 38-LOVAAS O. Ivar. "Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children". Journal of Consulting and Clinical Psychology. pags.87-94. vol.5 1987.
- 39-MAHLER. Simbiosis humana, las vicisitudes de la individuación. Ed. Joaquín Mortiz. Mexico, 1972.
- 40-MANHONI M. De un imposible a otro. Ed. Paidós. Madrid, 1985.
- 41-McGINSEY James & FAVELL Judith. " the effects of increased physical exercise on disruptive behavior in retarded persons". in Journal of Autism and Developmental Disorders. vol.18 pags.167-179. Western Carolina 1988.
- 42-MELTZER DONALD y otros. Exploración del autismo. Ed. Paidós. Buenos aires, 1979.
- 43-ORNITZ E M. Childhood autism : concepts , characteristics and treatment. in Churchill-livingstone, 1971.

- 44-PALUSZNY Maria. Autismo guía práctica para padres y profesionales. Ed. Trillas. México, 1987.
- 45-PARK C Clara. Ciudadela sitiada. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1979.
- 46-POCH Serafina. "Importancia de la musicoterapia en el autismo infantil". revista trimestral de educación de la UNESCO. pags. 215-230. Madrid, 1979.
- 47-POLAINO Aquilino. Introducción al estudio científico del autismo infantil. Ed. Alhambra universidad de Madrid, 1982.
- 48-POWERS Michel D. Children with autism. Ed. Woodbinehouse. New Jersey, 1989.
- 49-PRIOR M. "Biological and neuropsychological approaches to childhood autism". British Journal of psychiatry. vol.150 pags. 8-17. 1987.
- 50-RAITEN D J and MASSARO T. "Perspectives on the nutritional ecology of autistic children". Journal of autism and developmental disorders. vol.3 pags 45-49 1990.
- 51-RINLAND B. "The feingold diet :an assesment of the reviews". Journal of Learning Dissabilities. vol.16 1983.
- 52-RINLAND B. Infantile autism. Ed.Appleton Century Crofts. New York. 1964.
- 53-RINCOVER Arnold, KOEGEL & RUSSO. "Some recent behavioral research on the education of autistic children". Education and treatment of children. vol.1 pags 31-45. 1978.

54-RITVO E R, and FREEMAN,--NATIONAL SOCIETY FOR AUTISTIC CHILDREN,
"Definition of the syndrome of autism", Journal of autism and
childhood schizophrenia, vol.8 1978.

55-RITVO E.R., FREEMAN B.J., GELLER E. & YUWILER A. "Effects
of Fenfluramine on 14 autistic outpatients". Journal of the
American Academy of child psichiary vol.22 pags549-558. 1983

56-RUTTER M. "Autistic children : infancy to adulthood".
Seminars in Psychiatry. vol.2, pags.435-450, 1970.

57-RUTTER M. Infantil Autism: concepts, characteristic and
teratment. Ed. Churchill-Livignstone. Londres. 1971.

58-RUTTER M. "Childhood schizophrenia reconsidered". in
Journal of Autism and childhood schizophrenia. vol.2
pags.315-337. 1972.

59-RUTTER M. "Diagnosis and definition of childhood autism".
Journal of Autism and childhood Schizophrenia. vol.8 pags 139-
161. 1978.

60-RUTTER M. & SHOPLER E. Autismo. Ed. Alhambra.
Madrid,1984.

61-RUTTER M. & SHOPLER E. "Autism and pervasive developmental
disorders: concepts and diagnotic". Journal of Autism and
Developmental Disorders. vol.17 pags 159-186. 1987.

62-SHOPLER E., RICHTER R J., DEVELLIS F F. & DALY K.
"Toward objective classification of childhood autism :childhood
autism rating scale (cars)". Journal of Autism and
Deveopmental Disorders, vol.10, pags91-103.1980.

63-SCHKEIBMCA Laura. Autism. Edit. Sage. California 1988.

64-SIEGEL B. et al. "Empirically designed subclasification of the autistic syndrome". Journal of Autism and Deveopmental Disorders. vol.16 pags.275-293.

65-THE NATIONAL SOCIETY FOR CHILDREN AND ADULTS WITH AUTISM. El niño autista manual para padres. Washington, D.C. 1982.

66-TUSTIN Frances. Estados Autísticos en los niños. Ed. Paidós. Argentina, 1981.

67-TUSTIN Frances. Autismo y psicosis infantil. Edit. Paidós. España, 1984.

68-VILLARD de R. Psicosis y autismo del niño. Ed. Masson. Barcelona, 1986.

69-WING Lorna. "Sistematic recording of behavior and skills of retarded and psychotic children". Journal of Autism and childhood Schizophrenia. vol.8. pags.79-97. 1978.

70-WING Lorna. La educación del niño autista : guía para los padres y maestros. Ed. Paidós. Buenos aires, 1981.