

878525

2
2ej

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE AUTISMO QUE POSEEN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA DE TRES UNIVERSIDADES PRIVADAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ROSA MARIA CORZO GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS:
ING. CUAUHTEMOC CARRASCO

MEXICO, D.F.

1992



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.

INDICE

I.	INTRODUCCION	
	1. Planteamiento del Problema.....	4
	2. Planteamiento de las Hipótesis.....	5
	3. Importancia del Estudio.....	7
	4. Definición de Términos.....	8
	5. Alcances y Limitaciones del Estudio.....	9
II.	MARCO TEORICO	
	1. Un niño autista.....	10
	2. El Autismo no es una enfermedad.....	13
	3. Antecedentes Históricos.....	16
	4. Prevalencia.....	18
	5. Criterios Diagnósticos del Autismo.....	20
	6. Habilidades Extraordinarias:	
	El "Autistic Savant".....	25
	7. Definición de Autismo.....	28
	8. Diagnóstico Diferencial.....	31
	a) Esquizofrenia Infantil.....	31
	b) Sordera.....	32
	c) Retardo Mental.....	32
	d) Afasia.....	34
	e) Desarrollo Atípico.....	34
	f) Mutismo Selectivo.....	35
	g) Importancia del Diagnóstico Temprano.....	36
	9. Etiología	
	A.- Condiciones Orgánicas.....	37
	a) Factores y condiciones médicas identifica-	
	das con el Autismo.....	37
	b) Enfermedades Neurodegenerativas.....	40
	c) Síndrome "X-Frágil".....	41
	d) Síndrome de Rett.....	42
	e) Epilepsia en Pacientes Autistas.....	42
	f) Trastornos del Sistema Inmunológico.....	43
	g) Intolerancia Alimenticia: Alergias Cere-	
	brales.....	44

h) Problemas Visuales y Auditivos.....	45
g) Síntoma Autista en Otros Trastornos.....	45
B.- Autismo de Etiología Desconocida.....	45
a) Teoría Psicoanalítica.....	46
b) Teorías Biogénicas.....	49
c) Teorías Comportamentales.....	50
d) Nuevos Enfoques.....	52
10. Manifestaciones Clínicas del Autismo.....	54
a) El Primer Año de Vida.....	54
b) Segundo y Tercer Años.....	56
c) Niñez Tardía y Escolar.....	57
d) La Adulthood.....	58
11. Terapéutica del Autismo	
A.- Terapéutica Médica.....	60
B.- Terapéutica No-Médica.....	60
a) Psicoterapia.....	60
b) Terapia del Abrazo Forzado.....	61
c) Modificación Conductual.....	61
d) Ejercicio.....	62
e) Control Alimenticio.....	63
12. El Autismo y su impacto en la Familia.....	64
a) Al recibir el Diagnóstico.....	65
b) Durante los años escolares.....	68
c) Adolescencia.....	69
d) Adulthood.....	70
e) La Familia como sistema.....	70
f) Los Padres.....	73
g) Los Hermanos.....	74
h) Estrategias útiles para las Familias....	76

III.

METODOLOGIA

1. Los Sujetos.....	78
2. El Cuestionario.....	86
3. El Procedimiento.....	91

IV.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
1.	Presentación y Análisis de los Resultados.....	98
2.	Conclusiones.....	102
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103

I. INTRODUCCION

I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aun antes de que Kanner (1943) propusiera por primera vez la identificación del síndrome hoy conocido como Autismo, estos pacientes eran catalogados dentro de los trastornos psiquiátricos, y muchos de ellos recluidos en hospitales, causando considerable confusión entre los especialistas respecto a la naturaleza del trastorno y sus causas. En la actualidad, el autismo es un trastorno claramente definido y ampliamente estudiado desde diferentes enfoques y especialidades: psiquiatría, psicología, neurología, educación, genética, inmunología, etc. La Organización Mundial de la Salud lo clasifica como un trastorno psiquiátrico (O.M.S., 1989), al igual que la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A., 1988), y su estudio se incluye como parte del programa de la carrera de Psicología.

Sin embargo, aspectos relativos a la definición y el diagnóstico de este padecimiento han causado tanta controversia a lo largo de los años, que resulta difícil encontrar profesionales de la salud, incluyendo psicólogos, que sean capaces de reconocer y tratar este trastorno, como se demuestra en la estadística obtenida por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" de la Ciudad de México, que señala que los padres de familia recorren en promedio siete de dichos profesionales, antes de recibir el diagnóstico correcto (Márquez, 1989).

Si bien es preocupante, aun cuando comprensible la ignorancia que existe en la sociedad en general, respecto al autismo, es aun mas relevante cuando nos referimos a profesionales que deben ser capaces de, al menos, identificar este trastorno y orientar a los familiares del paciente sobre alternativas de diagnóstico y tratamiento adecuados.

I.2 PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

Nuestra personal experiencia en el campo del autismo, nos llevó a considerar que existe un gran desconocimiento al respecto, no sólo entre la población general, sino también entre los psicólogos. A fin de validar o rechazar esta postura, se elaboró el presente estudio, con las siguientes características:

a) GRUPOS ESTUDIADOS

Se comparó un grupo formado por estudiantes del último año de la carrera de Psicología en tres universidades privadas de la Ciudad de México, contra el mismo número de estudiantes que cursaban el mismo grado en otro tipo de carreras que no tuvieran relación con la salud en general, ni con la salud mental en particular.

b) CONOCIMIENTOS EVALUADOS

En el cuestionario utilizado, se incluyeron preguntas respecto a cuatro aspectos relativos al Autismo:

1. Etiología / Diagnóstico
2. Aspectos Cognitivos
3. Evolución o Curso
4. Terapéutica

c) VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Estudiantes del último año de Psicología
2. Estudiantes del último año de otras carreras

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Conocimiento sobre Autismo
2. Ignorancia sobre Autismo

VARIABLES DE CONTROL:

1. Posición socioeconómica media alta, dada por la pertenencia a una universidad privada.
2. Nivel cultural general medio-alto, dado por estar cursando el último año de una carrera universitaria.

d) HIPOTESIS

HIPOTESIS PRIMARIA ALTERNA (HP_a)

Las opiniones de los futuros psicólogos divergen de la información actualizada de publicación reciente, sobre autismo.

HIPOTESIS PRIMARIA NULA (HP₀)

Las opiniones de los futuros psicólogos coinciden con la información actualizada de publicación reciente, sobre autismo.

HIPOTESIS SECUNDARIA ALTERNA (HS_a)

Las opiniones de los futuros psicólogos sobre autismo, coinciden con las expresadas por el público en general.

HIPOTESIS SECUNDARIA NULA (HS₀)

Las opiniones de los futuros psicólogos sobre autismo, no coinciden con las expresadas por el público en general.

I.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El resultado de este estudio nos mostraría por una parte, lo que los futuros profesionales de la Psicología piensan y saben acerca del Autismo; asimismo, lo que la gente no relacionada con la psicología en general, ni con el Autismo en particular, piensan acerca de diversas características de este trastorno. De igual forma, mediremos hasta que grado ambos grupos coinciden entre sí, y con lo que expresan los especialistas a través de las recientes publicaciones sobre el tema.

En caso de validarse la Hipótesis Primaria, nos indicará que la información que los futuros profesionales de la psicología poseen respecto al autismo, no coincide con la información científica actualizada disponible y por lo tanto, si en el ejercicio de su profesión hubieran de atender un caso de autismo, no podrían hacerlo con la eficiencia y eficacia que se requiere de un profesional. Así pues, o bien deben tener en cuenta esta carencia y estar preparados para que en su momento refieran los casos de autismo o sospecha de autismo a profesionales especializados; o bien se amplíe su formación en este tema, para que los hoy estudiantes estén adecuadamente informados respecto a este padecimiento.

Si nuestra Hipótesis Secundaria se valida con la investigación, y ambos grupos coinciden en sus opiniones y creencias, podremos concluir que los futuros profesionales de la psicología no poseen más información sobre autismo que la que tiene cualquier persona de clase socioeconómica similar. Este indicaría la necesidad de revisar los planes de estudio e incluir mayor información acerca del autismo.

I.4 DEFINICION DE TERMINOS

FUTUROS PSICOLOGOS

Este grupo incluye estudiantes que al momento de la investigación, cursaban el último año de la carrera de Psicología en tres diferentes universidades privadas de la Ciudad de México, con estudios incorporados a la U.N.A.M. o a la S.E.P. Por las características de las universidades seleccionadas, se estableció homogeneidad en cuanto a la pertenencia de los individuos a la clase socioeconómica media, media-alta o alta.

PUBLICO EN GENERAL

Aquí se incluyeron estudiantes que al momento de la investigación cursaban el último año de carreras no relacionadas con la psicología, ni con el autismo, en las mismas universidades particulares, con lo que se pretendió fijar homogeneidad en las variables de control.

INFORMACION ACTUALIZADA DE PUBLICACION RECIENTE

Nos referimos a libros, revistas, reportes, conferencias y seminarios especializados en el tema del autismo, haciendo énfasis en aquellos cuya fecha de publicación sea posterior al año de 1980.

I.5 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como se ha señalado, la investigación abarca estudiantes de tres universidades privadas con programas incorporados a la S.E.P. o a la U.N.A.M., por lo que podemos inferir que el resultado sea representativo de la formación que sobre autismo exigen los programas de estudio de ambas instituciones para la carrera de Psicología. Sin embargo no podemos afirmar que todos los psicólogos tienen el mismo nivel de conocimientos sobre ese tema, ya que por una parte esto depende del énfasis que se dé en las diferentes escuelas de psicología según la corriente u orientación que prive en dicha escuela, y por otra, de la preparación adicional que cada psicólogo elija obtener, independientemente de las materias obligatorias que haya cursado en la Universidad.

En relación al grupo definido como "público en general", se incluyeron individuos que difieren del grupo de psicólogos, únicamente en que cursaban otras carreras, siendo alumnos de las mismas universidades y en el mismo grado. De ninguna manera representan éstos a la mayoría de la población del país, sin embargo consideramos que al limitar nuestra investigación a personas de estas características, se disminuyen las diferencias entre ambos grupos comparados que puedan deberse a clase socioeconómica y/o nivel cultural. Con esto pretendemos que la investigación muestre las coincidencias y divergencias derivadas de ser o no estudiante de la carrera de Psicología, y no al acceso a información privativa de un nivel cultural, medio ambiente o clase socioeconómica de pertenencia.

II MARCO TEORICO

II.1 UN NIÑO AUTISTA

Adrián es un niño bien parecido, de cabello ligeramente rizado y grandes ojos que miran cosas que nadie alcanza a descubrir. No habla, y cuando quiere algo toma la mano de la persona más cercana para indicar lo que quiere. A veces ríe estrepitosamente sin que podamos saber el motivo; otras, llora con gran desconsuelo sin causa aparente. Le encanta ver objetos girando, mecerse y estar solo.

Sus papás empezaron a notar que algo estaba mal, cuando Adrián tenía poco más de un año, pero el pediatra les dijo que no se preocuparan, que se trataba de un niño con "desarrollo lento", que no lo compararan con sus otros hermanos, que cada niño tenía su propio ritmo.

Luego, unos meses después, acudieron con un especialista en oídos pues sospechaban que Adrián fuera sordo, ya que no parecía oír lo que se le decía. Sin embargo, todo estaba bien con sus oídos, aunque les recomendaron acudir con una psicóloga.

Después de examinar al niño, la psicóloga indicó que Adrián no hablaba debido a un trauma emocional; seguramente el rechazo inconsciente (o consciente) de sus padres, había hecho que Adrián se negara a permanecer en este "mundo hostil", y se refugiara en su propio mundo. A partir de esa fecha, los papás deberían dejar que Adrián hiciera lo que quisiera; no regañarlo por nada y llevarlo a terapia emocional dos veces por semana.

Seis meses después, Adrián tenía ya dos años. Aun no hablaba, ni controlaba esfínteres, ni comía solo, y había comenzado a golpear su cabeza contra el piso y las paredes, y a hacer unos berrinches proverbiales cuando, en medio de una ola de culpa, mamá le decía: "NO".

Desesperados, los padres llevaron a Adrián con un neurólogo, quien les recomendó que lo metieran a una escuela Montessori, con lo que el niño se normalizaría. Otro

neurólogo dijo que Adrián era muy pequeño para "etiquetarlo": que se lo llevaran de nuevo en seis meses más. Finalmente, un neurólogo les dijo que sí había algo mal con Adrián: tenía inamndurez neurológica, es decir que su cerebro no estaba bien mielinizado. Propuso medicarlo para estimular su funcionamiento cerebral y así lograr que funcionara normalmente.

Durante un año Adrián recibió medicación y la actividad eléctrica de su cerebro mejoró, por lo que se apreciaba en los estudios que se le practicaron. También recibió terapias de todo tipo desde el "apapacho y has lo que quieras", hasta terapia de lenguaje con una terapeuta de lenguaje que hablaba español con acento texano.

Cuando Adrián cumplió tres años, seguía sin hablar, no controlaba esfínteres, no comía solo, continuaba golpeándose y haciendo berrinches. Los padres acudieron a un centro especializado en niños con trastornos del desarrollo y entonces escucharon la palabra temida: AUTISTA.

A partir de entonces la vida de Adrián (que tiene ya tres años) y su familia cambió. Este no es, sin embargo, el final feliz del cuento, sino solo el principio. Hubo mucho que aprender, mucho que aceptar y más aun que trabajar. Adrián sigue siendo un niño autista, la diferencia es que ahora los padres han podido buscar la ayuda adecuada, eficaz y desarrollada especialmente para niños autistas.

La historia de Adrián no es, a pesar de todo, la más típica. Estadísticas dadas a conocer por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" de la Ciudad de México (Márquez, 1989) indican que en promedio los padres de los niños autistas visitan 6.6 profesionales de la salud, antes de recibir un diagnóstico correcto. Asimismo, la edad promedio en que se inicia un tratamiento especializado al niño autista, es de 4.7 años, habiendo sido los 16 meses la edad promedio de aparición de síntomas.

Todo lo anterior resulta particularmente significativo si consideramos que los mejores resultados en cuanto a

normalización del funcionamiento de niños autistas, se ha logrado cuando la edad al inicio del tratamiento no excede los 40 meses (Lovaas, 1987).

II.2 EL AUTISMO NO ES UNA ENFERMEDAD

Cuando los padres de Adrián preguntaron al neurólogo que atendía al niño, por qué no les había dicho, un año antes, que era autista, éste respondió: "Porque el autismo no existe, no es una enfermedad, es un síndrome."

Síndrome se define como un conjunto de signos y síntomas que se presentan siempre juntos y de la misma manera en diferentes pacientes. El autismo es desde el punto de vista médico, un síndrome, del cual en una gran parte de los casos, se desconoce el o los factores causales o desencadenantes, y para el que hasta el momento, no existe cura. En capítulos posteriores examinaremos con más detalle los signos y síntomas presentes en el autista, así como los enfoques e investigaciones en los campos médico y educativo. Sin embargo por el momento creemos oportuno ahondar un poco más en esta resistencia de muchos médicos y profesionales a dar el diagnóstico de Autismo.

Existe en primer término una gran ignorancia al respecto, lo cual desde luego impide que un profesional pueda identificar el síndrome en el autista, sea niño o adulto. Ahora bien, en aquellos casos en que el profesional de la salud (médico, psicólogo, terapeuta, trabajador social o cualquier otro) puede identificar el trastorno, el término "Autismo" sigue siendo un diagnóstico difícil.

Hemos de identificar los dos objetivos fundamentales del diagnóstico:

- 1) En primer lugar, el diagnóstico sirve como punto de partida para buscar la ayuda necesaria para aliviar al paciente. Con esto nos referimos no únicamente a la curación total, que desde luego es lo más deseable en todos los casos, sino a todo tipo de terapéutica que pueda facilitar la mejor funcionalidad de la persona que sufre un trastorno de su salud. Esta ayuda puede ser desde la prescripción de medicamentos, indicaciones de cuidados necesarios, hasta terapias de todo tipo para mejorar su condición y la de los familiares que lo

rodean.

2) El segundo objetivo del diagnóstico es desde luego la investigación que en los diferentes campos, puede llevarse a cabo. Es indudable que únicamente a través de una clasificación atinada de los distintos padecimientos, es posible agrupar a los individuos y sus características, a fin de investigar con metodología científica y un mínimo grado de confiabilidad, las diferentes enfermedades, sus causas y posibles soluciones.

Creemos que este último objetivo del diagnóstico es lo que detiene a muchos médicos en particular, a dar el diagnóstico de autismo. Como veremos más adelante, las características conductuales y observables que definen al autista, están presentes en individuos con muy diferentes trastornos orgánicos. Siguiendo esta línea de pensamiento, el llamarlo "Autista" no indica nada en cuanto a la etiología, pronóstico o tratamiento médico indicado, y puede considerarse que sólo se está colocando al paciente en una especie de "tierra de nadie", a donde van a dar todos aquellos casos de los que no se sabe nada.

Es necesario reconocer que actualmente, la investigación científica alrededor del autismo es amplia y profunda, y aun cuando diferentes individuos presenten trastornos orgánicos diversos, el englobarlos dentro del grupo de autistas, permite acudir a las investigaciones realizadas y detectar, si es que se tiene la suerte de contar con un médico bien informado, la existencia o no de trastornos orgánicos identificados.

Por otra parte, no debemos olvidar que el primer objetivo del diagnóstico es la búsqueda de ayuda necesaria. Independientemente del tratamiento médico-farmacológico que pudiera estar indicado, los avances en el área de educación especialmente diseñada para los autistas, han sido notables. Así pues creemos que el dar el diagnóstico oportunamente, puede ayudar a los padres del autista en su búsqueda de los

servicios necesarios: diagnóstico funcional, terapias, escuelas, grupos de apoyo, etc. El contar con este tipo de facilidades, sí hace una diferencia en el futuro del niño autista y de su familia.

II.3 ANTECEDENTES HISTORICOS

El autismo fue descrito por primera vez como una entidad diagnóstica en 1943 por el Dr. Leo Kanner de la Universidad John Hopkins. Utilizó el nombre de "autismo infantil precoz" porque pensó que el alejamiento y retraimiento social demostrado en los primeros años de la infancia, eran las características más importantes en estos niños. El término "Autismo" es utilizado en psiquiatría para significar: retraído y absorto en sí mismo; proviene de la palabra "autos" que en griego significa "sí mismo".

Es probable que siempre existieran niños autistas, aunque solamente los últimos cuarenta años se les haya agrupado, considerándolos como un trastorno con características propias. Wing (1971) hace referencia a las leyendas que existían en Inglaterra respecto a los "niños tocados por las hadas" en las que se creía que las hadas robaban un bebé humano y lo cambiaban por un hijo suyo. En algunas versiones de estos cuentos, el niño cambiado era muy hermoso pero extraño en su comportamiento y alejado de los humanos. Se relataba que con frecuencia reía o lloraba sin motivo aparente, pero que esto se debía a que hablaba con las hadas, invisibles para los otros humanos.

En 1799, un médico francés, el Dr. Jean Itard, se hizo cargo de un niño de aproximadamente 12 años que había sido encontrado viviendo y vagando entre los bosques, en estado totalmente salvaje. Este niño recibió el nombre de Víctor y se le conoce también como "El niño Salvaje de Aveyron" (Itard, 1962). Releyendo este relato, es posible observar en Víctor el comportamiento de un niño autista, ya que era mudo y se comportaba como un animal salvaje. Itard describía a Víctor como un niño que no miraba directamente a las personas, no jugaba con juguetes, aunque mostraba tener una memoria sorprendente respecto a la posición de los objetos en su habitación, y se resistía a que fueran cambiados de lugar.

Con posterioridad, surgieron teorías que suponían que

Víctor era autista, porque había sido abandonado por sus padres en la infancia, lejos del contacto y el ejemplo humanos. Sin embargo parece más probable que haya sido separado de sus padres o abandonado por ellos en la agitada época posterior a la Revolución Francesa, precisamente porque era autista y difícil de manejar.

Como mencionamos anteriormente, es a partir de Kanner que el autismo se define como un síndrome clínico, cuando en 1943 publica un artículo en el que se describen 11 niños que mostraban un conjunto de síntomas poco usuales, como un aislamiento social marcado, falta de lenguaje e insistencia en que su ambiente no cambiara (Kanner, 1943).

II.4 PREVALENCIA

Estudios con diferentes grupos poblacionales han identificado la prevalencia de este trastorno. Los resultados varían desde 2 a 4.5 casos de autismo por cada 10.000 (Wing, 1971; APA, 1980; Demyer, 1981; Csapo, 1979) hasta 10 a 20 casos por cada 10,000 niños (Wing & Gould, 1979; Autism Society of America, 1982). La diferencia en cifras puede deberse a varios factores, como el uso de un criterio que incluya conductas de "tipo autístico", así como deficiencias en ciertas áreas que se asemejan a las que presenta el niño autista. Un criterio generalmente aceptado es una prevalencia de 4 autistas por cada 10,000, siendo más común en niños que en niñas, en una relación de 3 a 4 niños por cada niña (Janicki, 1983). La ASA (Autism Society of America - Asociación Americana de Autismo) considera una cifra de 14 por cada 10.000, en los cuales engloba tanto autistas, como otros individuos cuyas incapacidades requerirán de un tratamiento y educación similares.

En relación a la prevalencia del autismo, es interesante señalar los resultados de un estudio realizado en Japón (Sugiyama, 1989) que incluyó el seguimiento de 12,263 niños desde su nacimiento y durante 6 años. El estudio se realizó de abril de 1979 hasta marzo de 1984 en el Centro de Salud Pública de Midori, Naoya, abarcando la población total y arrojó una prevalencia de 13 casos de autismo por cada 10,000, equivalente a más de tres veces el porcentaje encontrado en el resto del mundo. Por su parte Bohman y cols. (1983) reportaron una incidencia de 12.6 por 10,000 en Suecia y Takkahashi & Ishii (1983) reportaron 16 por 10,000 en Toyota, Japón. Existen tres posibles razones para este incremento en las tasas de incidencia: por una parte, descuerdos en cuanto al criterio diagnóstico; por otra, diferencias en el método de muestreo; y la tercera posibilidad es que efectivamente la incidencia de autismo esté aumentando. Creo que no debemos descartar esta posibilidad.

Si nos guiamos por las cifras generalmente aceptadas y consideramos que México tiene una población de aproximadamente 80 millones de habitantes, de los cuales 10 millones se concentran en el área metropolitana de la Ciudad de México, tendremos que existen alrededor de 32,000 autistas, 8,000 sólo en la Ciudad de México

El autismo aparece en familias de todo tipo de condiciones sociales. Inicialmente Kanner (1957) y otros autores pensaron que ocurría con más frecuencia en las familias dónde ambos padres poseían un C.I. superior, sin embargo, estudios posteriores no han podido comprobar estas hipótesis (ASA, 1982).

El orden de nacimiento no es un factor y casi siempre los otros niños de una familia con un hijo autista, son normales.

Diferentes investigaciones indican que existe la posibilidad de que esté presente un componente genético, al menos en ciertos casos de autismo, y que se trate de un patrón hereditario autosómico recesivo. Coleman y Rimland (Coleman, 1976) encontraron más de un niño autista en 8% de las familias estudiadas (n=78), Rimland (1971), al analizar 4200 familias de 32 países, encontró aproximadamente un 1.6% de familias con dos o más niños autistas, excluyendo los gemelos. Según DeMyer (1981), la incidencia de autismo en hermanos de niños autistas es del 2%. Asimismo, se sabe que el autismo tiene una concordancia mayor en gemelos monocigóticos que en dicigóticos.

II.5 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE AUTISMO

Lamentablemente, hasta el momento no existen pruebas de laboratorio ni estudios anatómicos o fisiológicos que permitan detectar ni diagnosticar inequívocamente el autismo. Por ello, el diagnóstico debe basarse en la observación del comportamiento del sujeto, de lo que se deduce que estamos frente a un síndrome de diagnóstico conductual, basado en características observables.

En las últimas cuatro y media décadas, diferentes autores han publicado una gran variedad de criterios diagnósticos de este síndrome. Mencionaremos algunos de los más citados.

Wing (1971) divide las características de los niños autistas en cuatro grandes grupos:

I. Problemas en la Comprensión del Mundo:

1. Respuestas desusadas a los sonidos.
2. Dificultades en la comprensión del lenguaje.
3. Dificultades en el habla.
4. Deficiencias en la pronunciación y el control de la voz.
5. Problemas en la comprensión de lo que ven.
6. Problemas en la comprensión de los gestos.
7. Usan los sentidos del tacto, gusto y olfato, más que los otros niños.
8. Movimientos poco usuales del cuerpo.
9. Torpeza en los movimientos que requieren habilidad.

II. Problemas de Conducta y Emocionales:

1. Alejamiento y retraimiento social.
2. Resistencia al cambio.
3. Temores especiales.
4. Conducta socialmente embarazosa.
5. Incapacidad de jugar.

III. Habilidades Especiales presentes en algunos niños.

- IV. Cambios positivos en las áreas social y emocional, entre los 5 y los 7 años.

Rutter (1978) enfatiza cuatro aspectos:

- 1) Aparición de los síntomas antes de los 30 meses.
- 2) Desarrollo social deficiente que tiene ciertas características especiales y que no concuerda con el nivel intelectual del niño.
- 3) Desarrollo del lenguaje retrasado y anormal, que tiene también ciertas características y no concuerda con el nivel intelectual del niño.
- 4) Insistencia en "mismidad" (que las cosas sean siempre iguales, que no cambien), la cual se muestra en patrones de juego estereotipados, preocupaciones anormales o resistencia al cambio.

Por su parte, Ritvo & Freeman (1978) enfatizan cinco criterios ligeramente distintos:

- 1) Signos y síntomas presentes antes de los 30 meses.
- 2) Anormalidades en la velocidad y/o secuencia del desarrollo.
- 3) Problemas en la respuesta a estímulos sensoriales.
- 4) Problemas en el habla, lenguaje y capacidades cognitivas.
- 5) Problemas en sus relaciones con otras personas, eventos y objetos.

La ASA (1989) incluye:

- a) Anormalidades en la velocidad de aparición o ausencia de habilidades físicas, sociales y de aprendizaje.
- b) Respuesta anormal a las sensaciones. Cualquiera de los sentidos o una combinación de éstos, o de reacciones a estímulos, están afectados: visión, audición, tacto, equilibrio, olfato, gusto, reacción al dolor, así como la forma en que el individuo sostiene su cuerpo.
- c) El habla y el lenguaje están ausentes o retrasados, aun cuando capacidades específicas del pensamiento pueden estar presentes. Poca comprensión de ideas y uso de palabras sin adjudicarles su significado usual.
- d) Modo desusado de relacionarse con personas, objetos y eventos. Los niños autistas no se relacionan en forma adecuada ni con los adultos ni con otros niños. Los objetos y juguetes son usados de un modo diferente al acostumbrado.

do.

Johnson & Koegel (1982) listaron por su parte siete grupos de conductas que generalmente aparecen en los niños autistas:

1.- Dificultad para relacionarse con otras personas: esto frecuentemente se nota desde el nacimiento. Puede mostrar ausencia o retraso de la sonrisa social y puede no dar los brazos en anticipación a ser cargado. Algunos niños son incapaces de formar lazos emocionales con personas significativas en su ambiente y por ejemplo, no mostrar tristeza cuando su mamá abandona la habitación. Igualmente, un niño puede jugar al lado de otros sin interactuar con ellos.

2.- Lenguaje: los niños autistas en general muestran diversos grados de deterioro o retraso en la adquisición y comprensión del lenguaje. Muchos niños autistas son no verbales y otros presentan ecolalia. Por ejemplo, un niño puede repetir muchas frases o aun conversaciones que oyó anteriormente, sin mostrar señal alguna de que las palabras conllevan un sentido. Otras características que pueden presentarse son: construcción gramatical primitiva, reversión de pronombres, así como incapacidad de utilizar términos abstractos.

3.- Disfunción Sensorial: Muchos niños parecen tener disfunción sensorial: como si no vieran u oyeran cosas que suceden a su alrededor. Pueden mostrar respuestas exageradas o bien no responder ante estímulos táctiles, luces, sonidos o ante el dolor. Por ejemplo: a un niño puede no molestarle un sonido muy fuerte y parecer como si no lo oyera, pero molestarse ante el ruido que hace el papel al desenvolver un caramelo.

4.- Afecto Aplanado: Es frecuente en los niños autistas el presentar un afecto aplanado o inapropiado. Pueden no tener una expresión facial adecuada a las circunstancias o no mostrar miedo ante situaciones de peligro real como cruzar una calle, el fuego, objetos punzocortantes, etc. Llegan a

responder con berrinches prolongados a la más leve instrucción o demanda; reír en forma incontrolable sin que exista ningún estímulo aparente o llorar inconsolablemente por horas sin razón visible.

5.- Conductas repetitivas: Es típico observar al niño autista permanecer por largos periodos ocupado en conductas autoestimulatorias repetitivas y estereotipadas, que aparentemente no tienen otro propósito que proveer al niño de estimulación sensorial. En general, las conductas autoestimulatorias son: manipulación de manos o dedos enfrente de los ojos; aletear las manos a la altura de los hombros; hacer bizco, entrecerrar los ojos o voltearlos excesivamente hacia un lado de la órbita; vocalizaciones repetitivas sin sentido (Ejemplo: "tiki tiki tiki..." o "aeh aeh aeh..."); colgar o hacer girar objetos frente a los ojos; morder objetos; mecer el cuerpo y otros. Se ha comprobado que este tipo de conductas autoestimulatorias impiden en forma significativa el aprendizaje del niño autista (Koegel & Covert, 1972).

6.- Juegos: Con frecuencia los niños autistas son incapaces de desarrollar habilidades normales de juego. Prefieren hacer girar la pantalla de una lámpara o prender y apagar un interruptor de luz por largo tiempo, en lugar de usar los juguetes que están a su alrededor. Si acaso lo hacen, los usan de manera anormal, como por ejemplo alinearlos según una cierta característica, o voltear un cochecito y hacer girar sus ruedas, en vez de rodarlo en el piso. El juego social con otros niños puede llegar a surgir espontáneamente, pero usualmente no se dá.

7.- Rituales: Finalmente, los niños autistas presentan con frecuencia conductas obsesivas ritualísticas que se han identificado con una profunda resistencia ante los cambios en el ambiente o las rutinas diarias. Algunos ejemplos son el insistir en un tipo de comida, un arreglo específico de muebles, rutas definidas para llegar a lugares conocidos; un cambio en estas rutinas, aun en forma muy leve, puede causar

una desorganización extrema en la conducta del niño.

II.6 HABILIDADES EXTRAORDINARIAS: EL "AUTISTIC SAVANT"

Cuando un pequeño de 18 meses es capaz de sumar, restar y multiplicar mentalmente grandes cantidades, o de calcular en qué día de la semana cayó tal o cual fecha de hace varios años; cuando una niña de tres años puede tocar al piano cualquier melodía con sólo haberla escuchado una vez, o un adolescente es capaz de memorizar una página del directorio telefónico con una sólo leída, es ciertamente motivo de asombro y admiración. Pero lo que es aun más sorprendente es que ninguno de ellos sea capaz de conversar o aun de hablar; que puedan leer en voz alta páginas y páginas de libros, sin comprender lo que se dice ni poder expresarlo en sus propias palabras; que tengan en general un severo retraso en todas las demás áreas, excepto en esa que muestran como excepcional.

Estos son los niños que han sido llamados "Sabios Idiotas" (*Idiot-Savant*) y actualmente "*Autistic Savant*", y que desde luego es el sub-grupo de niños autistas que han llamado más poderosamente la atención. Sin embargo no son la mayoría de los autistas. Rimland (Serban, ed., 1978) reporta que sólo el 9.8% de los autistas (n=5400) presentan habilidades que pueden clasificarse como de *Autistic Savant*.

Por otra parte es necesario hacer notar que existen dos criterios muy diferentes para hablar de un *Autistic-Savant*. Hay quienes consideran un "*savant*" a un individuo autista que funciona en todas sus áreas muy por debajo de lo normal, pero que sin embargo tiene una o dos áreas en las que se maneja a niveles normales. Así, tal vez sea hábil en el dibujo de imitación o tenga buen gusto al combinar colores y texturas en un trabajo pictórico; o bien quizá pueda tocar al piano melodías sencillas "de oído", como lo haría un individuo de su edad que tuviera cierta predisposición hacia la música. En los casos anteriores, sería demasiado optimista y poco veraz utilizar el término de "*autistic savant*", ya que no existen habilidades realmente extraordinarias, sino únicamente habilidades aisladas en las

que el nivel de funcionamiento es normal, y que sobresalen por contraste con el funcionamiento general del individuo. El segundo criterio, y a mi juicio más acertado, es considerar "savants" sólo a aquellos individuos que presentan una o varias áreas de funcionamiento extraordinariamente superior al esperable en un individuo de edad similar. Siguiendo este criterio, sólo el 2% de la población autista puede considerarse *Autistic-savant*.

Así pues, no debe pensarse que las habilidades extraordinarias se presentan en todos los autistas, como tampoco es cierto que sólo los autistas presentan estas habilidades, aunque en ellos aparecen con mayor frecuencia. Han surgido casos entre retrasados severos, personas normales y unos cuantos genios como Gauss y Ampere.

Por otra parte, hay también casos muy conocidos de genios que han presentado ciertas características autistas, como Newton, de quién se dice era capaz de aislarse totalmente en una intensa introspección, desconectándose totalmente del mundo exterior. O bien Einstein, quien no habló hasta los cuatro años de edad, o más recientemente Bobby Fischer, el famoso campeón mundial de ajedrez, quien persistía en resolver jugadas en su tablero miniatura durante la ceremonia de premiación; o Howard Hughes, quien insistía en medir con una regla su pastel de chocolate preferido, el cual debía tener exactamente 12 pulgadas de diámetro, o lo regresaba al cocinero.

Estos ejemplos han propiciado que algunos autores piensen que los individuos autistas son genios incipientes, cuyas excentricidades son tan severas e incapacitantes que excluyen cualquier participación en el mundo "normal" o "práctico" (Serban, 1978).

La proporción entre niños y niñas en la población de *Autistic Savants* es de 3.5 niños por cada niña, muy similar a la de la población autista en general.

Las habilidades extraordinarias más comunes son: música, memoria, dibujo, pseudo-verbal y matemáticas. Asimismo, en

119 casos estudiados, se presentaron 230 habilidades extraordinarias, pues algunos poseían más de una de estas habilidades (Rimland, 1989).

II.7 DEFINICION DE AUTISMO

Como ha podido observarse, aun cuando diferentes autores enfatizan aspectos distintos del síndrome, y encontrando algunas descripciones más específicas y anecdóticas que otras, todos coinciden en lo fundamental, que está contenido en la definición que proporciona la APA en su Tercera Edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o DSM-III-R (APA, 1989), así como en la definición que da la Organización Mundial de la Salud en la edición 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades o ICD 10 (International of Diseases, O.M.S., 1989).

A fin de aclarar conceptos, mostraremos la evolución de ambas clasificaciones:

Organización Mundial de la Salud:

1978: ICD-9

Psicosis de Origen Específicamente Infantil:

- AUTISMO Infantil
- Psicosis Desintegrativa

....

1988: ICD-10

Trastornos Difusos del Desarrollo:

- AUTISMO Infantil
- AUTISMO Atípico
- Trastorno Desintegrativo
- Trastorno Hiperquinético asociado a movs. estereotipados.
- Trastorno esquizoide infantil (o Síndrome de Asperger)

....

Asociación Psiquiátrica Americana (APA):

1968: DSM-II

Esquizofrenia:

-
- Esquizofrenia, Tipo Infantil

....

1980: DSM-III

Trastornos Profundos del Desarrollo:

- AUTISMO Infantil
- AUTISMO Infantil, residual
- Trastorno profundo del desarrollo de inicio infantil.
- Trastorno profundo del desarrollo atípico.

1988, DSM-III-R

Trastornos Profundos del Desarrollo

- Trastorno AUTISTICO o AUTISTA
- Trastorno profundo del desarrollo no especificado.

Observando la evolución de criterios de ambos organismos (OMS y APA), surgen varios comentarios:

1.- Aun cuando han pasado ya casi diez años de que el autismo no es considerado una psicosis por la A.P.A. y se diferencia claramente de la esquizofrenia, todavía en la actualidad persiste la tendencia por parte de algunos profesionales de la salud, de englobarlo como una psicosis infantil. El problema que esto acarrea, independientemente del error en que se incurre, es que hace suponer que un tratamiento adecuado a un psicótico, lo es también para el autista y, lo que es peor, que un niño autista será inevitablemente un adulto psicótico. Al analizar posteriormente el diagnóstico diferencial con desórdenes como la esquizofrenia, se apreciará la diferencia entre ambos trastornos.

2.- En la actualidad, ambas organizaciones coinciden en incluir al Autismo dentro de los "Trastornos del Desarrollo", criterio que parece más adecuado a la realidad del síndrome que afecta de manera singular el desarrollo del niño, así como su adquisición de habilidades funcionales.

3.- Actualmente, a partir del DSM-III-R, ya no se hace la distinción en la edad de aparición de la sintomatología, por lo que el término de Autismo Infantil se aplica a aquellos casos que reúnan las características, aun cuando los signos y síntomas se hagan evidentes después de los 30 meses de

edad.

4.- Finalmente, y tal vez lo más importante, existe un acuerdo en las características observables que son condición para el diagnóstico de autismo infantil y que son:

- a) Trastornos en la comunicación verbal y no verbal.
- b) Limitada o nula capacidad de interacción social recíproca.
- c) Limitada o nula actividad imaginativa.
- d) Conducta estereotipada y repetitiva con una notable limitación de intereses.

II.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En ocasiones, el autismo infantil puede confundirse con otros padecimientos. Usualmente, la causa por la cual los padres llevan al niño a valoración, es la falta de lenguaje; y en ocasiones la sintomatología que expresan puede estar más relacionada con lo que representa un problema para ellos, que con las conductas que presenta el niño. Esto hace aun más difícil el diagnóstico. Sin embargo, ya que el objetivo del diagnóstico es el elegir la terapéutica más adecuada, es importante distinguir el autismo de otros cuadros como:

II.8.a) ESQUIZOFRENIA INFANTIL

El DSM-III-R (APA, 1989) explica que no hay pruebas de que el autismo esté relacionado con los trastornos psicóticos de la vida adulta ni con el inicio de la esquizofrenia. Aun cuando es posible que algún niño autista presente esquizofrenia en la vida adulta, actualmente no es posible predecir qué niño lo hará. Reuniendo los criterios de varios autores, a continuación se muestra un cuadro de las diferencias esenciales entre el autismo y la esquizofrenia:

	Autismo:	Esquizofrenia:
Edad de Comien. :	Usualmente antes de los 30 meses.	Infancia tardía o adolescencia.
Incidencia	4/10,000	8/10,000
Socialización	Muchas dificultades en sus relaciones interpersonales. No comunicativos. Aislamiento.	Las relaciones personales están siempre presentes.
Lenguaje	Trastornos graves. Ausente o rudimentario y no funcional. Ecolalia, inversión de pronombres.	Hay desarrollo de lenguaje. Al aparecer el trastorno el lenguaje se vuelve pobre, vago, disgrega-

Mismidad	No tolera los cambios.	do, sobreelaborado o metafórico.
Alucinaciones y Delirios	No hay.	Tolera de buen grado los cambios.
Probabilidad de tener pariente esquizofrénico	Igual a la población general.	Siempre presentes.
Efectividad terapéutica	Mayor por modificación de Conducta.	Significativamente superior a la población general.
Pronóstico	No hay curación. Posibilidad de algún tipo de mejoría.	Mayor por psicofármacos. Posibilidades de remisión bastante completa.

II.8.b) SORDERA

Es frecuente que el niño autista haya sido llevado previamente a un exámen de audición, pues los papás llegaron a sospechar que era sordo.

De la misma manera, los niños que nacen sordos tienen problemas en la comprensión y uso del lenguaje hablado, y pueden ser socialmente retraídos. Sin embargo, la diferencia esencial con el niño autista, es que el niño sordo es capaz de utilizar el gesto muy rápidamente, y sobre todo, de señalar los objetos con el dedo, mientras que el niño autista toma la mano del otro para obtener lo que quiere. El niño sordo puede no dar respuesta a los sonidos, pero reacciona a lo que ve, le gusta ser acariciado y en general, gesticula para comunicarse: reacciona al ambiente y a las personas.

II.8.c) RETARDO MENTAL

Schopler (1983) encontró que más del 33% de la población autista estudiada tenía un CI inferior a 40; el 38% tenía un retardo de leve a moderado y sólo un 29% se encontraba entre normal-bajo y fronterizo. Otros autores opinan (Dunlap, 1985) que 3 de cada 4 niños autistas tienen también retardo mental, y la ASA (1982) opina que más del 60% de los autistas tienen un CI por debajo de 50; un 20% entre 50 y 70, y sólo un 20% arriba de 70 (el DSM-III-R señala como retardo mental un CI de 70 o menos). En general podemos afirmar que de un 70% a un 80% de la población autista, tiene además algún grado de retardo mental, y que es falsa la opinión que existe respecto a que los niños autistas son tan especiales que es imposible medir su CI a través de pruebas estandarizadas de inteligencia.

Aun cuando coexistan el autismo y el retardo mental en algunos niños, hemos de poder distinguir a aquellos que sólo son autistas y aquellos que sólo tienen retardo mental pero no autismo, ya que el enfoque terapéutico es diferente por necesidad.

En general, aun los niños autistas con más lenguaje expresivo, se muestran mucho menos capaces en situaciones sociales y están más interesados en los estímulos mecánicos, que en los estímulos humanos.

Otra diferencia importante se aprecia al evaluar a estos niños en las diferentes áreas, pues mientras que el niño autista presenta áreas en las que su funcionamiento está muy cercano al normal para su edad (motricidad gruesa, motricidad fina o habilidades de autoayuda), en otras áreas el nivel es muy bajo (lenguaje, socialización, habilidades cognitivas). En el niño con retardo mental, las áreas están bajas, pero todas ellas en nivel muy similar. Es decir, el retraso es homogéneo.

Otra diferencia es que en el niño con retardo mental, las relaciones interpersonales no están desajustadas: sonríe, trata de agradar y muestra contacto visual, aunque puede producir algunos movimientos/gestos similares al niño

autista, como aletear, hacer berrinches y autoestimularse.

El autismo se caracteriza por una distorsión en el desarrollo de múltiples funciones psicológicas básicas, implicadas en las habilidades sociales y de lenguaje. Los niños autistas presentan anomalías cualitativas graves que no corresponden a ningún estadio del desarrollo normal, por lo que no se puede relacionar con un "retraso" en las funciones, sino con una "distorsión" de éstas (APA, 1980; Wenar, 1986).

II.8.d) AFASIA

La distinción entre afasia y autismo es un buen ejemplo del valor de la diferenciación clínica. Los niños con afasia primaria pueden tener historias similares a las de los niños autistas. Pueden ser normales durante el primer año y hasta el segundo, pero conforme pasa el tiempo y el lenguaje se convierte en la forma esencial de relación social, y las tareas cognitivas requieren la intervención del lenguaje para su solución, estos niños afásicos desarrollan importantes problemas conductuales. Se vuelven hiperactivos, ansiosos y difíciles de controlar. Inclusive a la edad de 4 o 5 años pueden parecer niños simbiotizados con su madre, ya que ella es probablemente la única persona que entiende su forma de comunicación.

Sólo una observación cuidadosa mostrará que el niño afásico conserva sus capacidades de lenguaje interior, tal como se muestra en el juego espontáneo y estructurado que realiza; asimismo es capaz de producir gesto simbólicos con un amplio repertorio de mímica, usando signos y señas para comunicar sus pensamientos. Su capacidad e interés en formar lazos afectivos y relaciones sociales significativas, está intacta.

II.8.e) DESARROLLO ATÍPICO

Los niños que tienen un "Desarrollo Atípico" profundo, muestran muchas características similares a los niños

autistas: dificultades en las funciones perceptuales, en la modulación de la ansiedad, relaciones sociales y atención. Sin embargo, estos problemas son menos severos y en ocasiones pueden aparecer más tarde, durante el segundo o tercer año.

Para estos niños se han propuesto una serie de etiquetas diagnósticas, como Disfunción Cerebral Mínima (DCM), Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Inmadurez Neurológica, Psicosis Simbiótica y otros. La distinción clínica parece depender más de la orientación teórica del clínico evaluador, que de un criterio clínico definido.

En el extremo más leve de este tipo de trastorno, se encuentra la DCM, caracterizada por dificultades en atención, procesamiento cognitivo de la información, organización motora y desarrollo de la personalidad. El niño con desarrollo atípico podría ser una forma grave de DCM, ya que sus dificultades en las diferentes áreas son más severas.

En contraste, el niño con desarrollo atípico tiene menos problemas que el niño autista, ya que sus relaciones sociales se caracterizan más por inmadurez, que por aislamiento o incapacidad de establecer lazos afectivos primarios; las conductas repetitivas y estereotipadas tan comunes en los niños autistas, no se observan en estos niños.

En general debe pensarse que el niño con desarrollo atípico tiene un desarrollo lento o tardío, pero cuyas fases corresponderán a aquellas del desarrollo de un niño normal; mientras que el niño autista presenta una distorsión del desarrollo y fases que no corresponden a aquellas del niño normal.

II.8.f) MUTISMO ELECTIVO

En este trastorno, el niño es capaz de hablar, pero elige no hacerlo en ciertas circunstancias, y por lo general aparece

entre los 4 o 5 años de edad. La característica distintiva es que este niño puede usar el lenguaje y los gestos con fluidez e intención comunicativa cuando lo hace, y no presenta las anomalías del lenguaje, expresión vacía o carencia de intención comunicativa, tan típicas del autismo.

En general, y si quisiéramos resumir en un sólo punto las diferencias entre el autismo y otros trastornos, el más específico es la ausencia de gesto significativo correspondiente a las circunstancias.

II.8.g) IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO

Los padres de un niño autista escriben: "Lo que nosotros y todos los padres necesitan es una afirmación definitiva del médico respecto del diagnóstico de autismo de nuestros niños, y no una cháchara sobre "desarrollo desusado", "desarrollo lento", o "lo va a superar", "posible retardo mental con características autistas". Ciertamente no necesitamos eso". (Ritvo, 1976).

Como hemos señalado anteriormente, en el autismo el diagnóstico es sólo el inicio de la búsqueda de servicios adecuados y permite planear el futuro. Hay significativas diferencias entre un niño que ha tenido los cuidados y la educación apropiada, y el que no la tiene. Esta es la razón, además de la necesidad de los padres de conocer la realidad de sus niños, por lo que un diagnóstico temprano y atinado es de vital importancia.

II.9 ETIOLOGIA

II.9.A CONDICIONES ORGANICAS

II.9.A.a) FACTORES Y CONDICIONES MEDICAS IDENTIFICADAS CON EL AUTISMO

Recientemente Gillberg (1990) y Coleman (1989) hicieron una recapitulación del trabajo de investigación médica que sobre el autismo se ha hecho en los últimos años. Esto es particularmente importante ya que pone de manifiesto sin duda alguna, la etiología fisiológica del trastorno, y sirve como una guía de las posibles condiciones médicas a explorar en los pacientes autistas.

FACTOR/CONDICION MEDICA:

1. Mayor proporción en niños que en niñas 4:1
2. Retardo mental 70% de los autistas
3. Epilepsia
4. Deterioro importante en la adolescencia
5. Concordancia en gemelos monocigóticos
6. Condiciones desfavorables en los periodos pre y perinatales.
7. Anormalidad cromosómica de "X Frágil" 8% de los autistas
8. Otras anormalidades cromosómicas
9. Esclerosis tuberosa 4% de los autistas
10. Neurofibromatosis 8% de los autistas
11. Espasmos infantiles (Sind. West).....el 30% son autistas
12. Fenilcetonuria sin dieta, el 100% serían autistas
13. Rubéola Intrauterina
14. Herpes post-natal
15. Hidrocefalia
16. Síndrome de Moebius del 25% a 30% son autistas
17. Hipocalcinuria
18. Síndrome de Rett
19. Acidosis Láctica (trastorno metabólico)
20. Distrofia muscular de Duchene
21. Demencia de Heller (trastorno desintegrativo)

24. Coleman & Gillberg, 1985
25. Steffenburg, 1990
26. Smith & cols., 1988
27. Plioplys, 1990
28. Randolph & Moss, 1989

En un estudio recientemente realizado en Suecia con más de mil casos de Autismo, el Dr. Gillberg (1990) encontró que el 36% padecía alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, aunque sólo en el 20% había sido diagnosticada la enfermedad. Del 64% restante de casos, 50% presentaban claros signos de daño cerebral, como anomalías en el electroencefalograma (EEG) o visibles anomalías estructurales en el encéfalo, detectadas en imagen de resonancia magnética.

Los resultados de este estudio nos llevan a considerar que el 86% de los casos de autismo presentan claramente un daño orgánico de algún tipo. En general, las partes del encéfalo que están afectadas son los lóbulos frontales y prefrontales, el tallo cerebral, y en algunos casos, el cerebelo. Este es el circuito que está afectado en muchas de las enfermedades mencionadas, por lo que el autismo debe ser indiscutiblemente aceptado como un trastorno neurológico.

A este respecto hemos de señalar que aun cuando en algunos casos puede identificarse claramente la etiología del síndrome, en otros sólo se puede detectar un trastorno orgánico que explica al menos una parte de la sintomatología. La comunidad médica tiende en general a no utilizar el término autismo, y referirse únicamente al o los trastornos orgánicos detectados. Esto presenta una desventaja para el paciente, pues independientemente del tratamiento médico y farmacológico indicado para cada una de estas enfermedades, la enseñanza, entrenamiento y condiciones ambientales adecuadas para los casos de autismo de causa desconocida, lo son también para aquellos casos de etiología detectada.

Por otra parte, consideramos que al agrupar todas

aquellas condiciones orgánicas que producen efectos conductuales similares, será más fácil tratar de identificar los mecanismos y estructuras afectadas que tienen en común las condiciones médicas identificadas con el autismo, y estar en una mejor posición para investigar y eventualmente aislar la o las causas del síndrome autista.

No es el propósito de este estudio describir detalladamente los trastornos mencionados, pero nos referiremos a varios que tienen particular interés:

II.9.A.b) ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Estos son trastornos en los cuales se da una pérdida progresiva de funciones neuronales, debido a anomalías estructurales en el sistema nervioso central, y en las que puede o no haber participación del sistema nervioso periférico u otros órganos (Wisniewski, 1987).

Actualmente se han descrito más de 600 enfermedades neurodegenerativas que afectan a los niños y casi 100 a los adultos. Algunas de estas enfermedades tienen como causa un defecto bioquímico, y la mayoría son genéticamente determinadas, autosómicas recesivas y con frecuencia debidas a errores metabólicos desde el feto. Algunas pueden producirse debido a factores no genéticos, como infecciones virales persistentes, problemas del sistema inmunológico o encefalopatías tóxicas crónicas o metabólicas. La etiología de la mayoría de estos trastornos es aun desconocida.

Quienes los padecen, presentan una disfunción neurológica progresiva que puede iniciarse en cualquier edad. Pueden perder la capacidad de ver, oír, caminar o hablar; producir movimientos involuntarios, tener problemas de coordinación, ataques, etc.

Debido a esta pérdida de funciones, se ha querido relacionar al autismo de aparición en la infancia (es decir, aquel cuyos síntomas no están presentes desde el nacimiento), con las enfermedades neurodegenerativas. Tal es el caso del niño que habiendo empezado a hablar, pierde el

lenguaje.

Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido encontrar una relación entre ambos padecimientos, ya que mientras las END son por definición progresivas, en el caso del niño autista que pierde el lenguaje adquirido, el contacto visual u otras conductas, usualmente no hay una continuidad en el deterioro, y con entrenamiento adecuado, puede volver a adquirir algunas funciones.

II.9.A.c) SÍNDROME "X-FRÁGIL"

Por mucho tiempo se ha sabido que hay más hombres que mujeres reclusos en instituciones para retrasados mentales, por lo que surgió en 1943 la teoría de que un defecto hereditario ligado al sexo, podía contribuir a esta mayoría masculina en el retardo mental (Martín, 1943).

Los seres humanos cuentan con 23 pares de cromosomas (complejos moleculares que contienen segmentos de DNA, portadores de carga genética) en el núcleo de cada célula. El par número 23 se ha identificado como el par sexual, pues entre otra información, determina el sexo. Así, en las mujeres el par 23 está formado por dos cromosomas "X", y en los varones, por un cromosoma "X" y un "Y".

Después de años de investigación en este sentido, el retardo mental asociado al cromosoma "X" se definió como "Síndrome del X-Frágil" (Lubs, 1983). Anatómicamente consiste en un defecto situado al final de uno de los brazos del cromosoma "X". En virtud de que las mujeres poseen dos cromosomas "X", es menos frecuente que estén afectadas por el síndrome, ya que su cromosoma "X" normal puede encubrir o compensar los efectos del cromosoma defectuoso. Sin embargo, los hombres, que sólo tienen un "X", son más susceptibles.

Se sabe que aproximadamente el 33% de las mujeres que tienen X-Frágil están afectadas conductualmente, mientras que el 80% de los hombres que lo tienen, están afectados en mayor o menor grado.

Aun no se sabe exactamente cómo o por qué la mutación

del X-Frágil afecta el cerebro. Estudios de autopsia han mostrado que las sinapsis en el cerebro son extremadamente bajas en número, y que las conexiones existentes son muy débiles, como en los recién nacidos.

Se ha atribuido al X-Frágil el 10% de los casos de autismo, pero esta cifra es aproximada. También se han encontrado casos de X-Frágil que presentan otra sintomatología, como Retardo Mental o Esquizofrenia. No hay cura para este síndrome y hasta ahora lo único recomendable es iniciar una intervención educativa-terapéutica a la más temprana edad posible, lo cual sí hace una diferencia en el largo plazo (Murphy, 1987).

Originalmente se pensaba que el X-Frágil estaba presente únicamente en niños que mostraban las características físicas típicamente asociadas con este síndrome: orejas largas en forma de bat, cara alargada, pugares anchos y pies grandes, así como testículos hipertrofiados. Varios estudios han demostrado que estas características no suelen estar presentes en la etapa prepuberal, por lo que no debe descartarse el X-Frágil en niños pequeños por su falta de signos físicos aparentes.

II.9.A.d) SINDROME DE RETT

Actualmente se reconoce como una entidad diagnóstica separada del Autismo, y en el ICD-10 se incluye, junto con éste, en los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Ocurre solamente en niñas y usualmente no es difícil reconocerlo por un neurólogo experimentado, aunque en un pequeño número de casos, los síntomas se traslapan con el "Autismo Clásico" o con los "Trastornos Desintegrativos de la Infancia". Sin embargo, especialmente cuando los síntomas autistas son evidentes entre los 8 y 18 meses de edad en una niña, el Síndrome de Rett debe considerarse como una posibilidad.

II.9.A.e) EPILEPSIA EN PACIENTES AUTISTAS

Autores de todo el mundo coinciden en asociar el autismo con

la epilepsia. Kanner, en su primer seguimiento de niños antes de la pubertad, observó un 9% de incidencia de epilepsia en niños con "Autismo Clásico", incrementándose este porcentaje al 18% en la edad adulta (Kanner, 1971).

De forma similar, Rutter (1970), Lotter (1974), Corbett (1982) y Gillberg (1984) han observado un incremento de frecuencia particularmente importante alrededor de la pubertad, lo cual sugiere influencias hormonales en el desarrollo de la epilepsia.

Los estudios de seguimiento realizados por estos y otros autores (Fish & Ritvo, 1979; Wing, 1980) indican que la proporción de epilepsia en la población autista, continúa incrementándose, aunque lentamente, a lo largo de toda la vida dando índices que varían entre el 12% y el 42% de epilepsia en adultos autistas, que resulta significativo comparándolo con el 0.5% entre la población general. Rutter (1970) indica que la epilepsia es sin duda más común entre los autistas con retraso mental severo, aunque también se da en aquellos con retraso mental leve, y aun en autistas con funcionamiento intelectual relativamente alto.

II.9.A.f) TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

El primer estudio que propuso una relación entre el autismo y las enfermedades autoinmunes fue Money y cols. (1971), y postulaba como teoría la formación de anticuerpos contra el Sistema Nervioso Central (SNC) como un posible factor en el autismo. De entonces a la fecha, diversos autores han incursionado en esta área (Cooper, 1971; Stubbs, 1977; Weizman, 1982; Plioplys, 1987, 1989, 1990) y sugieren la posibilidad de un déficit en la función supresora del sistema inmunológico, que da como resultado una respuesta exagerada de la función activadora, la cual produce un ataque a las células de los diferentes tejidos cerebrales. Otra de las teorías postuladas, indica la posibilidad de formación de anticuerpos contra el SNC, tal como sugirió Money (Raiten & Massaro, 1990).

Actualmente se está llevando a cabo una investigación sobre los efectos de un medicamento que actúa como potenciador inmunológico en un grupo de niños autistas (Corzo, 1990), y los resultados preliminares parecen indicar que este medicamento produce mejorías en diversas áreas, tales como memoria, contacto visual y afectivo, así como actividad imaginativa.

Todos los estudios en el área de la neuro-inmunología son relativamente recientes, por lo que aun se requiere investigación adicional antes de considerar definitivamente a la inmunología como una conexión válida con los síndromes autistas.

II.9.A.g) INTOLERANCIA ALIMENTICIA: ALERGIAS CEREBRALES

Desde hace más de 25 años, algunos autores (Randolph, 1947; Feingold, 1974; Shannon, 1922) han tratado de establecer una relación entre la ingesta de ciertos alimentos y la presencia de signos neurológicos y conductas anormales en niños, tales como la hiperactividad y falta de atención. Posteriormente, Randolph & Moss (1989), Crook (1973, 1978, 1986) y otros, asociaron específicamente la sintomatología autista como una serie de respuestas ante la ingesta de alimentos como la leche, los salicilatos, el trigo, etc.

Estas investigaciones y reportes no han sido considerados seriamente por la comunidad médica, probablemente porque se han hecho en forma de relatos anecdóticos de casos específicos, y no como una investigación con rigor y estandarización científicos.

Sin embargo, la existencia por una parte de trastornos metabólicos definitivamente aceptados como causas del autismo (Fenilcetonuria, Hipocalcinuria, Acidosis Láctica, Polisacaridosis y Desórdenes Purínicos), así como por otra, la posibilidad de respuestas autoinmunes anómalas en el autista, sugieren que puede haber algo más que una coincidencia en el hecho de que varios casos de autismo registran una mejoría (que varía en grado y tipo en cada

individuo), al suprimir de la dieta algunos alimentos. Consideramos que esta área debe ser explorada con mayor atención y seriedad, ya que representa una posibilidad real de mejoría en muchos casos de autismo.

II.9.A.h) PROBLEMAS VISUALES Y AUDITIVOS

El hecho de encontrar con tan alta frecuencia problemas visuales y auditivos en los niños autistas, ofrece la posibilidad de que al menos algunos de los síntomas, específicamente en el área de la comunicación, se deban no al síndrome autista, sino a que no pueden ver u oír adecuadamente. En estos casos, los déficits pueden reducirse notablemente a través de aparatos que mejoren la percepción visual y/o auditiva, aliviando también la sintomatología autista.

II.9.A.i) SINTOMATOLOGIA AUTISTA EN OTROS TRASTORNOS

Asimismo, se han reportado casos de sintomatología autística en diferentes trastornos, como la rubeola congénita y diversas lesiones cerebrales. Sin embargo, se hace necesario hacer notar que aun cuando la sintomatología se haya encontrado, no es posible atribuírla a la condición médica detectada, ya que en otros casos de la misma enfermedad, el autismo no se ha presentado. Pudiera pensarse sí, que la enfermedad obra como factor desencadenante o precipitante, pero no como causa. Del mismo modo, cabe la posibilidad de que se trata de dos trastornos independientes, pero concurrentes.

II.9.B. AUTISMO DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

Los casos que la literatura médica, psiquiátrica, psicológica o educativa menciona como autismo, son propiamente aquellos de etiología desconocida, bien sea porque realmente se desconoce el trastorno fisiológico que provoca el problema; bien porque se desconocen las diferentes posibilidades de etiología orgánica que hoy en

día existen, y por tanto no se han hecho los exámenes y pruebas pertinentes para identificar una etiología orgánica, como se vió en el Capítulo IX - A) Condiciones Orgánicas. Así la información que proporciona la A.S.A. (1982) y publica en su "Manual para Padres" indica que las causas del autismo son desconocidas y que por el momento se trata de un padecimiento de por vida. Hay sin embargo numerosas teorías e investigaciones que pretenden encontrar la o las causas del autismo. El abordaje etiológico, y por ende también el terapéutico, se realiza desde diferentes teorías:

Psicoanalítica:

Modelos etiopatogénicos psicodinámicos.-

La patología existente será el resultado de conflictos inconscientes personales e intrapsíquicos que son elaborados por los mecanismos de defensa del sujeto. Las causas de las patologías serán meramente psicológicas.

Biológicas (químico-orgánicas):

Modelos etiopatogénicos biofísicos.-

Consideran al sujeto como organismo y las causas de las patologías serán puramente somáticas: infecciosas, metabólicas, traumáticas, neurodinámicas, etc.

Comportamentales:

Modelos etiopatológicos comportamentales.-

El trastorno es una integración de respuestas o hábitos maladaptativos que han sido aprendidos.

II.9.B.a) TEORIA PSICOANALITICA

Cuando en 1943 Leo Kanner describió por primera vez las características relevantes del autismo infantil, propuso una doble causa. Por una parte indicó que los pacientes carecían de recursos neurológicos adecuados, implicando con ello una etiología orgánica; pero además mencionaba que la personalidad de los padres constituía un factor no sólo importante, sino hasta determinante.

Durante la primera mitad del S XX, se ha adscrito a los padres una función totalmente culpígena. Con el auge del psicoanálisis, se hizo recaer sobre ellos el peso de la etiología: la conducta desadaptada de sus hijos era sólo una consecuencia de su alterada personalidad y actitudes parentales.

Este pensamiento se implicó también en las primeras teorías sobre la etiología del autismo, cuando la tentación de ofrecer una explicación excedía por mucho las posibilidades de la ciencia para ofrecerla. Este teoría etiológica se ha llamado "psicogénica" y postula que el origen del trastorno es psicológico.

Según la teoría psicoanalítica, son las primeras relaciones entre la madre y el hijo, las generadoras del autismo y de las psicosis infantiles en general. Cuando estas primeras relaciones se encuentran exageradamente perturbadas, se produce un fracaso en la formación del Yo, una escisión que incidirá en la desadaptación y desintegración de las estructuras personalógicas del niño. No se produce el esperado contacto con la realidad, pues el niño siente angustia de perder el estado fusional con la madre. El niño sufre entonces una detención o una regresión a un estadio primario del desarrollo, en el cual se fija. Es decir, el niño ha escogido el "suicidio del alma" (Bettelheim, 1967), antes que vivir la frustración derivada de la relación madre-hijo. Según la teoría psicoanalítica, la madre es culpable, hasta que se pruebe lo contrario.

El abordaje terapéutico desde esta teoría, consiste en actuar como filtro protector para que el autista pueda tolerar la realidad exterior que percibe como terrorífica y amenazante. Procurar que los objetos autistas dejen su lugar a objetos transicionales, necesarios para la creación de un espacio transicional previo a la aceptación de la realidad y de la relación (Garanto, 1984).

Los estudios que sobre autismo se hicieron durante la primera mitad de este siglo, tendieron a resaltar la

psicopatología parental como causa fundamental. A este respecto conviene señalar lo que comenta A. Polaino (1982) respecto a una investigación realizada por Cantwell y cols. en 1987, y cuyos resultados fueron proporcionados a Polaino por el propio Cantwell, en la que se revisaron 100 publicaciones sobre autismo infantil, 58 publicadas antes de 1965 y 42 publicadas entre 1965 y 1977. En el primer grupo, publicadas antes de 1965, el 67% afirman que la patología de los padres está "implicada en la etiología" del autismo de sus hijos. En el grupo de publicaciones posteriores (1965 a 1977), el 86% afirma que no se encontró "ninguna relación etiológica" entre el autismo del niño y las posibles patologías de los padres. Comparando estos porcentajes, observamos que el 67% de unas afirman lo que el 86% de las otras descarta. Parece indicar que los resultados expresados en las publicaciones se relacionan más con la vigencia de la moda psicoanalítica, que con una observación sistemática.

La creencia de una causa psicológica es explicable, si tenemos en mente que muchos niños autistas son bonitos, no presentan signos neurológicos evidentes, tienen movimientos adecuados y algunos inclusive muestran habilidades extraordinarias que los hacen parecer muy inteligentes. Ante la imposibilidad de encontrar una causa biológica, se pensaba que estos niños eran en verdad muy inteligentes, pero que se encontraban encerrados por un conflicto emocional impuesto por sus padres. Este tipo de pensamiento permitió que el mito de la psicogénesis del autismo se hiciera muy popular, probablemente porque la gente piensa que si un problema es psicológico, es más fácil curarlo que si es biológico.

Tiempo después de la aparición de la teoría psicogénica (fundamentalmente después de 1960) se ha intentado verificar sus postulados, así como la efectividad de este tipo de terapéutica. Autores como Rutter (1978), McAdoo (1978), Ditfield (1964) y otros han demostrado la vulnerabilidad de estos postulados, y sin embargo la teoría psicogénica

continúa teniendo adeptos, las más de las veces porque se desconocen los avances de las investigaciones científicas. Lo verdaderamente grave de la teoría psicogénica es que, al poner la culpa en los padres, ha inmovilizado por años a los más fuertes aliados del autista, disminuyendo sus posibilidades de mejoría.

II.9.B.b) TEORIAS BIOGENICAS

Hoy en día se considera al autismo como la manifestación de un desorden anatómico, fisiológico o bioquímico del Sistema Nervioso Central. Como dijimos anteriormente, diferentes estudios han mostrado que no hay diferencia en la actitud parental de la crianza de niños autistas, comparándolos con grupos control (DeMyer, 1979 y 1981; Rutter, 1978). Si el autismo es psicógeno, las conductas causantes de los padres son tan sutiles, que no pueden ser identificadas o documentadas.

Por el contrario, existe mucha evidencia en favor de una base biológica del autismo (Rutter, 1978; DeMyer, 1981), como el hecho mencionado en un capítulo anterior, de una mayor incidencia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos; así como la presencia del síndrome de autismo en condiciones médicas bien definidas.

Se sabe que la incidencia de complicaciones pre, peri y postnatales es mayor en niños autistas que en niños normales, y se asemeja a las cifras encontradas en grupos clasificados como retardo mental, parálisis cerebral y otras formas de daño cerebral (DeMyer, 1984).

Un 65% de los autistas presentan anormalidades en el electroencefalograma y la incidencia de convulsiones varía con la edad. Se sabe, sin embargo, que aproximadamente un 30% tienen convulsiones, aunque pueden aparecer hasta la adolescencia (DeMyer, 1984).

En los aspectos bioquímicos, se ha encontrado que los autistas presentan niveles de serotonina superiores al normal, así como niveles bajos de dopamina. También se

encuentran altos niveles de metabolitos catecolamínicos en la orina, así como niveles altos de zinc en el suero.

Algunas investigaciones han sugerido malformaciones en tallo cerebral, particularmente en el sistema vestibular; otros autores sugieren que debe haber una lesión en el sistema límbico (Damasio, 1978), mientras que otros responsabilizan al hemisferio izquierdo en general, o a las asimetrías en el volumen de los lóbulos frontales izquierdo y derecho, encontradas en imágenes de resonancia magnética (Hashimoto, 1989).

En relación a los déficits funcionales, algunos autores mencionan como básico o primario el déficit en el procesamiento de la información sensorial, mientras que otros explican el síndrome en base a un déficit de lenguaje o a un problema de la memoria.

Coincido con DeMyer (1984) en que no es probable que la causa del autismo se encuentre en una alteración en el tamaño del cerebro o en una estructura determinada. Los niños autistas parecen tener más bien un déficit generalizado de una función neurológica que es probablemente común a todas las neuronas cerebrales. Es decir, debe haber una disfunción global, como global es la falta de funcionamiento neurológico. Lo sorprendente es la enorme diferencia que se encuentra en el funcionamiento de las áreas motoras, que es generalmente adecuado, así como las funciones básicas de supervivencia, comparándolas con aquellas eminentemente humanas como serían las de comunicación con nuestros semejantes, introspección, conciencia de limitaciones y adaptación inteligente de nuestra medio ambiente. Tal vez si encontramos qué sistema neural produce el autismo, localizaremos las funciones cerebrales que nos hacen más humanos.

II.9.B.c) TEORIAS COMPORTAMENTALES

Respecto a estas teorías hay poco que agregar, excepto que surgieron como contraposición al Psicoanálisis y en apoyo a

las teorías Conductistas. De acuerdo con este enfoque, las conductas maladaptativas o inadecuadas de los autistas, son sólo un conjunto de aprendizajes que se han dado, bien como imitación a ambientes inadecuados, bien como respuestas ante estímulos, con las cuales han obtenido una recompensa. Es decir, el niño hace berrinche o se golpea la cabeza, porque "aprendió" que con ello obtiene atención, dulces, caricias, cuidados o cualquier otra cosa que le es agradable. Es evidente que estas teorías tienen poco que aportar en cuanto a una explicación de la causa o etiología del trastorno, sin embargo son extraordinariamente útiles para explicar la presencia de algunos síntomas o características conductuales que presentan los autistas y más aun para modificarlas.

Podemos decir que desde el punto de vista conductual o comportamental, aun cuando la causa del trastorno sea desconocida, el niño que golpea su cabeza contra la pared o con sus manos, obtiene una gratificación de esta conducta, ya que si no fuera así, no habría "aprendido" este comportamiento. Esto nos ofrece un indicio de que tal vez esté presente un intenso dolor de cabeza que se aminora o alivia con presión fuerte, tal como lo haría cualquier adulto normal que sufriera de intensas jaquecas y no dispusiera de otro medio para aliviarlas. Este misma línea de pensamiento puede aplicarse a casi cualquiera de las conductas extrañas e inexplicables del autista, con lo que podemos intuir al menos ciertas manifestaciones del trastorno.

Por otra parte, así como el niño "aprendió" a obtener satisfacción de una conducta poco adaptativa y no socialmente aceptada se le puede enseñar, mediante técnicas conductistas, a sustituir esa conducta por otra que le ofrezca también una gratificación y que además sea más adaptativa, como sería el indicar al adulto su cabeza para hacerle saber que le duele y le sea administrado un medicamento para el dolor, o aun verbalizar la palabra "duele" con el mismo fin.

Con posterioridad analizaremos las técnicas conductistas como herramientas terapéuticas; baste por el momento indicar que hasta ahora han probado ser las más efectivas para lograr en el autista una mejor adaptación a su medio ambiente, y un cambio conductual efectivo que le permite ser aceptado en el entorno social y adquirir habilidades y conocimientos útiles en la convivencia diaria.

II.9.B.d) NUEVOS ENFOQUES

Recientemente, Tanoue (1989) comparó el tiempo de amamantamiento de 145 niños autistas y 224 niños normales de 3 años de edad. La investigación mostró que en aquellos que fueron amamantados hasta por una semana, la prevalencia de autismo inantil fue estadísticamente superior a la encontrada en los que fueron amamantados por más de una semana. Tanoue concluye que la falta de amamantamiento puede tener relación con el autismo, en tanto que la leche materna (especialmente el calostro de los primeros días) contiene anticuerpos que protegen al bebé de infecciones virales. Por su parte, Deykin (1979) encontró que en los autistas hay una prevalencia significativamente superior de infección del oído, así como de fiebre de causa desconocida.

Stubbs y cols. (1987) mencionan ciertas anomalías en el sistema inmunológico presentes en el autismo infantil, aunque poco se ha avanzado en esta línea de investigación.

Por su parte Rimland (1972, 1983) y otros autores, han apoyado consistentemente la conexión entre el autismo y diversas reacciones conductuales desfavorables debidas a la ingesta de algunos alimentos. Lamentablemente estos no han pasado de ser relatos anecdóticos que aun cuando aportan el valor de la experiencia, carecen del rigor de la investigación científica. Sin embargo el fenómeno de la toxicidad cerebral por alimentación puede tener relación con los estudios relativos a anomalías inmunológicas mencionadas anteriormente. Considero que una rigurosa investigación de estas posibilidades podría arrojar

información muy valiosa en el tratamiento del autismo.

II.10 MANIFESTACIONES CLINICAS DEL AUTISMO

Aun cuando algunos niños se ven "diferentes" desde que nacen, un diagnóstico definitivo requiere un seguimiento de varios meses. Las diferentes manifestaciones del síndrome aparecen durante el primer año de vida en el 31% de los casos; entre el primero y el segundo año en el 44% de los casos; y en el 25% restante, los síntomas se hacen presentes con posterioridad a los 24 meses (DeMyer, 1979).

Cuando los síntomas no están presentes desde el nacimiento, se produce un desarrollo inicial prácticamente normal, y al surgir la sintomatología ocurre una detención del desarrollo, o bien una regresión, por la que pierden habilidades ya adquiridas. A continuación mencionaremos los síntomas presentes en las diferentes edades, iniciando con la descripción del niño que presenta el síndrome desde el primer año de vida.

II.10.a) EL PRIMER AÑO

Aun cuando muchos padres reportan un excelente primer año de vida, aproximadamente la mitad relatan que el bebé era menos alerta que sus hermanos a esa edad, y que parecía interesarse poco en su entorno. Cerca de una tercera parte podían permanecer en la cuna por horas sin requerir atención, aunque respondían cuando los padres se les acercaban (DeMyer, 1984).

Algunos bebés autistas pueden no responder al abrazo de la mamá y ser "difíciles para acomodarse en los brazos", mientras que otros se dejan caer como sacos de arena.

En los niños normales, una de las primeras señales de conducta social es la sonrisa que aparece ante el rostro de un adulto hacia los dos meses de edad. El niño autista puede parecer contento, pero su sonrisa no es social, pues no ocurre como respuesta a la atención y cuidado que recibe del adulto, sino a otros estímulos con frecuencia difíciles de identificar para el observador.

Así también, el bebé normal reacciona con rapidez y

curiosidad ante el rostro de la madre, explorándolo con sus manos; el niño autista rara vez la ve, y es característico que aun al alimentarlo, no se de el contacto visual ni explore sus rasgos con las manos. Alrededor de los 8 meses, cuando se presenta normalmente la angustia ante los extraños, el bebé autista parece no diferenciar a las personas familiares de las extrañas, y estar desinteresado en las personas en general.

Los juegos que frecuentemente entretienen a los niños pequeños, como esconderse tras un trapo, jugar "tortillitas" o "pon-pon", resultan indiferentes para el niño autista. Parece gozar más de los juegos que lo estimulan sensorialmente, como "caballito", cosquillas o ser lanzado al aire, pero ninguno de estos juegos requiere interacción personal (Paluszny, 1987).

El pequeño autista se concentra a menudo en la observación de algo (una luz, un móvil, las briznas de polvo que brillan con el sol, o su mano ondulante frente a los ojos), así como produciéndose sensaciones al rascar interminablemente la sábana, mecerse o golpear su cabeza contra algo. Aun desde temprana edad, es poco curioso respecto de su ambiente y prefiere manipular objetos en forma repetitiva o estimularse provocándose diversas sensaciones.

En relación al lenguaje, el bebé autista carece del juego vocal de los tres meses y tampoco produce sonidos con intención comunicativa a los 6 meses. Parece más bien incapaz de entender o responder al lenguaje. Sin embargo es frecuente que este problema no se advierta sino hasta más tarde, pues puede llegar a aprender algunas palabras que usa repetida e indiscriminadamente, dando a los padres y al pediatra la tranquilidad de que hay "lenguaje". Tampoco trata de comunicarse por gestos o imitaciones.

Algunos bebés autistas son hiperexcitables e irritables. Pueden llorar por largos períodos sin causa aparente, dormir mal y relajarse únicamente cuando se mecen o se les mece.

Muchos de los síntomas reportados en el primer año, se parecen a aquellos presentes en niños con otros trastornos del desarrollo; por tanto, es difícil que durante el primer año pueda diferenciarse al niño autista de otros niños con trastornos cerebrales, y tal vez aun de niños normales, especialmente si tomamos en cuenta que su desarrollo motor es generalmente adecuado.

II.10.b) SEGUNDO Y TERCER AÑOS

A medida que el niño autista avanza en su segundo año, la falta de respuesta emocional hacia sus padres y la falta de lenguaje, se hacen más evidentes. Los padres comienzan a decir que "vive en su propio mundo", pues no hay contacto visual y actúa con indiferencia a los intentos de interacción que hacen los adultos. Es prácticamente imposible hacerlo sonreír o consolarlo cuando llora.

Los movimientos repetitivos, como mecerse, golpearse la cabeza o aletear las manos, resultan más significativos y empieza a llamar la atención de los padres la aparente carencia de reacciones al dolor que muestra el niño. Si bien parece insensible a ciertos estímulos, puede ser hipersensible a otros, y asustarse mucho ante ruidos como el de un papel cuando se arruga.

Les fascinan los objetos que giran, y pueden pasar largo rato dando de vueltas sobre sí mismos, al tiempo que palmean las manos o las aletean con gran excitación. Con frecuencia tanto la excitación como el llanto desconsolado, se presentan sin causa aparente.

No usan los juguetes ni los objetos normalmente. Así, no arrastran un carrito haciendo ruidos de motor; lo voltean y hacen girar las ruedas. Son incapaces de simular situaciones a través del juego y no participan en actividades que requieran reglas o la interacción recíproca con otros niños.

En general, los niños autistas tienen un retraso en la adquisición de habilidades de autocuidado, como comer y vestirse. El control de esfínteres suele ser un verdadero

problema y aun cuando puede lograrse entre los 3 y 4 años con mucho esfuerzo, las evacuaciones "accidentales" persisten mucho tiempo después de que fueron adiestrados.

Sus hábitos alimenticios presentan también características singulares, pues evitan cierto tipo de comida, pero consumen esporádica o rutinariamente grandes cantidades de otro tipo de alimento. Así, hay días que casi no comen nada, y otros en que ingieren en una sola comida, lo que sería la ración de dos adultos.

Los trastornos en el lenguaje varían desde el mutismo, hasta la ecolalia e inversión pronominal. En el pequeño, el mutismo asociado a la falta de atención y respuesta, puede hacer pensar a los padres que el niño es sordo, por lo que es frecuente que lo lleven a valorar en este sentido. Si hay habla, ésta tendrá defectos en cuanto a cantidad, contenido, construcción gramatical o valor comunicativo. La ecolalia es común y se presenta sin comprensión del contenido, sólo como una repetición inmediata o tardía de lo escuchado.

La comunicación no verbal es también defectuosa. Es incapaz de comunicarse por gestos o pantomima. Piden lo que quieren usando la mano de otros como instrumento para alcanzarlo, o guiando a los padres hacia el objeto que desean. Aun en estos casos, con frecuencia es difícil adivinar qué quieren.

II.10.c) NIÑEZ TARDIA Y ESCOLAR

Cuando el niño autista tiene cuatro años, su familia, el médico y aun parientes y amigos se preocupan por el desarrollo tan extraño de este niño. Las áreas problemáticas que aparecieron desde los primeros años, se hacen cada vez más evidentes y se nota más la diferencia entre él y los otros niños de su edad. Así por ejemplo, mientras que los niños de 4 años en su mayoría son independientes y gustan de relacionarse con otros niños, el niño autista muestra rarezas en su alimentación, no se viste solo, no se relaciona con niños y prefiere jugar solo. Se fascina con

sus juegos estereotipados y repetitivos, y en ocasiones, desarrolla una especial liga con algún objeto o juguete, o cierta prenda de vestir.

La comunicación, en especial la verbal, continúa siendo el problema principal. A los 3 o 4 años pueden carecer por completo de comprensión y de lenguaje expresivo, aunque es frecuente que se observe cierto lenguaje, aunque sea defectuoso. Pueden mostrar ecolalia demorada y llegan a repetir de memoria largos monólogos, pero lo hacen en forma automática y sin intención comunicativa. Otros tienen cierto repertorio verbal para comunicarse, y aunque logran hacerlo, es exclusivamente con el propósito de obtener algo, o cuando se les demanda una respuesta. El tipo de comunicación que pretende compartir con otros las propias experiencias, vivencias o percepciones, y que aparece en los niños alrededor de los 3 o 4 años, con frecuencia nunca se presenta en el autista.

Otra área de frecuente preocupación en niños autistas más grandes, son los berrinches y ataques agresivos que presentan, a menudo violentos y sin provocación alguna. Estos pueden estar presentes desde los primeros años, pero el tamaño y la fuerza que puede tener un niño pequeño, facilitan su manejo. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, tienen más movilidad y por tanto más oportunidad y capacidades para herir seriamente a otros y a sí mismos. La impredecibilidad, rapidez y habilidad del niño autista mayor para producir daños reales, pueden representar un problema serio para padres, hermanos y terapeutas, así como impedir la participación del autista en ambientes sociales, escuelas o lugares públicos. Es por lo anterior, que en el caso de niños que presentan agresiones o autoagresiones, es importante educarlos desde pequeños para suprimir estos ataques, antes de que sean físicamente difíciles de controlar.

II.10.d) LA ADULTEZ

Contrariamente a lo que se piensa, el adulto autista se parece más a un individuo con retardo mental, que a un esquizofrénico. El funcionamiento del autista adulto dependerá de múltiples factores, como:

- Lenguaje: si está o no presente y el grado de sofisticación a que llegó a desarrollarse. Podemos decir que este factor es determinante en el funcionamiento del autista cuando adulto, y tal vez puede llegar a significar la diferencia entre tener que vivir en una institución custodiado, o poder hacer una vida con cierto grado de custodia, pero sin tener que estar institucionalizado.

- Habilidades y Hábitos de auto-ayuda: Es obvio que el pretender llevar una vida con cierta independencia, requiere que el individuo sea capaz de procurarse a sí mismo los cuidados mínimos, tales como bañarse, vestirse, etc. En este sentido es importante orientar la educación del autista desde pequeño, para que sea capaz de realizar este tipo de actividades, y aun otras más complejas como cocinar algunos alimentos sin necesidad de supervisión directa todo el tiempo. Asimismo, el poder acudir a sitios tales como tiendas o restaurantes y poder solicitar lo que se quiere y pagarlo, que para cualquiera es muy fácil, son actividades que en estos casos suelen presentar problemas y requieren de un entrenamiento específico y con frecuencia difícil.

- Labores remunerables: Otro elemento importante es si el individuo es capaz de realizar algún tipo de trabajo que le proporcione una actividad en la vida adulta, al tiempo que lo haga una persona productiva y útil para sí mismo y para la sociedad.

- Autocontrol: Nos referimos a que el individuo sea capaz de controlar su agresividad, autoagresividad o ansiedad, de tal forma que no represente un peligro para sí ni para otros.

En nuestro país, hay lugar para todos.....

II.11 TERAPEUTICA DEL AUTISMO

II.11.A. TERAPEUTICA MEDICA

A este respecto, solo cabe señalar que en los casos en que se ha detectado una causa orgánica como responsable de la sintomatología autista (o al menos de parte de esta sintomatología), procede aplicar el tratamiento médico y farmacológico indicado para los diferentes trastornos que se mencionaron en su oportunidad. Es un grave error suponer de antemano que el autista está orgánicamente intacto, o bien que no existe nada en el campo médico que pueda ayudarlo. Si bien es cierto que aun no se ha descubierto ninguna medicina que "cure" al autista, sí existen tratamientos médicos específicos para los distintos trastornos neurológicos, que pueden hacer una enorme diferencia en la vida del autista y su familia. A riesgo de ser reiterativa, quiero resaltar la importancia de un exámen neurológico completo al paciente, a fin de definir o descartar las implicaciones fisiológicas en el autista.

II.11.B TERAPEUTICA NO MEDICA

Describiremos brevemente las más importantes modalidades actualmente en uso, para incrementar o desarrollar las habilidades o capacidades del individuo autista. Para cada una de ellas, señalaremos brevemente su fundamento, objetivo, procedimiento, y que tan exitoso es ese tipo de tratamiento según una encuesta realizada por el Institute for Child Behavior Research en San Diego, Ca. (Rimland, 1988). Esta calificación refleja el porcentaje de casos en que habiendo sido utilizada esa técnica o enfoque, los padres reportan que el individuo autista mejoró.

II.11.B.a) PSICOTERAPIA

Parte del supuesto de que el niño se refugia en "su mundo" como una respuesta ante la hostilidad o rechazo de sus padres (específicamente de su madre), aunque concede que

este rechazo puede o no ser consciente para los padres.

Como técnica, se aplican los conceptos psicoanalíticos clásicos cuando esto es posible (en el pequeño porcentaje de los casos en que el autista tiene lenguaje y capacidad de introspección), y en general trata de establecer "contacto" con el autista a través de "aceptación incondicional", comprensión empática y libre expresión de sus sentimientos de agresión contra las figuras paternas causantes de su problema.

El objetivo es que el niño pierda el miedo a enfrentarse al mundo hostil, que le hicieron percibir sus padres, y logre eventualmente un contacto con el exterior.

Según los padres que han utilizado esta técnica, un 35% piensan que ayudó a producir una mejoría en algún grado.

II.11.B.b) TERAPIA DEL ABRAZO FORZADO (HOLDING THERAPY)

Supone que la causa del problema es que no existe un lazo, un vínculo adecuado entre madre e hijo.

Como técnica, se pretende que la madre cargue abrazando a su hijo durante períodos que varían de 1/2 a 2 horas. Esto a pesar de que el niño se defiende, trate de evitar el contacto, agrede, grite, llore, etc.

El objetivo es que a través de este contacto físico inicialmente forzado, el niño llegará eventualmente a rehacer el lazo afectivo roto con su madre, y así se unirá nuevamente al mundo exterior.

La opinión de los padres respecto a este terapia aun no ha sido publicada por Rimland, sin embargo parece dar buenos resultados. El propio Rimland (1990) supone que no se trata de restablecer un lazo roto, sino que los efectos benéficos provienen del intenso esfuerzo físico que realiza el niño y que, como veremos más adelante, sí ha probado su efectividad.

II.11.B.c) MODIFICACION CONDUCTUAL

Supone que la causa del autismo es desconocida pero en tanto

se refleja en conductas inadecuadas, estas pueden ser sustituidas mediante el aprendizaje, por conductas adecuadas y adaptativas.

Utiliza las técnicas conductistas, desde las más básicas como el ciclo Estímulo-Respuesta-Reforzador, hasta más sofisticadas y actuales como Oportunidad de Respuesta, Reforzador Selectivo, etc. En síntesis, premia el aprendizaje adaptativo y rechaza en el niño las conductas desadaptativas o no socialmente aceptadas, a fin de que las pierda. Abarca todas las áreas de funcionamiento, por lo que las diferentes técnicas se aplican para la enseñanza de la comunicación, lenguaje, habilidades de autoayuda, cognición, destreza motora fina y gruesa, socialización, etc.

El objetivo es habilitar al autista para que pueda funcionar adecuadamente en el mundo que le rodea.

Según la opinión de los padres, el 83% consideran esta técnica como efectiva para mejorar al autista.

II.11.B.d) EJERCICIO VIGOROSO

Recientes investigaciones han asociado algunos síntomas autistas al bajo nivel de endorfinas que se encuentran en los niños autistas. Las endorfinas intervienen en la síntesis de la serotonina, neurotransmisor cuyos niveles están generalmente alterados en estos individuos, y al cual se atribuyen los estados de ausencia, indiferencia y falta de interés social en el autista.

Además de existir drogas específicas que elevan el nivel de endorfinas en el organismo, el ejercicio vigoroso logra el mismo efecto. Así pues, aun antes de conocerse la razón por la cual el ejercicio producía efectos benéficos en la conducta de los autistas (particularmente incrementando su estado de alerta, nivelando umbrales sensoriales y disminuyendo actividades autoagresivas), ya se aceptaba "informalmente" que al menos una hora de ejercicio vigoroso al día, ayudaba considerablemente a mejorar al autista.

Según la opinión de los padres, el 48% afirma que el

ejercicio vigoroso mejoró a su hijo autista.

II.11.B.c) CONTROL ALIMENTICIO

Como vimos anteriormente, se supone la existencia de reacciones anormales del organismo del autista ante la presencia de sustancias que para otros individuos son inocuas. No se ha determinado si esta reacción adversa es de índole metabólica, inmunológica o alérgica. Ni siquiera se ha definido si es la ingesta del alimento en sí lo que provoca el efecto conductual, o si el alimento estimula la aparición de un segundo o tercer evento que sea realmente el causante del efecto indeseable. Lo que se propone es eliminar de la dieta y el medio ambiente del autista, aquellas sustancias que provoquen resultados conductuales indeseables, y al mismo tiempo, administrarle una serie de complementos alimenticios que fortalezcan su organismo y fundamentalmente induzcan un balance supuestamente roto en el sistema metabólico o inmunológico.

Para definir los alimentos o elementos ambientales agresivos para el individuo, se sigue la técnica de eliminación temporal, con posteriores pruebas de exposición a cada uno de los elementos separadamente.

El objetivo es definir lo más precisamente posible aquellos alimentos o elementos ambientales que producen efectos negativos en el paciente, cuál es el efecto concreto que produce cada uno de ellos, así como identificar cuánto tiempo tarda en iniciarse y terminar ese efecto. Una vez definidos, se elimina la exposición del autista a estos elementos y alimentos que le son agresivos.

Según los padres que lo han intentado, las medidas de control alimenticio han probado ser exitosas en un 50% de los casos.

II.12 EL AUTISMO Y SU IMPACTO EN LA FAMILIA

El autismo, más que un problema que afecta a una persona, es un trastorno incapacitante que afecta a toda la familia. Cuando los padres tratan de describir el vivir con un hijo autista, usan muy diferentes términos como: doloroso, molesto, difícil, normal, complicado, muy satisfactorio, hace madurar, desilusionante, traumático y otros muchos. Lo cierto es que cada familia, y dentro de ésta cada miembro de la familia, es afectado por el miembro autista, de una manera diferente. Este efecto, además de variar en las familias, y en los individuos de éstas, cambia según la etapa en que se encuentre cada uno.

El efecto del autismo es similar al que produce cualquier otra incapacidad permanente en un miembro de la familia, por lo que varios aspectos que se tratarán aquí, son comunes a varias discapacidades.

Ciertamente, el tener un hijo autista puede ser una de las experiencias más devastadoras para los padres en particular, y también para los otros hijos. Somete a la familia a graves tensiones y por momentos puede parecer el fin del mundo, pero no lo es, como tampoco es el fin de la familia. Muchos han logrado sobreponerse y sus experiencias ayudan a otros a enfrentar la mayor fuente de preocupación, que es el miedo a lo desconocido. Con frecuencia los padres se sienten mal por la diversidad, intensidad y contradictoriedad de los sentimientos que tienen respecto al hijo autista y a la situación que viven. Una ayuda eficaz puede ser el saber que estos sentimientos son normales, que otros padres los han tenido y que no es vergonzoso o malo tener estas reacciones, ni se es una mala persona por tenerlas. Cada familia hace frente a este reto con su propio estilo, sin embargo hay elementos comunes que vale la pena destacar, y que normalmente se presentan en las diferentes etapas.

Mackeith (1973) describe cuatro períodos críticos de transición por los que pasan todas las familias:

- 1.- Al recibir el diagnóstico
- 2.- Durante los años escolares
- 3.- Adolescencia
- 4.- Adulterez

II.12.a) AL RECIBIR EL DIAGNOSTICO

Es frecuente que los padres hayan padecido un verdadero peregrinaje de un profesional a otro, antes de recibir el diagnóstico. Independientemente del tiempo y la cantidad de visitas realizadas, nada pudo haber sido suficiente para prepararlos a recibir el diagnóstico. Pudieron decirles que el niño es autista, que tiene conductas autísticas o que padece un trastorno generalizado del desarrollo. Independientemente de qué palabras sean las utilizadas, suele ser un choque devastador para los padres que ya han pasado por meses o años de preocupación, desilusión y presentimientos poco descriptibles, pero claros, de que algo anda muy mal. Para muchos padres este dolor es tan intenso que aun años después, el sólo recuerdo de ese momento enrojece los ojos.

Negación

Un elemento distintivo del autismo, es el que facilita en la familia y en los padres en particular, la negación del problema. Debido a que en muchos casos el individuo autista parece físicamente "normal"; aunado al hecho de que es poco frecuente que los médicos detecten problemas fisiológicos que expliquen el comportamiento del autista, es común que los miembros de la familia se planteen individual o colectivamente la idea de que "si no tiene nada, un día de estos se va a componer". Tal parece que la ausencia de una causa identificable, indicara que "no es tan grave, puesto que no se ve", o bien que "como no se ve, no existe una causa justificada, y por tanto el niño debe ser normal".

Como vemos, las características propias del autismo favorecen en la familia la negación del problema, que puede ir desde el pretender que todo está bien y pasará con el tiempo, hasta formas de negación más sofisticadas, donde

encontramos padres que acuden a servicios especiales para autistas y participan entusiastas, pero conservan en el fondo la idea de que todo esto se hace "mientras se compone". El efecto más grave de este negación es que la familia posterga una serie de metas y actividades, para cuando el autista se "componga".

Impotencia

Es común que los padres se sientan incapaces, derrotados y paralizados, aun antes de comenzar. Tener un hijo autista puede ser un duro golpe a la auto-estima y la confianza en sí mismos, por varias razones: Primero, porque no saben cómo se es padre de un niño autista. Se enfrentan a conductas extrañas e inexplicables, reacciones impredecibles y necesidades para las que ningún padre está preparado. No hay reglas establecidas, ni modelos, ni experiencias previas que ayuden a saber qué se debe hacer. Segundo, la necesidad de ayuda especializada en el cuidado y educación del hijo, puede hacerlos sentir poco aptos como padres. Tercero, la falta de información respecto al autismo, el miedo a lo desconocido: no saber qué esperar ni si se podrá hacer frente a lo que se presente en el futuro. Todo esto puede llegar a una profunda depresión, una sensación de devastadora desesperanza en que la única certeza es que no hay nada que hacer.

Culpa

Todas las mujeres embarazadas tienen en algún momento el temor, a veces oculto y otras manifesto, de que su bebé no sea "normal" o "sano". En las madres de los niños autistas, esta pesadilla se convierte en realidad y surge la idea de que algo hicieron mal antes o durante el embarazo: la aspirina que tomaron, las clases de gimnasia, no haber dejado de fumar antes, algún problema genético o cualquier otra razón puede ser "suficiente" para explicar por qué el niño está mal, y quién es la (o el) culpable. La culpa puede ser aun mayor por la enorme difusión que tuvieron las teorías que postulaban al autismo como causado por una

inadecuada relación con los padres (particularmente con la madre) durante la primera infancia. Aun cuando esta corriente está ya descartada científicamente, existen todavía personas, inclusive profesionales de la salud, que aconsejan, como Bruno Bettelheim en 1967, que lo mejor para el niño es alejarse de los causantes de su autismo: sus padres.

No importa qué tan intensa sea la culpa, la información y el sentido común ayudan a sobreponerse. Nada en la conducta de ninguno de los padres pudo haber causado el autismo de su hijo. Aun cuando pudiera encontrarse una causa genética, es claro que fue transmitida involuntariamente y que, de haberse conocido, se hubiera evitado.

Enojo

El enojo es una resultante natural de la culpa: alguien tiene que ser el culpable de lo que sucede al hijo. El enojo va contra todo: con los doctores, por no encontrar cura; con los educadores, por no lograr que aprenda; con los otros hijos, porque demandan tiempo y energía; con el esposo(a), porque no es capaz de aliviar el dolor; con los familiares y amigos, por no saber dar consuelo; contra otros padres, porque no aprecian la normalidad de sus propios hijos; contra su hijo enfermo, por ser autista.

En esos momentos, los padres sienten que nadie puede comprender lo que les pasa y alguien tiene que "pagar" por esta situación tan injusta. El enojo sirve sobre todo, para ocultar el dolor y la tristeza. Con frecuencia los padres se sienten menos vulnerables estando enojados, que estando tristes.

Duelo

En la base de todas las otras emociones, se encuentra un profundo sentido de pérdida. Se perdió el niño ideal y perfecto que alguna vez se creyó tener, y con él, muchas esperanzas y sueños que rodeaban su futuro. La familia perfecta que alguna vez se imaginó está en ruinas y los padres no saben donde empezar a recoger los pedazos.

Cada persona tiene una forma distinta de manejar este sentido de pérdida: algunos lloran y preguntan incesantemente "¿Por qué a mí?", estableciendo un círculo de autocompasión y deseando que todo el mundo se dé cuenta de lo mucho que están sufriendo; otros manejan este duelo más controlada y calladamente: permanecen en silencio, pensativos y sombríos. En ocasiones sienten tal tristeza que llegan a pensar que hubiera sido mejor que el niño enfermo no hubiera nacido. Por duro que parezca, estas emociones son normales y constituyen una forma de tratar de evadir la realidad de un hijo con autismo. Con el tiempo, también estas emociones serán más tolerables y reconocerlas sin temor a sentirse "malo", permitirá a los padres aceptar más fácilmente la realidad y a estar alertas ante sus propias reacciones y conductas frente al problema.

Negación, impotencia, culpa, enojo y duelo, son reacciones normales ante el autismo. Aun cuando suelen ser más intensas al momento de recibir el diagnóstico, se presentan muchas veces, inclusive cuando los padres piensan que ya han aceptado la condición de su hijo. Estos padres estarán siempre sujetos a mayor tensión que otros padres, y deberán constantemente hacer frente a intensas y contradictorias emociones. Tal vez lo más importante sea reconocer que esto es normal, que sí es posible manejarlas y, como otros padres lo han hecho antes, sobrevivir.

II.12.b) DURANTE LOS AÑOS ESCOLARES

Esta etapa presenta retos especiales, como:

- * Búsqueda de servicios especiales (escuela, terapeutas, médicos, dentista, etc.) capaces de atender las necesidades del hijo. Esto puede ser una importante fuente de tensión adicional por la escasez de servicios y/o el dudar si se le está proporcionando al niño la mejor atención posible.
- * Cambiar las rutinas y horarios de toda la familia, para tener tiempo de atender al hijo autista. Establecer una rutina estructurada para las actividades

del niño.

* Sentimientos de estar aislado y ser una familia "diferente", incapaz de integrarse en las actividades de la mayoría. Búsqueda del apoyo y comprensión de otros padres de niños autistas.

* Enfrentar la evidencia inevitable de que el niño es realmente "diferente", que puede provocar tensión adicional en uno o varios miembros de la familia e inclusive provocar crisis depresivas o alejamiento de algún miembro de la familia.

* El niño demanda mayor tiempo y atención de los padres, mismos que se restan de lo que antes dedicaban a otras actividades.

* El padre que se hace cargo del cuidado del niño, se siente con frecuencia solo, atrapado y sobrecargado, incapaz de relacionarse con padres de niños normales y totalmente paralizado por la enorme e inacabable carga que lleva. Compartir la carga entre los padres y otros miembros de la familia, ayuda a reducir estos sentimientos paralizantes.

* Rivalidad y emociones contradictorias de amor, protección, coraje y envidia de parte de los hermanos.

II.12.c) ADOLESCENCIA

Para cuando el individuo autista llega a la adolescencia, los padres son unos verdaderos expertos en autismo. También tienen más años y menos energía. El enfoque empieza a cambiar hacia otros aspectos, como:

* Se confrontan más directamente las diferencias de su hijo con otros de la misma edad: mientras los demás adolescentes caminan hacia la adultez encontrando su propio sitio en la sociedad, su hijo permanece indiferente a los eventos sociales, una carrera o las luchas por ser independiente. Tampoco llega la "primera fiesta", ni las citas, los pretendientes o las llamadas telefónicas.

* Se hace necesario enfrentar los aspectos de

sexualidad y resolverlos.

* Empieza a planearse para el futuro: entrenamiento laboral, seguridad financiera y arreglos para que el hijo pueda vivir adecuadamente cuando los padres falten.

* En este momento, los padres tienen que manejar también las diferencias de su propio matrimonio con otros: cuando otras parejas tienen la oportunidad de re-encontrarse al empezar a quedarse solos en casa, sin tener que cuidar niños pequeños, ellos deben continuar cuidando de un hijo que depende de ellos. Deben redefinir su papel como padres de un hijo dependiente, pero ya no un niño.

II.12.d) ADULTEZ

En esta etapa, se dan dos preocupaciones principales: Quién cuidará del hijo cuando los padres no puedan hacerlo, y la urgencia de contar con los medios económicos para asegurar un cuidado y atención adecuados. Surge también con mayor importancia la preocupación de los hermanos sobre el cuidado del individuo autista, así como el temor de ser portadores de un problema genético.

La transición entre las diferentes etapas es difícil para cualquier familia, pero para las que tienen un miembro autista los símbolos o rituales tradicionales que marcan la transición entre una etapa y otra (como la Primera Comunión, la graduación de preparatoria, el título universitario, etc.) pueden darse tardíamente o no presentarse jamás.

II.12.e) LA FAMILIA COMO SISTEMA

Turnbull, Summers y Brotherson (1983) proponen un modelo de sistemas familiares que hace énfasis en la interacción de los miembros de la familia. Este modelo persigue considerar a la familia como una unidad que puede ser comprendida sólo a través de sus componentes, destacando en cada uno, los aspectos que favorecen o dificultan la adaptación ante un problema como el autismo. Los componentes del sistema familia, son:

1. **INTERACCION FAMILIAR** es el punto más importante del sistema familia. Los subsistemas (padres, padre-hijo, hermanos) interactúan según las reglas de cohesión (grado de cercanía entre los miembros de la familia), adaptabilidad (qué tan estable es la familia y cómo reacciona ante el cambio) y comunicación (grado de honestidad y franqueza) que la familia ha adoptado, y que frecuentemente son impuestas directa o indirectamente por los padres.

En general, entre mayor sea el grado en que se presenten la cohesión, adaptabilidad y comunicación, la familia se adaptará más exitosamente a la situación. Sin embargo, hemos de hacer notar que si el grado de cohesión llega a producir una sobrecarga de responsabilidades de cuidado del individuo autista en alguno de los miembros de la familia, puede producir tensiones importantes, particularmente en la hermana que usualmente es depositaria de este papel (Fowle, 1968).

2. **ESTRUCTURA FAMILIAR**, que incluye las características descriptivas de una familia, como: cultura, religión, nivel socio-económico, número de miembros, lugar donde vive, creencias ideológicas y valores. En este sentido, existen varios factores que intervienen.

Taylor (1974) sugiere que las familias grandes se ajustan mejor que las pequeñas. Parece lógico pensar que en una familia de dos hijos, donde uno es autista, los padres tienden a colocar todas sus expectativas en el hijo sano. En familias más grandes, estas expectativas pueden distribuirse mejor entre varios hijos, con lo que se reduce la presión en uno solo. McHale y Cols. (1984) concuerdan con lo anterior, siempre y cuando la familia tenga una situación económica adecuada. En este sentido, Grossman (1972) encontró que las familias de nivel medio a alto, tienen problemas para ajustar sus expectativas en relación con

el hijo autista, sin embargo su situación económica les permite obtener servicios que alivian la carga que representa el cuidado constante. Por el contrario, en las familias de nivel económico más bajo, la madre y hermanas tienden a estar sobrecargadas por el cuidado del niño, causando un ambiente de tensión.

En cuanto a la religión, Stubblefield (1965) observó que el nacimiento de un hijo discapacitado, tiende a producir una crisis teológica en muchos padres. Por su parte, Zuk, Miller, Bartram y King (1961) establecieron una relación moderada, pero positiva, entre la práctica de una religión y la aceptación materna de un niño discapacitado. Encontraron que las familias católicas tienden a aceptar más fácilmente que las judías o protestantes.

Es importante destacar el papel que desempeña el padre de familia en nuestra sociedad, que no permite la posibilidad de expresión de emociones. "Los hombres no lloran", reza un dicho popular. Efectivamente, en los grupos de padres que se organizan como apoyo, del 97% a 99% asisten únicamente las mamás, y en muy contadas ocasiones ambos padres. Sin embargo, hemos encontrado que el organizar grupos exclusivamente de papás, ha logrado incrementar su asistencia y participación. Parece haber una resistencia particular a expresar sus emociones en la presencia de otras mujeres.

Finalmente Grossman (1972) afirma que las actitudes y expectativas de los padres, son un factor determinante en la forma como los otros hermanos perciban al hermano discapacitado.

3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, que es el resultado de la estructura o interacción de la familia, y atiende las necesidades de los miembros individuales.
4. CICLO VITAL DE LA FAMILIA, que describe los cambios que la familia experimenta en las diferentes etapas, como fueron descritas anteriormente.

II.12.f) LOS PADRES

Además de lo que ya hemos revisado sobre las diferentes reacciones que pueden tener los padres, es importante destacar su importancia como sub-sistema, dentro del sistema familia. Son ellos los que prácticamente definen el devenir emocional y la estabilidad de todos los miembros.

Si bien es normal que se pase por diferentes reacciones, en ocasiones estos estados de ánimo se convierten en un modo permanente de actuar y cada uno de los padres puede adoptar diferentes roles o papeles, que fundamentalmente pueden ser:

- **NEGADOR:** Ya hemos analizado la negación y lo dicho es aplicable a este papel. El padre funciona permanentemente con la idea de que todo está bien, y pasará con el tiempo.
- **AUTO-COMPASIVO:** En este caso, el padre siente una gran pena por el hijo y sobre todo por encontrarse él mismo en esta situación. Es recurrente la pregunta "¿Por que a mí?", y se siente abatido por lo que le pasa. Con frecuencia se encuentra en un estado depresivo muy paralizante, que le impide actuar eficientemente y apoyar al resto de la familia.
- **PROTECTOR:** Este papel es adoptado frecuentemente como contraparte de cualquiera de los dos anteriores, y el padre sobre-protege al hijo autista, pero sobre todo, protege al padre negador o auto-compasivo de sus propias frustraciones. Le oculta las crisis o malos ratos del hijo, los problemas de los otros hijos y cualquier otra situación que pueda alterar el precario equilibrio en que su pareja se encuentra.
- **CULPABLE:** En este caso, explícita o implícitamente uno de los padres se adjudica la culpa de que el hijo sea autista, y dirige todos sus esfuerzos para "pagar" esa culpa.
- **COBRADOR:** Es usualmente la contrapartida del "culpable" y de una forma clara o encubierta, cobra a su pareja el haber tenido un hijo autista.

Pueden darse diferentes combinaciones de roles en la pareja: negador-negador; negador-protector; auto-compasivo-protector; etc. Cualquier combinación es una forma de evadir la realidad dolorosa y puede aliviar la pena, pero impide una clara comunicación y produce resentimientos en ocasiones insalvables, en los demás miembros de la familia.

II.12.g) LOS HERMANOS

Los hermanos de un individuo autista son, antes que nada, personas. Tienen los mismos problemas y preocupaciones que los demás, aunado a una carga adicional inevitable que implica esta relación especial, que tiene ciertas características distintivas: es una relación de por vida, existe un lazo biológico, comparten los mismos padres y son mutuamente fuente de seguridad y consuelo.

Esta relación crece en importancia si tomamos en cuenta los siguientes factores:

1. La familia es cada vez más pequeña, con lo que el contacto se hace más intenso.
2. La expectativa de vida aumenta, y los hermanos proporcionan una fuente de apoyo longitudinal, especialmente en la edad adulta.
3. Se ha incrementado la movilidad de la familia, con las consecuentes dificultades para establecer lazos afectivos. Esto incrementa la necesidad de los hermanos de apoyarse unos en otros.
4. El divorcio y segundo matrimonio es cada vez más común, y los hermanos deben hacer frente a estos cambios juntos.
5. Cada vez es más frecuente que la mamá trabaje, con lo que los hermanos pasan más tiempo juntos y necesitan su mutua compañía.
6. Los padres están sujetos a mayores tensiones y por tanto, están menos disponibles para los hijos. Estos períodos de ausencia emocional de los padres, afectan la relación de los hermanos.

Powel y Ahrenhold (1985) realizaron una investigación

sobre las preocupaciones específicas de los hermanos de personas discapacitadas, encontrando que son similares en cualquier tipo de discapacidad, y se refieren principalmente a:

a. El hermano con problemas:

Causa del problema, qué siente, pronóstico, cómo ayudar, el futuro.

b. Los padres:

Expectativas de los padres, comunicación, sus sentimientos, el tiempo de que disponen, cómo ayudarlos.

c. Ellos mismos:

Sus emociones, su propia salud, su relación con el hermano enfermo.

d. Sus amigos:

Qué decirles, qué hacer si se burlan, si aceptarán al hermano.

e. Aceptación en la comunidad (escuela, lugares públicos)

f. Adulterez:

El cuidado cuando faltan los padres, su propia familia, preocupación por problemas genéticos.

Powell (1985) recomienda cinco estrategias fundamentales para ayudar a los hermanos:

I. RESPETO A SU INDIVIDUALIDAD.

No deben ser comparados con otros niños; necesitan desarrollar una identidad propia, independiente de la familia y de sus otros hermanos. Aunque esta es una necesidad común a cualquier hermano, puede estar intensificada por la presencia del hermano autista y por la estructura que la familia ha desarrollado para atender las necesidades de éste.

II. COMPRENSION.

Sus vidas son diferentes a las de otros, por las presiones y problemas que conlleva el vivir con un individuo autista. Necesitan saber que los demás (particularmente los adultos) entienden su situación particular y están

dispuestos a escuchar y ayudar.

III. INFORMACION.

Es importante darles información clara, directa y a su nivel, que responda a todas las interrogantes que se plantean respecto a su hermano, la familia, ellos mismos, la escuela, los tratamientos, etc. Normalmente requieren de diferente información según pasan los años, y es importante tenerla a su disposición.

IV. APOYO.

Algunas veces requieren de ayuda profesional para entender y manejar sus propias reacciones frente al problema. Con frecuencia los grupos de hermanos son de gran ayuda, pues se da rápidamente una especie de alianza o complicidad muchas veces implícita, al compartir el mismo "problema".

V. ENTRENAMIENTO.

Muchos hermanos sienten el deseo de ayudar a sus padres con el cuidado de su hermano. Es necesario enseñarlos a trabajar con él, para que puedan interactuar exitosamente y esta relación sea gratificante y satisfactoria.

II.12.b) ESTRATEGIAS UTILES PARA LAS FAMILIAS

1. Enfrentar las emociones. Negarlas no ayuda a eliminarlas.
2. Darse tiempo. Es necesario elaborar las emociones, antes de poder sobreponerse y actuar.
3. Obtener información sobre el autismo, los servicios disponibles, etc., les ayudará a actuar con mayor seguridad.
4. Buscar ayuda de otros padres o de profesionales.
5. Comunicación clara y abierta.
6. Organización de las rutinas diarias.
7. Mantener un balance en los intereses, actividades y tiempo de todos.
8. Ajustar las expectativas.
9. Respeto y comprensión ante las personalidades, reacciones y necesidades de todos los miembros.

10. Mantener el sentido del humor.

EVITAR:

- Sobre-protección.
- Involucración total.
- Rechazo.
- Vergüenza.

III. METODOLOGIA

III.1 LOS SUJETOS

Se eligieron para la investigación, alumnos que cursaban el último año de la carrera en tres universidades privadas de la Ciudad de México: Universidad Nuevo Mundo (UNUM), Universidad Anáhuac (UA) y Universidad Ibero Americana (UIA). La muestra se dividió en dos grupos: Estudiantes de la carrera de Psicología (Grupo Psicólogos) y estudiantes de otras carreras (Grupo No-Psicólogos). En ambos grupos, el número de individuos a los que se aplicó el cuestionario fue de 30, con lo que la muestra total es de 60 estudiantes cursando todos el último año de carrera. Las características de ambos grupos se señalan a continuación:

UNIVERSIDAD	Psicólogos	No-Psicólogos	Total:
UNUM	12	14	26
UA	11	10	21
UIA	7	6	13
sumas:	30	30	60

CARRERA

Psicología	30	0	30
Comunicación	0	11	11
Derecho	0	6	6
Administración	0	11	11
Pedagogía	0	2	2
sumas:	30	30	60

SEXO

Masculino	4	14	18
Femenino	26	16	42
sumas:	30	30	60

EDAD	Psicólogos	No-Psicólogos	total:
21	7	3	10
22	13	10	23
23	5	12	17
24	1	2	3
25	2	1	3
30	0	1	1
31	0	1	1
33	1	0	1
40	1	0	1
sumas:	30	30	60

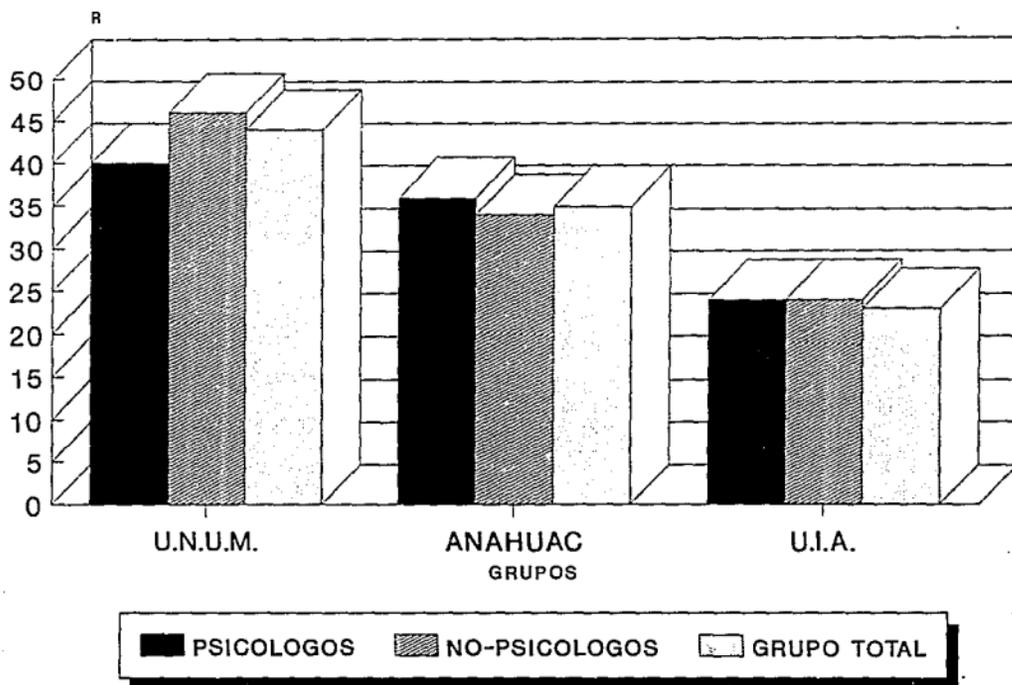
COMENTARIOS

De los datos anteriores, surgen dos elementos a considerar: en primer término, que la edad de la mayoría se ubica entre los 22 y 23 años en ambos grupos, lo cual coincide con la edad esperable, dado el grado que cursan estos estudiantes; otro aspecto relevante es la mayoría femenina en el grupo de Psicólogos (26:4), que no coincide con el grupo No-Psicólogos (16:14). Lo anterior confirma el hecho observable de que la carrera de psicología es elegida en su mayoría por mujeres.

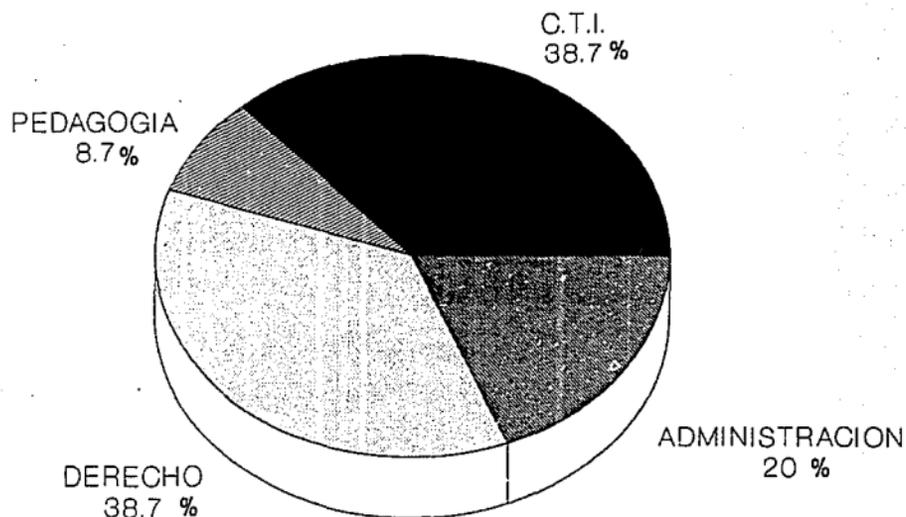
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISTRIBUCION POR UNIVERSIDAD

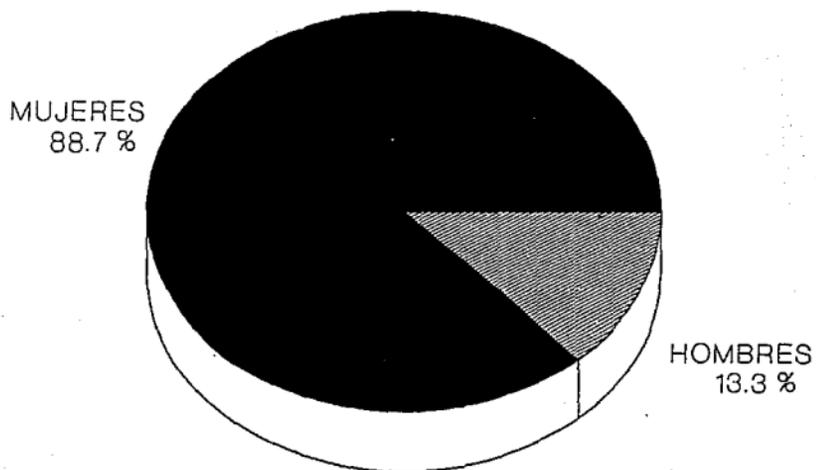
% SUJETOS ENTREVISTADOS



DISTRIBUCION POR CARRERA NO-PSICOLOGOS

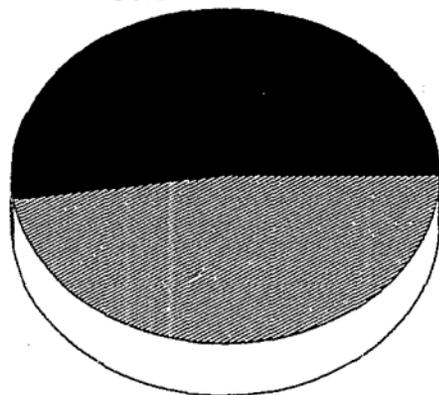


DISTRIBUCION POR SEXO PSICOLOGOS



DISTRIBUCION POR SEXO NO-PSICOLOGOS

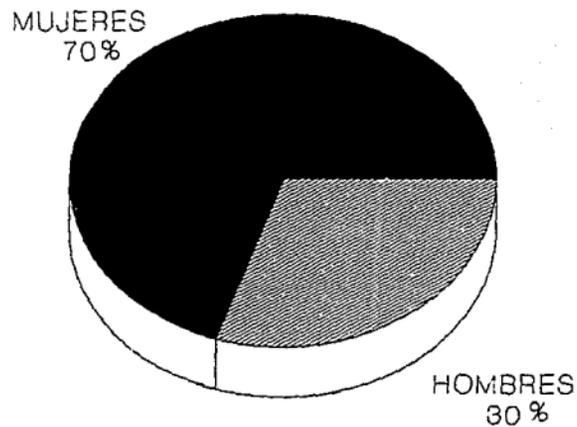
MUJERES
53.3 %



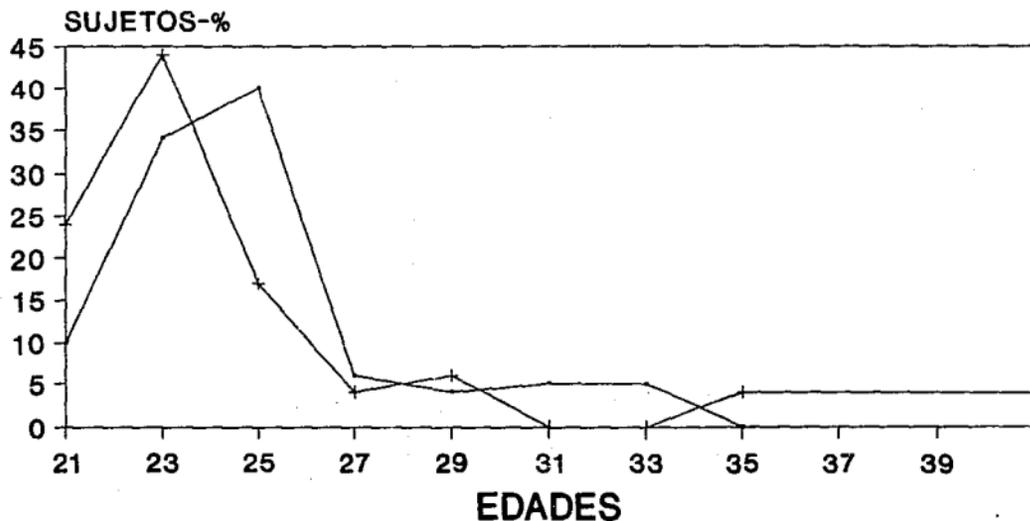
HOMBRES
48.7 %

DISTRIBUCION POR SEXO

GRUPO TOTAL



COMPARATIVO DE EDADES PSICOLOGOS-NO PSICOLOGOS



— PSICOLOGOS + NO-PSICOLOGOS

III.2 EL CUESTIONARIO

Para esta investigación, se utilizó un cuestionario especialmente diseñado para este propósito y que se muestra en la pag. 89. El cuestionario consta de 30 afirmaciones, de las cuales 10 se refieren a la etiología y diagnóstico del autismo; 6 a los aspectos cognitivos que presenta el individuo autista; 6 a la evolución o curso del trastorno y 8 a los aspectos terapéuticos. Estas afirmaciones representan las creencias más comunes acerca del autismo, así como aspectos relevantes sobre diagnóstico y tratamiento.

A continuación se incluyen las 30 afirmaciones, agrupadas según el aspecto a que se refieren:

I.- ETIOLOGIA/DIAGNOSTICO

- 1.- El autismo es un trastorno de origen afectivo o emocional.
- 2.- La frialdad o rechazo de los padres es la causa del autismo infantil.
- 6.- El autismo es un trastorno producido por factores orgánicos.
- 10.- Es difícil distinguir entre autismo y esquizofrenia infantil.
- 14.- El autismo es una psicosis.
- 18.- El autismo es un trastorno del desarrollo.
- 22.- Los niños autistas no presentan ningún trastorno orgánico o fisiológico detectable.
- 26.- Es difícil distinguir entre un niño autista y uno que presenta un desarrollo lento.
- 28.- El autismo se diagnostica únicamente en base a las características conductuales que se observan en el niño.
- 29.- Lo mejor es esperar a ver si el niño supera sus características autistas, y no asustar a los padres con el diagnóstico de "Autismo".

II.- ASPECTOS COGNITIVOS:

- 3.- La mayoría de los niños autistas tienen retraso mental.
- 7.- Los niños autistas son más inteligentes de lo que reflejan las calificaciones que obtienen en las pruebas.
- 11.- No se pueden medir las capacidades de los niños autistas con las pruebas existentes.
- 15.- La mayoría de los niños autistas tienen talentos o habilidades extraordinarias.
- 19.- Los autistas tienen deficiencias en el área social y emocional, pero su potencial cognitivo es normal o inclusive superior.
- 23.- Los niños autistas sí "pueden", pero no les interesa esforzarse por nada.

III.- EVOLUCION O CURSO

- 4.- El autismo es un trastorno que se padece durante toda la vida.
- 6.- El autismo es un trastorno exclusivo de la infancia, no hay adultos autistas.
- 12.- Los niños autistas normalmente son esquizofrénicos cuando adultos.
- 16.- La mayoría de los niños autistas "salen" del autismo.
- 20.- El niño autista con el tiempo va normalizándose, y eventualmente los síntomas desaparecen.
- 24.- Los niños autistas son en su mayoría, normales cuando adultos.

IV.- TERAPEUTICA

- 5.- El tratamiento del autismo debe tener como objetivo restablecer las perturbadas relaciones entre padres e hijo.
- 9.- El niño autista requiere de educación especial.
- 13.- Si el niño llega a establecer lazos afectivos con otras personas, ya no es autista.
- 17.- La terapéutica más efectiva en el caso del autismo es el Psicoanálisis.

- 21.- Lo mejor para el autista es que sea internado en una institución que pueda manejar su problema.
- 25.- No existen medicamentos que puedan ayudar al niño autista.
- 27.- La terapéutica más efectiva en el tratamiento del autista son las técnicas de modificación de conducta.
- 30.- El tratamiento del niño autista debe tener como objetivo que adquiera las habilidades de que carece.

Los sujetos llenaron el cuestionario, completando inicialmente los datos de identificación, y posteriormente seleccionando una de las cinco respuestas a elegir y que corresponden a la escala de graduación de opiniones de Likert (Arias, 1987):

- 1.- Totalmente en desacuerdo
- 2.- Generalmente en desacuerdo
- 0.- No se
- 3.- Generalmente de acuerdo
- 4.- Totalmente de acuerdo

En la pag. 90, se muestra un cuestionario en el que se marcaron las respuestas que, según el marco teórico, pueden considerarse como correctas, y según las cuales se calificaron los resultados de la investigación.

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____ SEXO PER _____ RAC _____
 DIRECCION (CALLE Y NUMERO) _____ COLOMBIA _____
 PROFESION _____ AÑOS DE ESTUDIO (CONTAR DESDE 1° DE PRIMARIA) _____
 TIENE O HA TENDIDO CONTACTO CON AUTISTAS? NO _____ SI _____
 SOLO PARA ESTUDIANTES:
 CARRERA _____ SEMESTRE QUE CURSA ACTUALMENTE _____
 UNIVERSIDAD EN LA QUE ESTUDIA _____
 EN CASO DE HABER TOMADO ALGUN CURSO O SEMINARIO SOBRE AUTISMO, ¿FUE COMO PARTE DEL PLAN DE ESTUDIOS OBLIGATORIO? _____

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. PUEDE USTED ELICIR ALGUNA DE LAS

SIGUIENTES RESPUESTAS:

TOTALMENTE DE ACUERDO GENERALMENTE DE ACUERDO NO SE GENERALMENTE EN DISACUERDO TOTALMENTE EN DISACUERDO

	TOTALMENTE DE ACUERDO	GENERALMENTE DE ACUERDO	NO SE	GENERALMENTE EN DISACUERDO	TOTALMENTE EN DISACUERDO
1.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO DE ORIGEN AFECTIVO O EMOCIONAL					
2.- LA FALDAD O RECHAZO DE LOS PADRES-ES LA CAUSA DEL AUTISMO INFANTIL					
3.- LA MAYORIA DE LOS NIÑOS AUTISTAS TIENEN RETARDO MENTAL					
4.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO QUE SE PADICE DURANTE TODA LA VIDA					
5.- EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO DEBE TENER COMO OBJETIVO REESTABLECER LAS PERTURBADAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJO.					
6.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO PRODUCIDO POR FACTORES ORGANICOS					
7.- LOS NIÑOS AUTISTAS SON MAS INTELIGENTES DE LO QUE REFLEJAN LAS CALIFICACIONES QUE OBTIENEN EN LAS PRUEBAS.					
8.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO EXCLUSIVO DE LA INFANCIA. NO HAY ADULTOS AUTISTAS.					
9.- EL NIÑO AUTISTA REQUIERE DE EDUCACION ESPECIAL.					
10.- ES DIFICIL DISTINGUIR ENTRE AUTISMO Y ESQUIZOFRENIA INFANTIL.					
11.- NO SE PUEDE MEDIR LAS CAPACIDADES DE LOS NIÑOS AUTISTAS CON LAS PRUEBAS EXISTENTES.					
12.- LOS NIÑOS AUTISTAS NORMALMENTE SON ESQUIZOFRENICOS CUANDO ADULTOS.					
13.- SI EL NIÑO LLEGA A ESTABLECER LAZO AFECTIVOS CON OTRAS PERSONAS, YA NO ES AUTISTA.					
14.- EL AUTISMO ES UNA PSICOSIS.					
15.- LA MAYORIA DE LOS NIÑOS AUTISTAS TIENEN TALENTOS O HABILIDADES EXTRAORDINARIAS.					
16.- LA MAYORIA DE LOS NIÑOS AUTISTAS "SALEN" DEL AUTISMO.					
17.- LA TERAPIUTICA MAS EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO ES EL PSICOANALISIS.					
18.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO DEL DESARROLLO.					
19.- LOS AUTISTAS TIENEN DEFICIENCIAS EN LAS AREAS SOCIAL Y EMOCIONAL, PERO SU POTENCIAL COGNITIVO ES NORMAL O INCLUSIVE SUPERIOR.					
20.- EL NIÑO AUTISTA CON EL TIEMPO SE VA NORMALIZANDO Y EVENTUALMENTE LOS SINTOMAS DESAPARECEN.					
21.- LO MEJOR PARA EL AUTISTA ES QUE SEA INTERANADO EN UNA INSTITUCION QUE PUEDA MANEJAR SU PROBLEMA.					
22.- LOS NIÑOS AUTISTAS NO PRESENTAN NINGUN TRASTORNO ORGANICO O FISIOLOGICO DETECTABLE.					
23.- LOS NIÑOS AUTISTAS SI "PUEDEN", PERO NO LES INTERESA EFORTZARSE POR HAZER.					
24.- LOS NIÑOS AUTISTAS SON EN SU MAYORIA, NORMALES CUANDO ADULTOS.					
25.- NO EXISTEN PERIQUENTOS QUE PUEBAN AYUDAR AL NIÑO AUTISTA.					
26.- ES DIFICIL DISTINGUIR ENTRE UN NIÑO AUTISTA, Y UNO QUE PRESENTA UN DESARROLLO LENTO.					
27.- LA TERAPIUTICA MAS EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISTA SON LAS TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA.					
28.- EL AUTISMO SE DIAGNOSTICA UNICAMENTE EN BASE A LAS CARACTERISTICAS CONDUCTUALES QUE SE OBSERVAN EN EL NIÑO.					
29.- LO MEJOR ES ESPERAR A VER SI EL NIÑO SUPERA SUS CARACTERISTICAS AUTISTAS, Y NO ASUSTAR A LOS PADRES CON EL DIAGNOSTICO DE "AUTISMO".					
30.- EL TRATAMIENTO DEL NIÑO AUTISTA DEBE TENER COMO OBJETIVO QUE ADQUIERA LAS HABILIDADES DE QUE CARECE.					

III.3 EL PROCEDIMIENTO

Los individuos del Grupo Psicólogos, fueron seleccionados tomando alumnos que cursaban el último año de la carrera en la Universidad Nuevo Mundo, Universidad Anáhuac y Universidad Ibero Americana, acudiendo al salón dónde se encontraban los estudiantes, y solicitándoles verbalmente que llenaran el cuestionario. Se logró la colaboración del número de estudiantes señalado en la sección anterior.

Respecto al Grupo No-Psicólogos, se solicitó la colaboración de alumnos que cursaban el último año de diferentes carreras. Aparte de identificar a los alumnos según el grado que cursaban, la selección se hizo al azar.

Una vez completados todos los cuestionarios, y habiendo revisado que no existieran respuestas dobles que se anularan en las diferentes preguntas, se vaciaron los datos en una tabla para obtener las frecuencias de cada pregunta en ambos grupos.

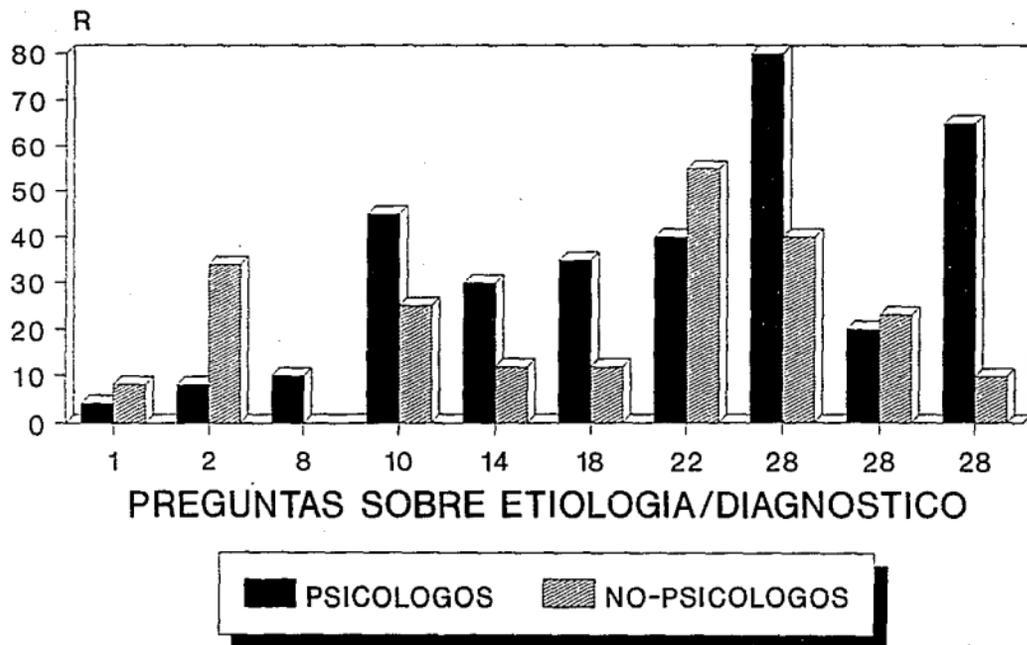
El siguiente paso fué dividir las preguntas en cuatro bloques, según el aspecto del autismo a que se refiere cada una, a fin de encontrar el grado de coincidencia en las respuestas de ambos grupos, respecto a lo señalado en el marco teórico para cada tema. Con esta información, se obtuvieron frecuencias y porcentajes de respuestas correctas e incorrectas para cada grupo en tres niveles: por cada pregunta, por el aspecto del autismo a que se refiere cada grupo de preguntas y el total. Los Cuadros I a IV muestran gráficamente el comparativo de respuestas correctas que en porcentaje, obtuvieron Psicólogos y No-Psicólogos en cada pregunta, según el aspecto del autismo a que se refieren. En el Cuadro V se muestra un comparativo porcentual de respuestas correctas de Psicólogos, No-Psicólogos y Grupo Total, en los cuatro aspectos incluidos en el cuestionario y en el total del mismo.

Después se procedió a hacer un análisis comparativo por medio de estadística no paramétrica, observando las frecuencias y porcentajes de respuestas emitidas, en una

escala dicotómica, por los Grupos Psicólogos y No-Psicólogos. Para ello se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, que es el equivalente no-paramétrico de la prueba T de muestras independientes. Para analizar cada pregunta, se utilizó la prueba exacta de Fisher, ya que se trataba de frecuencias pequeñas.

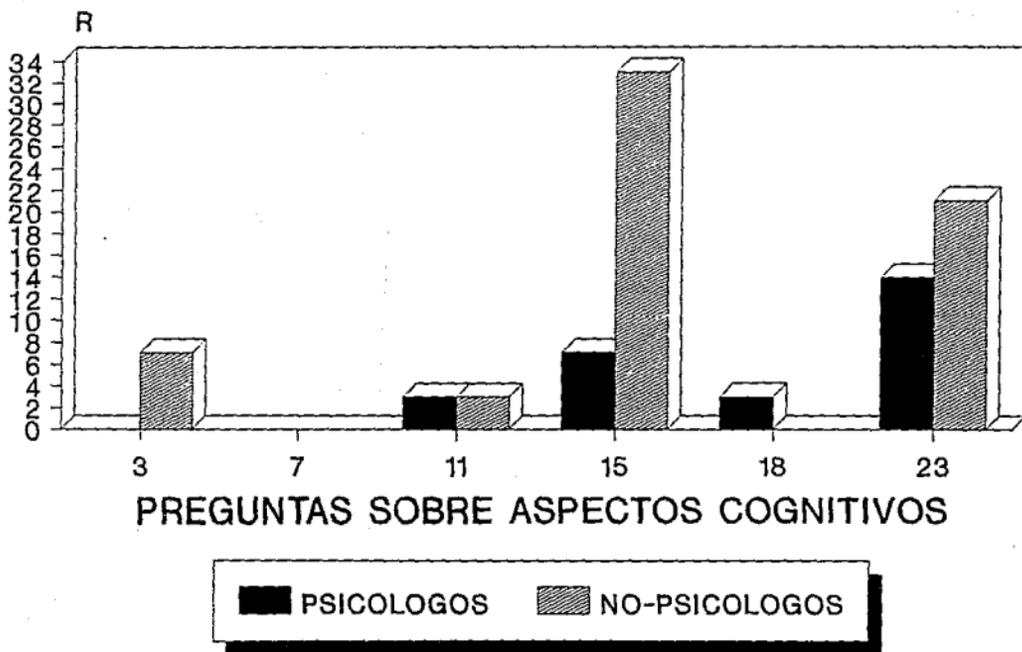
I. ETIOLOGIA/DIAGNOSTICO

RESPUESTAS CORRECTAS EN %

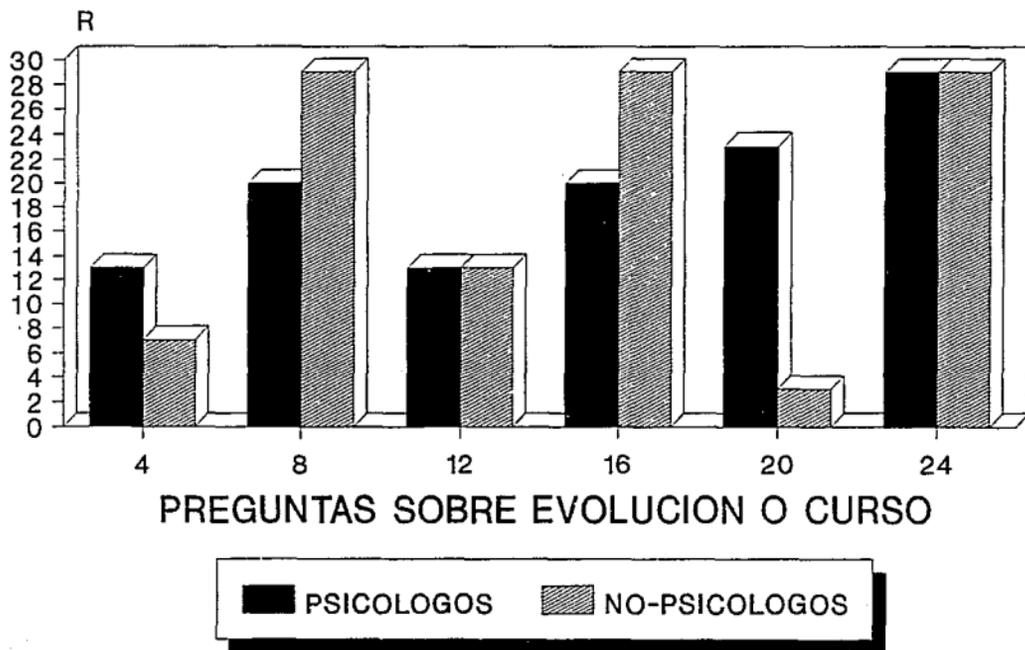


II. COGNICION

RESPUESTAS CORRECTAS EN %

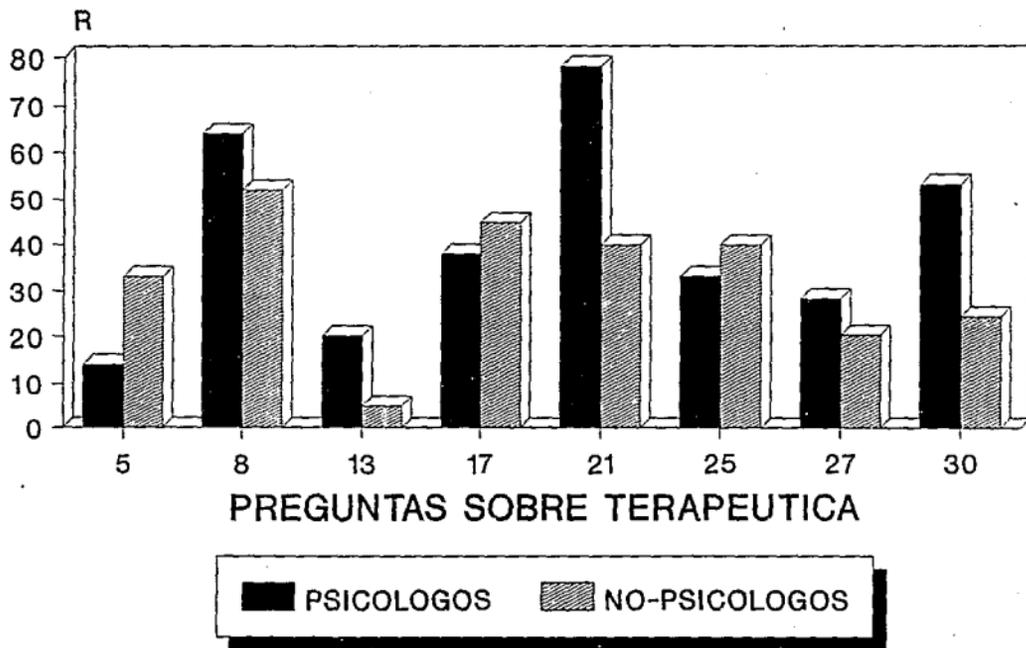


III. EVOLUCION O CURSO RESPUESTAS CORRECTAS EN %



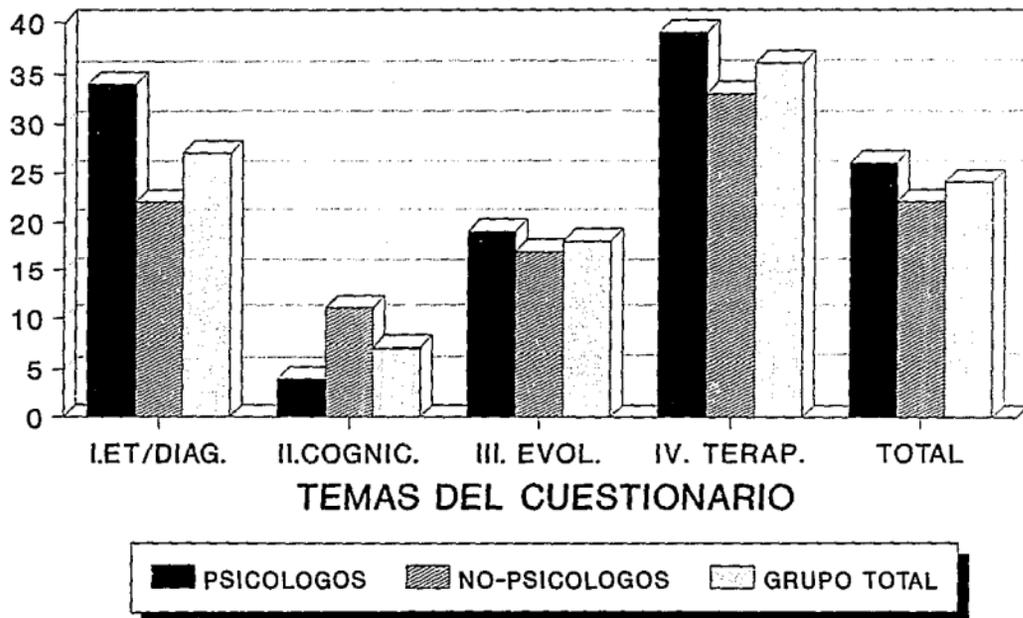
IV. TERAPEUTICA

RESPUESTAS CORRECTAS EN %



COMPARACION POR GRUPOS

RESPUESTAS CORRECTAS EN %



IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

IV.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los 60 sujetos entrevistados, respondieron cada uno a 30 preguntas, con un gran total de 1800 respuestas analizables. De éstas, como puede observarse en el Cuadro VI, se produjeron 431 respuestas correctas, que equivale al 24% del total de respuestas analizables. Es decir, que las opiniones de estos 60 sujetos no coinciden con la información expuesta en el marco teórico.

En el mismo Cuadro VI, puede observarse que el Grupo Psicólogos respondió correctamente a 238 de las 900 preguntas correspondientes, lo que equivale a un acierto del 26.4%. Este dato valida nuestra Hipótesis Primaria Alternativa:

"Las opiniones de los futuros psicólogos divergen de la información actualizada de publicación reciente sobre autismo."

Se observa también que el mayor porcentaje de aciertos en ambos grupos, ocurrió en el aspecto IV.- Terapéutica, obteniendo los Psicólogos un 39.6% y los No-Psicólogos un 32.5%. De igual forma, ambos grupos coincidieron en obtener el menor porcentaje de aciertos en el aspecto II.- Aspectos Cognitivos, en el que se observan un 4.4% y 10.6% de respuestas correctas respectivamente.

A fin de validar la Hipótesis Secundaria, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, comparando las respuestas correctas dadas por ambos grupos, en cada uno de los aspectos del autismo que abarcó el cuestionario. Los resultados fueron los siguientes:

ASPECTOS	P=
I.- Etiología/Diagnóstico	0.38
II.- Cognición	0.29
III.- Evolución o Curso	0.47
IV.- Terapéutica	0.36

En ningún caso se presentó una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual se valida la Hipótesis Secundaria Alterna:

"Las opiniones de los futuros psicólogos sobre autismo, coinciden con las expresadas por el público en general."

A fin de determinar la existencia de diferencias significativas en cada una de las 30 preguntas, se aplicó la Prueba Exacta de Fisher. Se obtuvo un resultado positivo en siete preguntas. En cinco de ellas, la diferencia mostró mayor acierto en el Grupo de Psicólogos, y son las siguientes:

- 20.- El niño autista con el tiempo se va normalizando, y los síntomas desaparecen.
- 21.- Lo mejor para el autista es que sea internado en una institución que pueda manejar su problema.
- 26.- Es difícil distinguir entre un niño autista y uno que presenta desarrollo lento.
- 29.- Lo mejor es esperar a ver si el niño supera sus características autistas, y no asustar a los padres con el diagnóstico de Autismo.
- 30.- El tratamiento del niño autista debe tener como objetivo que adquiera las habilidades de que carece.

En otras dos preguntas, la diferencia mostró mayor acierto en el Grupo No-Psicólogos, y son las siguientes:

- 2.- La frialdad o rechazo de los padres es la causa del autismo infantil.
- 15.- La mayoría de los niños autistas tienen talentos o habilidades extraordinarias.

El cuadro VII contiene las frecuencias comparativas de ambos grupos, divididas según los aspectos del autismo incluidos en el cuestionario.

CUADRO VI
 RESPUESTAS CORRECTAS POR ASPECTO

ASPECTO:	PSICOLOGOS		NO-PSICOLOGOS		GPO. TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
I.- ETIOL/DIAG	100	33.3	65	21.7	165	27.5
II.- COGNICION	8	4.4	19	10.6	27	7.5
III.- EVOLUCION	35	19.4	31	17.2	66	18.3
IV.- TERAPEUTICA	95	39.6	78	32.5	173	36.0
TOTALES	238	26.4	193	21.4	431	24.0

CUADRO VII
RESPUESTAS CORRECTAS POR PREGUNTA

PREGUNTAS:	PSICOLOGOS		NO-PSICOLOGOS		GPO. TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
I.- ETIOL/DIAG						
1.	1	3.3	2	6.7	3	5.0
2.	2	6.7	10	33.3	12	20.0
6.	3	10.0	0	0	3	5.0
10.	13	43.3	7	23.3	20	33.3
14.	9	30.0	4	13.3	13	21.7
18.	10	33.3	4	13.3	14	23.3
22.	12	40.0	16	53.3	28	46.7
26.	24	80.0	12	40.0	36	60.0
28.	6	20.0	7	23.3	13	21.7
29.	20	66.7	3	10.0	23	38.3
SUMAS	100	33.0	65	21.7	165	27.5
II.- COGNICION						
3.	0	0	2	6.7	2	3.3
7.	0	0	0	0	0	0
11.	1	3.3	1	3.3	2	3.3
15.	2	6.7	10	33.3	12	20.0
19.	1	3.3	0	0	1	1.7
23.	4	13.3	6	20.0	20	16.7
SUMAS	8	4.4	19	10.6	27	7.5
III.- EVOLUCION						
4.	4	13.3	2	6.7	6	10.0
8.	6	20.0	8	26.7	14	23.3
12.	4	13.3	4	13.3	8	13.3
16.	6	20.0	8	26.7	14	23.3
20.	7	23.3	1	3.3	8	13.3
24	8	26.7	8	26.7	16	26.7
SUMAS	35	19.4	31	17.2	66	18.3
IV.- TERAPEUTICA						
5.	4	13.3	10	33.3	14	23.3
9.	19	63.3	16	53.3	35	58.3
13.	6	20.0	2	6.7	8	13.3
17.	11	36.7	13	43.3	24	40.0
21.	23	76.7	12	40.0	35	58.3
25.	9	30.0	12	40.0	21	35.0
27	8	26.7	6	20.0	14	23.3
30	15	50.0	7	23.3	22	36.6
SUMAS	95	39.6	78	32.5	173	36.0
T O T A L E S	238	26.4	193	21.4	431	24.0

IV 2 CONCLUSIONES

- Los futuros Psicólogos desconocen la información actualizada respecto al Síndrome de autismo.
- Por lo anterior, no están preparados para proporcionar una atención adecuada ante un caso de autismo.
- Se hace necesario por una parte, alertar a los Psicólogos en particular y al público en general, respecto a este síndrome, a fin de que obtengan información y orientación adecuadas en caso de sospechar este diagnóstico en un paciente.
- Se hace necesaria una revisión de los planes de estudio vigentes de la carrera de Psicología, a fin de que incluyan cuando menos, información básica respecto al Síndrome de Autismo.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albin, R; Horner, R; Koegel, R & Dunlap, G. (Edos.): "Extending competent performance: applied research on generalization and maintenance", Univ. of Oregon, 1987.
- American Psychiatric Association (APA): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - 3a. Edición Revisada (DSM-III-R), Masson Ed., Barcelona, 1988.
- American Psychiatric Association: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd. Edition (DSM-III)", APA, Washington, D.C., 1980.
- American Society of Autism: How they grow: A handbook for parents of young autistic children, Washington, D.C., 1991.
- Arias, F.: "Introducción a la técnica de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento", Trillas, México, 1987.
- Autism Society of America (ASA): "Advocate", vol. 21, No. 2, 1989.
- Autism Society of America (antes National Society for Children and Adults with Autisms), "El niño autista. Manual para padres", NSAC, Washington, 1982.
- Baker, B; Brightman, A; Helfetz, L & Murphy, D: "Behavior Problems", Research Press, 1976.
- Bettelheim, B: "La fortaleza Vacía", Ed. Laia, Barcelona, 1967.
- Bettelheim, B.: "The empty fortress - Infaltile autism and birth of the self", Free Press, N.Y., 1967.

Bohman, M; Bohman, I & Bjorck, P: "Childhood psychosis in northern swedish country" in M. H. Schimdt Ed): "Epidemiological approaches in child psychiatry", Thieme-Stratton, Nueva York, 1983.

Brauner, A. & Brauner F.: "Vivir con un niño autístico" Ed. Paidós, Barcelona, 1982.

Brown, J: "Adolescent development of children with infantile psychosis", Seminars in Psychiatry, 1, 1969.

Bruner J: "El Habla del Niño", Ed. Paidós, Barcelona, 1986.

Callahan, M: "Fighting for Tony", Simon & Shuster, N. Y., 1987.

Campbell, M: "Drug Treatment of Infantile Autism: the past decade" en H. Meltzer (Ed.): "Psychofarmacology: The Third Generation of Progress", Raven Press, Nueva York, 1987.

Coleman, M: "The autistic syndromes", North Holland Publishing Co., 1976.

Coleman, M. (Ed): "The Autistic Syndromes", North Holland, Amsterdam, 1976.

Coleman, M & Blass, J.P.: "Autism and Lactic Acidosis" en Journal of Autism and Developmental Disorders, 15, 1985.

Coleman, M & Gillberg, C.: "El Autismo: bases biológicas", Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1989.

Coleman, M & Gillberg, C: "The biology of the Autistic Syn-

dromes, Prayer Ed., New York, 1985.

Cooper, L. Z.; Florman, A. L.; Ziring, P. R. & Krugman, S.:
"Loss of Rubella Hemagglutination Inhibition Antibody in
Congenital Rubella", American Journal of Diseases of
Children, 122: 379-403, 1982.

Corbett, J.: "Epilepsy and the EEG in Early Childhood Psy-
choses" en "Handbook of Psychiatry", Vol. III, J. K.
Wing & L. Wing (Eds.), Cambridge University Press,
London, 1982.

Corzo R.: "Los efectos de un Potenciador Inmunológico en la
conducta de un grupo de niños autistas", en
preparación, 1990.

Crook, W. G.: "The Yeast Connection", Vintage Books, New
York, 1986.

Crook, W. G.: "Tracking Down Hidden Food Allergy", Profe-
ssional Books, Jackson, TN, 1978.

Crook, W. G.: "Your Allergic Child", Malcom Press, New York,
1973.

Csapo, M.: "Prevalence and needs assesment study of autistic
children in British Columbia", British Columbia Journal
of Special Education, 3, 1979.

Chess, S.; Korn, S. & Fernandez, P.: "Psychiatric Disorders
of Children with Congenital Rubella", Brunner/Mazel, N.
Y., 1971.

Damasio, A. R. & Maurer, R. G.: "A Neurological Model of
Childhood Autism", Archives of Neurology, 35: 777-786,
1978.

- De Villard, R.: "Psicosis y autismo del niño", Ed. Masson, México, 1986.
- DeLong G. R., Beau, S. C. & Brown, F. R.: "Acquired reversible Autistic Syndrome in Acute Encephalopathic Illness in Children", Archives of Neurology, 38, 1981.
- DeMyer, M.: "Parents and Children in Autism", John Wiley & Sons, Nueva York, 1979.
- DeMyer, M. K.; Barton, S.; DeMyer W. E.; Norton, J. A.; Aoién, J. & Steele, R.: "Prognosis in Autism: A follow-up study", Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3, 1973.
- DeMyer, M. K.; Hingten, J. N. & Jackson, R. K.: "Infantile Autism Reviewed: a decade of research", Schizophrenia Bulletin, 7, 1981.
- DeMyer, W. & DeMyer, M.: "Infantile Autism", Neurologic Clinics, 2, 1984.
- Devron, M.: "Contribution a l'etude du devenir de l'enfant psychotique - Etude de 24 cas", Memoire de Psychopathologie, Grenoble, 1973.
- Deykin, E. & MacMahon, B.: "Viral exposure and autism", American Journal of Epidemiology, 109, 1979.
- Ditfield, M. y cols.: "Child rearing attitudes of mothers of psychotic children", Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 5, 1964.
- Doman, G.: "What to do about your brain injured child", Doubleday & Co., Nueva York, 1974.

- Dunlap, G. & Koegel, R.: "Pervasive developmental disorders" en Borstein & Kazdin (Eds.): "Handbook of clinical behavior therapy with children", Dorsey Press, Illinois, 1985.
- Dunlap, G.; Robbins, F.; Dollman, C. & Plienis, J.: "Early Intervention for Young Children with Autism-A Regional Training Approach", Marshall University, 1988.
- Featherstone, H.: A difference in the family: Life with a disabled child. Basic Books, Inc., N.Y., 1980.
- Feingold, B.: "Why your child is hyperactive", Random House, Nueva York, 1975.
- Fernell, E.; Gillberg, C. & Von Wendt, L.: "Autistic Symptoms in Children with Infantile Hydrocephalus", Acta Paediatrica Scandinavica, Accepted for publication, 1990.
- Fish, B. & Ritvo, E.: "Psychoses of Childhood" en Noshpitz (ed.): "Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. II, Basic Books, New York, 1979.
- Folstein, S. & Rutter, M.; "Familial Aggregation and Genetic Implications", Journal of Autism & Developmental Disorders, 18, 1977.
- Forgus, R.: "Percepción, proceso básico en el desarrollo cognoscitivo", Ed. Trillas, México, 1972.
- Fowle, C. M.: "The effect of the severely mentally retarded child on his family", American Journal of Mental Deficiency, 73, 1968.

- Fox, R. & Azrin, N.: "Toilet Training the Retarded, Research Press, Illinois, 1973.
- Friedman, E.: "The Autistic Syndrome and Phenilketonuria", Schizophrenia, 1, 1969.
- Garanto, J.: "El Autismo. Aproximación nosográfico-descriptiva y apuntes psicopedagógicos", Ed. Herder, Barcelona, 1984.
- Gardner, J.: "Three aspects of Childhood Autism", Univ. of Leicester, 1977.
- Garret, H.: "Las grandes realizaciones de la Psicología Experimental", Fondo de Cultura Económica, México, 1952.
- Gillberg, C.: "Autistic Children Growing Up - Problems of Puberty and Adolescence", Developmental Medicine and Child Neurology, 26: 125-129, 1984.
- Gillberg, C.: Comunicación personal, 1990.
- Gillberg, C. (Ed.): "Diagnosis and Treatment in Autism", Plenum Press, New York, 1990.
- Gillberg, C. & Forsell, C.: "Childhood Psychosis and Neurofibromatosis - More than a Coincidence", Journal of Autism and Developmental Disorders, 13, 1984.
- Gillberg, C. & Gillberg, I. C.: "Infantile Autism: a total population study of reduced optimality in pre, peri and neo-natal period", Journal of Autism and Developmental Disorders, 13, 1983.
- Gillberg, C. & Steffenburg, S.: "Autistic Behavior in Moebius Syndrome", Acta Paediatrica Scandinavica, 78,

1989.

Gillberg, C.; Steffenburg & Jakobson: "Neurobiological Findings in 20 relatively Gifted Children with Kanner type of Autism or Asperger Syndrome", *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29: 641-649, 1987.

Gillberg, C. & Steffenburg, S.: "Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions. A population based Study of 46 cases followed through Puberty", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 1987.

Gillberg & Wahlstrom: "Chromosome Abnormalities in infantile Autism and other Childhood Psychoses. A population study of 66 cases", *Developmental Medicine and Child Neurology*, 27, 293-304, 1983.

Ginsburg, H. & Opper, S.: "Piaget y la teoría del Desarrollo Intelectual", Ed. Prentice Hall, México 1977.

Grandin, T. & Scariano, M. : "Emergence: Labeled autistic", Arena Press, California, W.S.A., 1986.

Greene, J.: "Pensamiento y Lenguaje", Cía. Ed. Continental, México, 1979.

Grinder, J. & Bandler, R.: "De sapos a príncipes - Aproximación Neurolingüística", Ed. Cuatro Vientos, Chile, 1982

Grossman, F. K.: "Brothers and sisters of retarded children: An exploratory study", Syracuse University Press, Syracuse, N. Y., 1972.

Hagerman, R.: "Chromosomes, Genes and Autism" en Gillberg, (Ed.): "Diagnoses and treatment of Autism", Plenum

Press, N. Y., 1990.

Harmony, T. & Alcaraz, V.: "Daño Cerebral", Ed. Trillas, México, 1987.

Hashimoto, T.; Tayama, M.; Mori, K.; Fujino, K.; Myazaki, M. & Kuroda, Y.: "Magnetic resonance imagin in autism: Preliminary report", *Neuropediátrica*, 10, 1989.

Havelkova, M.: "Follow-up Study of 71 children diagnosed as psychotic in preschool age", *American Journal of Orthopsychiatry*, 38, 1968.

Hilgard, E. & Bower, E.: "Teorías del Aprendizaje", Ed. Trillas, 1973.

Horner, R.; Dunlap, G. & Koegel, R.: "Generalization and Maintenance", Paul Brookes Publishing, Baltimore, 1988.

Hunter, M.; Schucman, H. & Friedlander, G.: "The retarded Child from Birth to Five", The John Day Co., Nueva York, 1972.

Itard, J.: "The wild boy of Aveyron", Trad. por Humphrey, Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1962.

Janicki, M. P.; Rubin, F. A. & Friedman, E.: "Variation in characteristics and service needs of persons with autism", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 1983.

Johnson, J. & Koegel, R.: "Behavioral assesment and curriculum development" en Koegel, Rincover & Egel (Eds.): "Educating and Understanding Autistic Children", College Hill Press, San Diego, Ca., 1982.

- Johnston/Johnston: "Desarrollo del Lenguaje - Lineamientos Piagetanos", Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1988.
- Kanner, L.: "Autistic Disturbances of Affective Contact", *Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
- Kanner, L.: "Child Psychiatry (3rd. Ed.)", Blackwelle Scientific Publications, Oxford, 1957.
- Kanner, L.: "Follow up Study of 11 Autistic Children originally reported in 1943", *Journal of Autism and Childhood Shizophrenia*, 1: 119-145, 1971.
- Kanner, L.: "Social adaptation of autistic children", en "Childhood Psychosis: Initial studies and new insights", Ed. Wiley, Nueva York, 1973.
- Kanner, L. & Lesser, L.: "Early Infantile Autism" en Harrison, S. & McDermott, J.: "Childhood Psychopathology", International University Press, Nueva York, 1972.
- Katz, D.: "The kids with the faraway eyes", Institute for Child Behavior Research, Publication No. 44, San Diego, Ca., 1979.
- Koegel, R. & Covert, A.: "The relationship of self-stimulation to learning in autistic children." *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 1972.
- Koegel, R.; Dunlap, G. & Koegel, L.: "Toilet training for severely handicapped children in the community", Association for the Severely Handicapped, 1987.
- Koegel, R.; Rincover, A. & Egel, A. (Eds.): "Educating and Understanding Autistic Children", College Hill Press,

Boston, 1982.

- Koegel, R. & Schreibman, L.: "How to teach autistic and severely handicapped children", H. & H. Enterprises, Lawrence, Ks., 1982.
- Komoto, J.; Udsui S.; Otsuki, S. & Terao, A.: "Infantile Autism and Duchenne Muscular Dystrophy", Journal of Autism and Developmental Disorders, 14: 191-195, 1984.
- Levy, J.: "Lateral Differences in the Human Brain in Cognition and behavioral Control" in Buser & Rougel (Eds): "Cerebral Correlates of Conscious Experience", North Holland Biomedical Press, 1978.
- Lotter, V.: "Epidemiology of autistic conditios in young children: II. Some Characteristics of the parents and children", Social Psychiatry, 1, 1967.
- Lotter, V.: "Factors Related to Outcome in Autistic Children", Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 4: 1163-177, 1974.
- Lotter, V.: "Follow-up Studies - Autism", Plenum Press, Nueva York, 1978.
- Lovaas, I.: "Behavioral Treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, 1987.
- Lovaas, I.: "El Niño Autista", Ed. Debate, México, 1984.
- Lovaas, I.: "Teaching developmentally disabled children - The ME book", Pro-Ed, Inc., Texas, 1981.
- Lubs, H. A.: "X-Linked mental retardation and the marker X"

- en Allan, E. y cols.: "Principles and Practices of Medical Genetics", Vol. I, Ed. Churchill Livingstone, Nueva York, 1983.
- Mackeith, R.: "The feelings and behavior of parents of handicapped children; Dev. Medicine & Child Neur., 15, 1973.
- Márquez, M. E.: "Estadísticas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", comunicación personal, 1989.
- Martin, J. P. & Bell, J.: "A pedigree of mental defect showing sex-linkage", Journal Neurol. Psychiatry, 6, 1943.
- Mates, T.: "Siblings of autistic Children: Their adjustment and performance at home and in school", Journal of Autism and Dev. Dis., 10, 4, 1990.
- McAdoo, G. & cols.: "Personality characteristics of parents" en Rutter & Schopler: "Autism", Plenum Press, Nueva York, 1978.
- McHale, S. M., Simeonsson, R. J. & Sloan, J. L.: "Children with handicapped brothers and sisters", en Schopler & Mesibov (Eds.): "The effects of autism on the family", Plenum Press, N. Y., 1984.
- McHale, S. M., Sloan, J. & Simeonsson, R. J.: "Sibling relationship of children with autistic, mentally retarded and nonhandicapped children: A comparative study", Paper presented at the annual meeting of the National Society for Autistic Children, Omaha, NE., 1982.
- Money, J.; Bobrow, N. A. & Clarke, F. C.: "Autism and Auto-immune Disease: A Family Study", Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1: 146-160, 1971.

- Murphy, J.: "Tracing Fragile X Syndrome", Time Magazine, March 16, 1987.
- Myers, R.: "Like Normal People", McGraw Hill, New York, 1978.
- Narayan, S., Moyes, B. & Wolff, S.: "Family characteristics autistic children: A further report", Journal of Autism and Dev. Disorders, 20, 4, 1990.
- National Society for Children and Adults with Autism (NSAC) "How they grow", NSAC, Washington, 1980.
- Newcomer, P.: "Cómo enseñar a niños Perturbados", Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
- Ohlsson, I.; Steffenburg, S.; Gillberg, C.: "Epilepsy in Autism and Autistic-like conditions: a population-based study", Archives of Neurology, 45, 1988.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): 10th. International Classification of Diseases (ICD-10), New York, 1989.
- Paluszny, M.: "Autismo - Guía Práctica para padres y profesionales", Ed. Trillas, México, 1987.
- Park, C.: "Ciudadela Sitiada", Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- Park, C. C.: "The Siege: The First Eight Years of an Autistic Child, Little Brown and Co., N. Y., 1982.
- Pliöplys, A. V.: "Autism: Immunologic Investigations" en Gillberg (Ed.): "Diagnosis and Treatment in Autism", Plenum Press, New York, 1990.

- Plioplys, A. V.; Thibault, J.; Bouchard, J. P.; Cochburn, C. & Hawkes, R. B.: "Anti CNS Antibodies in Neurologic and Psychiatric Disorders", *Journal of Neur., Neurosurg. and Psychiatrics*, 50: 1514-1521, 1987.
- Plioplys, A. V.; Greaves, A. & Yoxhida, W.: "Anti CNS Antibodies in Childhood Neurologic Diseases", *Neuropediatrics*, 20: 93-102, 1989.
- Polaino, A.: "Introducción al Estudio Científico del Autismo Infantil", Editorial Alhambra Mexicana, México, 1982.
- Powell, T. H. & Ahrenhold, P. (Eds.): "Brothers & Sisters - A special part of exceptional families", Paul H. Brooks Publishing Co., Baltimore, Mich., 1985.
- Powers, M. D. (Ed): "Children with autism: A parent's guide" Woodbine House, Inc., Rockville, MD, 1989.
- Raiten, D. J. & Massaro, T.: "Perspectives on the Nutritional Ecology of Autistic Children", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, en prensa, 1990.
- Randolph, T. G.: "Allergy as a Causative Factor of Fatigue, Irritability and Behavior Problems in Children", *Journal of Pediatrics*, 31: 560, 1947.
- Randolph, T. & Moss R.: "An Alternate Approach to Allergies" Harper & Row, New York, 1989.
- Renshaw, D.: "El Niño Hiperactivo", La Prensa Médica Mexicana, México, 1986.
- Riikonen, R. & Amnell, G.: "Psychiatric Disorders in Children with earlier Infantile Spasms", *Developmental*

Medicine and Child Neurology, 23, 1981.

Rimland, B.: "Comparative Effects of Treatment on Child's Behavior", Institute for Child Behavior Research, Pub. # 34-B, San Diego, Ca. 1988.

Rimland, B.: "Idiot Savant and related cognitive habilities" Institute for Child Behaviore Research, unpublished, 1989.

Rimland, B.: "Infantile Autism: Status & Research" en "Child Personality and Psychopathology", Vol. I, Ed. por A. Dids, Wiley, Nueva York, 1974.

Rimland, B.: "Infantile Autism: The Syndrome and its implications for a neural theory of behavior", Appleton Century Crofts, Nueva York, 1964.

Rimland, B.: "Megavitamins, Hypoglicemia and Food Intoleran- ce as related to Autism", ICBR, San Diego, Ca., 1972.

Rimland, B.: "The differentiation of childhood psychoses: An analysis of checklists for 2218 psychotic children", Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1, 1971.

Rimland, B.: "The Feingold diet: an assesment of the re- views", Journal of Learning Dissabilities, 16, 1983.

Ritvo, E. R.: "Autism-Diagnosis, Current Research and Mana- gement", Spectrum Publications, Nueva York, 1976.

Ritvo, E. R. & Freeman, B. J. - National Society for Autis- tic Children: "Definition of the syndrome of autism", Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8, 1978.

Ross, A.: "Terapia de la Conducta Infantil", Ed. Limusa, Mé-

xico, 1987.

Rutter, M.: "Autistic Children: Infancy to Adulthood", *Seminars in Psychiatry*, 2: 435-450, 1970.

Rutter, M.: "Cognitive Deficits in the Pathogenesis of Autism", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 1983.

Rutter, M.: "Concepts of Autism: a review of research", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9. 1968.

Rutter, M.: "The description and classification of infantile Autism" en D. Churchill (Ed.): "Infantile Autism: Proceedings of the Indiana University Colloquium", Springfield, III, 1971.

Rutter, M.; Greenfield, D. & Lockyer, L.: "A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis", *British Journal of Psychiatry*, 113, 1967.

Rutter, M. & Schopler, F. (Eds.): "Autism: A reappraisal of concepts and treatment", Plenum Press, New York, 1978.

Schopler, E. & Mesibov, G.: "Autism in Adolescents and Adults", Plenum Press, Nueva York, 1983.

Schopler, E. & Mesibov, G. (Eds.): "The Effects of Autism in the Family", Plenum Press, N.Y., 1984.

Schreibman, L.: "Autism", Sage Publications, Calif., USA, 1988.

Serban, G.: "Cognitive Defects in the Development of Mental Illness", Brunner-Mazel, Nueva York, 1978.

- Shanon, W. R.: "Neuropathic Manifestations in Infants and Children as a result of Anaphilactic Reactions to Food Contained in Their Dietary", *American Journal of Diseases of Children*, 24: 89, 1922.
- Siegel, B.; Anders, T.; Ciaranello, R.; Bienenstock, B. & Kraemer, H.: "Empirically Derived Subclassifications of the Autistic Syndrome", *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 16, 1986.
- Simons, J. & Oishi, S.: "The Hidden Child", Woodbine House, Maryland, 1987.
- Smith, D. E.; Miller, S. D.; Stewart, M.; Walter, T. C. & McConnel, J. V.: "Conductive hearing loss in Autistic, Learning-Disabled and Normal Children", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1: 53-65, 1988.
- Steffenbrug, S.: "Comprehensive Neuropsychiatric Assessment in Autism - A population based study", sometido a publicación, 1990.
- Stubblefield, H. W.: "Religion, parents and mental retardation", *Mental Retardation*, 3, 4, 1965.
- Stubbs, E. G.; Crawford, M. L.; Burger, D. R. & Vandenberg, A. A.: "Depressed Lymphocyte Responsiveness in Autistic Children", *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7: 49-55, 1977.
- Sugiyama, T. & Abe, T.: "The prevalence of autism in Nagoya, Japan: a total population study", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 1989.
- Takahashi & Ishii: "The epidemiology of autistic children in Toyota, Japan: a prevalence study", *Japanese Journal of*

Child and Adolescence Psychiatry, 24, 1983.

Tanoue, Y. & Susumu, O.: "Weaning time of children with infantile autism", Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, 1989.

Taylor, L. S.: "Communication between mothers and normal siblings of retarded children: nature and modification", Unpublished doctoral dissertation. University of North Carolina, Chapel Hill, 1974.

Turnbull, A. P.; Summers, J. A. & Brotherson, M. J.: "Working with families with disabled members: A family system approach", Monograph, The Research & Training Center of Independent Living; University of Kansas, Lawrence, K.S., 1983.

Velasco, R.: "El Niño Hiperquinético", Ed. Trillas, México, 1985.

Vygotski, L. S.: "El desarrollo de los procesos psicológicos superiores", Ed. Grijalbo, Barcelona, 1988.

Weizman, A.; Wizman, R.; Szekely, G. A.; Wijssenbeck, H. & Livin, E.: "Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism", American Journal of Psychiatry, 139: 1462-1465, 1982.

Wenar, C.; Ruttemberg, B.; Kalish-Weiss, B. & Wolf, E.: "The Development of Normal and Autistic Children: a comparative study", Journal of Autism and Development Disorders, 16, 1986.

White, S. & Teller, V.: "Discourses in Reading and Linguistics", Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 433, Nueva York, 1984.

Wing, L.: "Autistic Children: A guide for parents", Constable & Co. LTD., Londres, 1971.

Wing, L.: "Early Childhood Autism - 2nd. Edition", Pergamon Press, Oxford, 1980.

Wing, L.: "La Educación del niño autista", Ed. Paidós, Barcelona, 1981.

Wing, L.: "Sex ratios in early childhood Autism and related conditions", Psychiatry Research, 5, 1981.

Wing, L. & Gould, J.: "Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification", Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 1979.

Wisniewski, K. & cols.: "Fragile X Syndrome: Associated neurological abnormalities and developmental disabilities", Annals of Neurology, 18, 1985.

Wisniewski, K.: "Neurodegenerative Diseases" - Trabajos no publicados, Institute for Basic Research in Developmental Disabilities, Nueva York, 1987.

Young, G.; Leven, L.; Newcorn, J. & Knott, P.: "Genetic and neurobiological approaches to the pathopsychology of autism and the pervasive developmental disorders" en H. Meltzer (Ed.): "Psychofarmacology: The Third Generation of Progress", Raven Press, Nueva York, 1987.

Zapata, O.: "El aprendizaje por el juego", Ed. Pax, México, 1988.

Zuk, G. H.; Miller, R. L.; Bartram, J. B. & Kling, F.: "Ma-

ternal acceptance of retarded children: a questionnaire study of attitudes and religious background", *Child Development*, 32, 1961.