



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

1972

201

UNA APROXIMACION PSICODINAMICA A LA
RELACION FAMILIAR EN EL AUTISMO.

T E S I S

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

ASESORA: ASUNCION VALENZUELA COTA

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1995

FALLA DE ORIGEN



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.

A LA MAESTRA ASUNCION VALENZUELA
POR SU PROFESIONAL ASESORIA Y LA
PACIENCIA QUE TUVO PARA QUE SE
LOGRARA ESTE OBJETIVO.
MUCHAS GRACIAS.

A MIS PADRES. GRACIAS POR CREER EN
MI Y POR SU APOYO INCONDICIONAL.
SI EL ESFUERZO REALIZADO POR MI
NO TUVIESE EN EL FONDO EL DESEO
DE HACER QUE USTEDES SE SINTIERAN
ORGULLOSOS DE MI, COMO LO ESTOY
YO DE USTEDES, NO TENDRIA RAZON
DE SER.

PARA PATY POR HABER COMPARTIDO
TODA UNA VIDA, Y QUE LOS LAZOS
QUE NOS UNEN NUNCA SE ROMPAN.
GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE
CONMIGO.

A LUIS PORQUE SIEMPRE HE
CONTADO CONTIGO Y ME HAZ
BRINDADO TU APOYO EN TODO
MOMENTO. GRACIAS.
TE QUIERO MUCHO.

A VALERIA PORQUE SOLO CUANDO SE
TIENE UN HIJO SE ENTIENDE LA
ALEGRIA DE UNA MADRE.

A LA FAMILIA BORJA PORQUE ME
IMPULSARON A CONTINUAR CON
ESTA TESIS Y SIEMPRE CONTE
CON SU HOSPITALIDAD Y AYUDA.
MUCHAS GRACIAS.

PARA TODOS AQUELLOS QUE ME
MOSTRARON SU INTERES EN QUE
SE LOGRARA ESTE OBJETIVO Y
ME BRINDARON SU AMISTAD Y
AYUDA. GRACIAS.

HERMINIA.

I N D I C E

RESUMEN.....	1
--------------	---

INTRODUCCION.....	2
-------------------	---

CAPITULO 1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Antecedentes	6
1.2 Etiología del autismo.....	9
1.2.1 Teorías psicogénicas.....	9
1.2.2 Teorías organicistas.....	12
Factores genéticos.....	13
Factores virales o infecciosos.....	14
Factores bioquímicos o metabólicos.....	15
1.3 El autismo como descripción sintomatológica...17	

CAPITULO 2. DESCRIPCION DEL SINDROME

2.1 Descubrimiento del síndrome.....	19
2.2 Características del autismo.....	19
2.3 Diagnóstico del autismo.....	26
2.4 Diagnóstico diferencial entre autismo y otras entidades asociadas.....	29
2.5 Frecuencia del síndrome autista.....	32
2.6 Pronóstico y Tratamiento del Autismo.....	32

CAPITULO 3. LA FAMILIA Y EL NIÑO AUTISTA

3.1 Características de los padres de niños autistas.....	36
3.2 Estudios sobre padres de niños autistas.....	37
3.3 La relación familiar.....	40
3.3.1 Distanciamiento Social.....	41
3.3.2 Los hermanos en la relación familiar...43	
3.3.3 Stress familiar.....	45
3.3.4 El manejo familiar del niño autista...47	
3.3.5 La relación de pareja.....	50

3.4 La familia como parte importante del programa terapéutico.....	52
3.5 Consideraciones del marco teórico.....	53

CAPITULO 4. METODO

4.1 Planteamiento del problema.....	55
4.2 Pregunta de investigación.....	55
4.3 Hipótesis.....	55
4.4 Definición de variables.....	56
4.5 Sujetos.....	57
4.6 Muestreo.....	57
4.7 Tipo de estudio.....	57
4.8 Diseño.....	58
4.9 Escenario.....	58
4.0 Instrumentos	
4.0.1 Escala de Inteligencia de Weschler para niños y adultos.....	58
4.0.2 Entrevista.....	58
4.0.3 Test de Rosenzweig.....	59
4.0.4 Test de la Familia.....	61
4.10 Procedimiento.....	62

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de los Resultados.....	64
5.2 Análisis cualitativo de cada una de las familias.....	72

CAPITULO 6. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....84

APENDICES

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objeto conocer la psicodinámica que se da en la relación familiar cuando existe un miembro autista, para ello se entrevistaron a nueve familias que forman parte de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo. En estas familias que formaron parte de la muestra, y que tienen un niño autista se observó que en tres casos el niño es de sexo femenino y en las seis restantes es de sexo masculino. La edad de los niños fluctúa entre los 4 y los 11 años de edad. Del mismo modo, la gravedad de la patología es variable, ya que hay niños que no presentan lenguaje, otros se autoagreden y otros más van en retroceso de su propio desarrollo. Dado el objetivo de esta investigación, se aplicó el Test de Rosenzweig para detectar las manifestaciones de frustración y agresión en cada uno de los participantes, y el Test de la Familia para determinar los elementos que desempeñan un papel predominante en la dinámica familiar. Así mismo, se utilizó la Escala de Inteligencia de Weschler, para describir la muestra.

Los resultados mostraron que existen elementos que denotan frustración y agresión en ambos padres, así como depresión y sentimientos de culpa en las madres. En general, las relaciones familiares se ven limitadas en el sentido de que la conducta del niño autista no les permite desenvolverse como lo haría una familia normal.

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

En el campo de la Psicología Clínica se han abordado temas de suma importancia, tanto a nivel individual como grupal, lo cual hace posible conocer las formas de relación que existen en la pareja, en la familia y en la sociedad.

La comunicación es de gran importancia, principalmente aquella que se presenta en los primeros años de vida, es decir, la relación madre-hijo, y se sabe que un niño que recibe estimulación del medio que le rodea, estará provisto de muchas más herramientas para su vida futura. Esta relación es importante tanto en niños que parecen sanos, como en aquellos que presentan algunas carencias, ya sean éstas físicas o mentales, tal es el caso del autismo, en el que la relación del niño con su entorno es escasa, en ocasiones nula, jugando los padres un papel crucial en dicha patología en tanto la posibilidad de iniciar el acercamiento con el niño autista. Así mismo, la aparición de éste en la familia va a influir directa o indirectamente en el funcionamiento del sistema familiar: padres, hermanos, ya que tienen que aprender a adaptarse y manejar los severos problemas que presenta un hijo o un hermano autista. Sin embargo, desde los primeros estudios sobre autismo, los investigadores se han hecho la pregunta: ¿Cómo influye la personalidad de los padres en la relación con su hijo autista?

Existen autores como Kanner (1949), que describe a estos padres como fríos, rígidos y con poca sensibilidad. Godfarb y Scholl (1966 c.p. Cox 1987) perciben a las madres de niños autistas más confusas que las madres de niños normales. Villard (1984) menciona que quizás las madres son portadoras de alteraciones perceptuales. Holroyd y McArthur (1976 c.p. Cox 1987) estudian el grado de stress que experimentan las madres de niños autistas y las describe como deprimidas con demandas excesivas de tiempo, con pesimismo hacia el futuro del niño y con muchas dificultades para desenvolverse en la familia. Por otro lado, DeMyer (1979) reporta que en el 30% de las familias que estudió, los padres reportan que los hijos se comportaban con negligencia debido a la atención exagerada que los padres daban al pequeño autista. La mayoría de los hermanos de niños autistas son niños bien adaptados a la situación. (O'Moore, 1978, c.p. Gillberg 1988) Sullivan (1979) concluye que los hermanos de niños autistas se exponen

a edades muy tempranas a stress y presiones, por lo que tienen que madurar rápidamente. (Sullivan, 1979, c.p. Gillberg, 1988).

Es de esta manera que la vivencia de la familia ante la presencia de un miembro autista, va a estar alterada viviéndose como una frustración, la cual puede ser vivida a nivel consciente ó inconsciente, y los puede conducir a diferentes formas de expresión agresiva. Es así como se observa la importancia del estudio de la relación familiar en sus diferentes manifestaciones, ya que de una forma u otra, la familia va a ser la base del desarrollo del niño y la dinámica de esta relación será definitiva en el pronóstico y tratamiento del niño autista.

Existen infinitud de aproximaciones al estudio del autismo, tanto de su etiología como de sus características, tal es el caso de Kanner que desde 1942 describe al autismo como una forma de psicosis muy similar a la esquizofrenia. Así mismo, Bender (1956), se inclina hacia tendencias genéticas, mientras Mahler en el mismo año aporta interpretaciones psicoanalíticas sobre el autismo. Villard (1984) sugiere que debe desaparecer el término autismo como clasificación nosológica y reintroducirlo en la descripción sintomatológica.

El autismo representa no solo un severo desorden conductual, sino uno de los mas complejos. Desde hace muchos años, el niño autista ha sido estudiado de manera independiente de la familia. Como se vió anteriormente las investigaciones no son concluyentes sobre su etiología, algunas llevan a evidencias que favorecen una causa orgánica y otras que dan mayor importancia a causas psicógenas, lo cuál evidencia la complejidad de este problema y los elementos y factores involucrados en el mismo. Es importante considerar que la familia debe ser abordada desde una perspectiva mas amplia que contemple el estudio acerca del impacto de un miembro autista en el sistema familiar del mismo modo que la interacción, la relación y dinámica familiar.

De esta manera surge el interés por saber más a fondo lo que es el autismo, por lo cual, se considera necesario conocer al niño y su familia en su forma real de interacción, tanto en la situación familiar, como en los centros donde reciben atención, tal es el caso de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, en el que el niño autista recibe atención de enfermeras en su alimentación, su cuidado, su limpieza personal y sus necesidades primarias, así como de psicólogos que imparten las terapias de Socialización, Lenguaje y Modificación Conductual.

Es importante que el niño y su familia estén integrados a este tipo de programas de Tratamiento, ya que si bien no se logran avances significativos, sí se va proporcionando orientación a los padres y la información que necesitan en relación a la patología del niño y de esta manera, el tener este conocimiento disminuye la ansiedad que provoca el tener amplias expectativas de que su hijo será un niño normal.

Es por esto que el objetivo de esta investigación es conocer la psicodinámica que se presenta en estas familias, ya que se encuentran expuestas constantemente a situaciones stressantes, ya que el niño autista demanda atención constante y los padres no reciben ninguna muestra de afecto y cariño por parte de su hijo, lo cual es frustrante en el desempeño de sus actividades y provoca agresiones hacia todos los miembros de la familia.

En los capítulos que conforman el estudio, se trata de considerar al autismo desde sus aspectos generales, es decir, sus antecedentes y etiología, y posteriormente se va haciendo una descripción más específica de lo que es esta patología, incluyendo aquí la forma de establecer su diagnóstico, frecuencia y pronóstico. Una vez establecida la descripción de éste síndrome, se trató de ver el autismo desde una perspectiva más amplia, esto es, ubicarlo dentro de la relación familiar y detectar la psicodinámica que se presenta en cada una de las familias, para lo cual se investigó tanto las características de los padres de estos niños a nivel particular y posteriormente la relación entre todos los miembros de la familia, incluyendo los hermanos y la relación de pareja en sí.

En el siguiente capítulo se describe el método que se utilizó para realizar el estudio y el procedimiento que se llevó a cabo para llegar así a poder hacer un Análisis descriptivo y cualitativo de los resultados obtenidos. Por último, se hace una discusión de estos resultados y se llega a conclusiones no sin antes mencionar las limitaciones del estudio y las sugerencias que se dan para investigaciones posteriores.

C A P I T U L O 1

CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 ANTECEDENTES

En la antigüedad no existía ningún interés por el desarrollo de la conducta infantil. Es solo hasta la época precedente a las revoluciones Francesa y Norteamericana en el que el Tratado de los Derechos del Hombre introdujo una serie de reformas que ayudaron a aquellos que habían sido oprimidos. Se comenzó por quitar los grilletes a los psicóticos, se alzaron voces contra el tráfico de esclavos y por el tratamiento humanitario de los encarcelados y los niños en inferioridad de condiciones comenzaron a recibir una atención constructiva.

En el año de 1900 el sociólogo sueco Key, habiendo librado una victoriosa batalla en pro de la emancipación de la mujer, predijo que el siglo XX estaba destinado a ser "el siglo del niño".

Hasta hace poco menos de cien años la Psiquiatría se ocupaba de los "insanos", como si fueran una categoría presumiblemente homogénea. La "insania" era considerada como un común denominador científicamente explicable.

Algunos psiquiatras comenzaron a distinguir en los llamados "insanos" ciertos tipos específicos de comportamiento; un trabajo mas sistemático fué el de Kraepelin, quien observó y describió los fenómenos individuales y clasificó a los pacientes de los hospitales psiquiátricos de acuerdo con sus semejanzas y diferencias esenciales. La principal tarea de los especialistas consistía en observar, describir y registrar los síntomas de los pacientes, para tratar de equipararlos lo mas aproximadamente

posible con el diagnóstico correspondiente, suministrado por la clasificación de Kraepelin. La personalidad del paciente no importaba tanto como el mal que lo aquejaba. Por esta razón la psiquiatría de aquel entonces ha sido calificada de psiquiatría estática, descriptiva y nosológica. (Kamer, 1978).

Es a partir de este siglo que los psiquiatras se ven obligados a ocuparse de la conducta infantil y sus motivaciones, sufriendo importantes cambios en la psiquiatría de los adultos, tratando de describir los síntomas de las enfermedades mentales y despertando la curiosidad principalmente en Freud y Meyer sobre el porqué de la patología adulta, abogando por una posición dinámica que vea los orígenes de los problemas actuales en experiencias del pasado. La biografía si se le guía consecuentemente siempre condujo a la época en la cual todo paciente era niño: ésta búsqueda de los sucesos infantiles, de los precursores de la enfermedad posterior, crearon una apetencia de conocimientos por los propios niños perturbados, haciendo madurar la idea de una intervención profiláctica en la época de los primeros años de vida. (Kanner, 1978).

La psiquiatría, al inicio del siglo XX, comenzó a interesarse por la niñez, pero todavía era un interés biográfico, retrospectivo. Se dirigía hacia los primeros años de un paciente que estaba en la madurez. La infancia seguía siendo una especie de antología de reminiscencias. Aún no había contacto psiquiátrico con los niños.

Por los años 20's se inicia el movimiento de la higiene mental cuyo lema era la prevención de la insania y la delincuencia. Para ello no podía haber mejor punto de partida que los primeros signos de desviación de la conducta aparecidos en los años formativos de la niñez. Pero, el comprobar que se sabía muy poco sobre la naturaleza y el significado de las perturbaciones de la conducta infantil, tuvo importantes consecuencias en el desarrollo de la psiquiatría moderna. Fué el inicio de un comienzo serio, científico, para estudiar, comprender y atender los trastornos personales que sufrían los niños. (Kanner, 1978).

Esto se inicia con estudios acerca de condiciones anormales como la esquizofrenia, que constituye la psicosis mas frecuente de la infancia. Esta, se caracteriza por retraimiento, irritabilidad, aislamiento, soñar despierto, conducta extraña, pocos intereses personales, sensibilidad a los comentarios y a la crítica e inactividad física. (Badley y Bowen, 1941 c.p. Villard, 1988).

Una forma de psicosis muy similar a la esquizofrenia es la que el eminente psiquiatra Leo Kanner denominó AUTISMO INFANTIL PRECOZ, en 1943.

Su definición se basaba en el estudio de once niños tratados por él, y que se caracterizaban por presentar dificultades para desarrollar relaciones con la gente, lenguaje no destinado a la comunicación interpersonal o adquisición del habla con anomalías y obsesividad por mantener el entorno sin cambios. (Kanner, 1943).

Algunos teóricos como Rimland (1964) cree que el autismo se diferencia claramente de la esquizofrenia; otros como Godfarb 1970 cp Gillberg, 1988) dice que solo cuando se tienen en cuenta estudios cuidadosamente controlados, las diferencias no son tan notables. Entre las cualidades que Rimland cree que se pueden establecer bien pero que Godfarb pone en duda, se encuentran la belleza física del niño autista, sus excelentes aptitudes motoras así como padres con un alto nivel educativo y muy inteligentes.

Bender (1956 c.p. Villard, 1984) cree que la esquizofrenia se debe a tendencias genéticas, mientras que Mahler en el mismo año plantea interpretaciones psicoanalíticas, haciendo hincapié en el fracaso del niño en lograr su identidad.

1.2 ETIOLOGIA DEL AUTISMO

Se ha escrito mucho sobre la etiología del autismo, y sin embargo no se ha encontrado ningún factor especial o un conjunto de factores determinados que sean la causa de la afección. Se admite cada vez mas que no solo es una entidad difícil de definir, sino que es una referencia semántica de gran utilidad. Comprende una extensa serie de formas de conducta de base común, ampliada con la inclusión del concepto de personalidades esquizoides no psicóticas y prepsicóticas. (Pérez de Plá, 1988).

Sin embargo, para poder comprender la dicotomía que surge entre la organicidad y la psicogénesis, como punto de partida del origen del autismo, se tratará cada una por separado.

1.2.1 TEORIAS PSICOGENICAS

Se habla de psicogénesis cuando hay predominio dentro de la etiología, de sucesos desencadenantes provenientes de la vida actual o de sucesos infantiles, es decir, refiriéndose a la génesis de los sucesos de la vida propia de cada ser humano. (Pérez de Plá, 1988).

Para el psicoanálisis las causas específicas de las psicosis infantiles se relacionan con el proceso de formación subjetiva en el seno de una relación con los otros seres humanos y muy especialmente con la madre, o sea que la concepción etiológica psicoanalítica es la que reubica y afirma como básicos los aspectos relacionados e intersubjetivos efectuando y modelando una potencialidad psicótica ya existente.

La jerarquización de la historia del desarrollo y sus alteraciones y del tipo de vínculo que se va estableciendo entre la madre y el hijo como central para explicar la psicopatología reúne a diferentes y esenciales investigadores de la psicosis infantil.

Maud Mannoni, (c.p. Pérez de Plá, 1987) maneja un enfoque histórico planteando como esencial hallar la trama de sucesos históricos que llevan a ese niño en particular a ocupar el lugar de la alienación dentro de la familia. El bebé llega al mundo a insertarse en una estructura que lo precede, estructura de lenguaje que incluye a todos por igual, estructura histórica que determina a cada uno en sus particularidades individuales. En dichas estructuras hay claves que permitirán o no la emergencia del sujeto psíquico con sus características humanas. Esta conceptualización se relaciona con observaciones hechas clínicamente. "El psicótico es el testigo de un crimen humano que lo atraviesa". (Lacan, 1971 c.p. Nuñez, 1987).

Mas que nunca en la psicosis infantil tiene importancia la frase de Freud que expresa que "Ninguna generación posee la capacidad de ocultar a la siguiente hechos psíquicos de cierta importancia".

Winnicott remarca la importancia de la relación madre-hijo. En su trabajo "El papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño" (1967) profundiza en la época previa al estadio del espejo. Para él, hay un precursor del espejo que es el rostro de la madre, pero ¿que ve el bebé cuando mira el rostro materno? Para Winnicott en general, se ve a sí mismo, o sea que en situaciones normales encuentra allí un "buen espejo". Una forma patológica de la relación madre-hijo, es cuando el espejo se oscurece porque ella solo refleja su propio estado de ánimo o la rigidez de sus defensas. Esto es grave porque el niño necesita verse a sí mismo para desarrollarse y adquirir capacidad creadora. Es un proceso bilateral de enriquecimiento que debe darse entre la madre y el bebé.

"Cuando miro se me vé, y por tanto existo". Y agrega: "Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, y no algo dentro del cual se mira". (Winnicott, 1972).

Mahler es otra autora que señala la importancia de las relaciones madre-hijo, ya que el niño va a depender del vínculo que logre establecer con la madre.

En busca de una explicación del autismo desde el punto de vista psicoanalítico, los investigadores argumentan la conducta autista como una forma desviada reactiva del desarrollo, tal es el caso de Bruno Bettelheim (1969) quien considera al autismo originado en las primeras experiencias de la vida, principalmente aquellas en las que participa la madre. Describe que el niño es activo y emite señales que poco a poco establecen un sistema de comunicación con la madre, especialmente durante la alimentación de pecho. Si la madre inhibe los esfuerzos de su bebé por hacer cosas a iniciativa propia, actuando antes que el niño sin darle oportunidad de que éste compruebe si su participación activa puede o no modificar su medio, pudiera ser que sentimientos de frustración y de incapacidad para actuar en un mundo impredecible o que no responde provoquen en el niño la necesidad de tornarse autista. Esto puede ocurrir durante los seis primeros meses si se bloquea la actividad general del niño o entre los seis y nueve meses en que el niño trata de relacionarse con los demás y se le impide dicha actividad y posteriormente entre los 18 y los 24 meses en que se puede presentar si se impide al niño "los esfuerzos activos para dominar su mundo tanto física como intelectualmente".

Así mismo, afirma que en todos los casos estudiados por él, "el niño experimentaba las actitudes de los padres, tales como el deseo de ellos de que él no existiera", por lo que el niño se retiraba del mundo, de manera que si el mundo es impredecible, la única protección es no actuar. Para proteger esta inactividad, el niño se cierra a todo estímulo que pueda provocar acción, pero como la hostilidad interior también puede llevarlo a actuar, el niño se insensibiliza a todo lo que provenga de su propio psiquismo. Por tanto, Bettelheim sugiere que las relaciones iniciales buenas o malas entre madre e hijo determinan el éxito o el fracaso en todas las relaciones sociales que posteriormente el niño puede tomar con quienes le rodean.

Quienes apoyan las teorías psicogénicas argumentan puntos como los siguientes:

- a) Existe ausencia de anomalía física o neurológica.
- b) Muchos niños tuvieron padres que sufren deficiencia en la respuesta emocional y que afecta al niño.
- c) Algunos niños fueron criados en orfanatos o lugares donde no hubo cariño materno o equivalente.
- d) El comportamiento del niño se interpreta como "signo de castigo" hacia los padres.
- e) Un alto índice de hijos únicos o primogénitos, sugieren que la actitud de los padres puede ser la causa del autismo. (Nuñez, 1987).

1.2.2 TEORIAS ORGANICISTAS.

Existen teorías orgánicas que basan sus hipótesis en un posible daño biogénico, vinculado a desajustes del sistema nervioso central. Aunque el déficit orgánico cerebral no se puede demostrar, en muchos casos es evidente la base orgánica primaria como acusante de este síndrome.

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

- 1.- Tipos estructurales de daño cerebral: Se ha comprobado en grupos de pacientes autistas, una disminución general o localizada de tejido cerebral mediante técnicas especializadas de rayos X. (Tomografía computarizada).
- 2.- Tipos funcionales de daño cerebral: Ornitz y Ritvo (1969 c.p. Schopler, 1988) sugirieron que el problema principal del autismo es una perturbación de la percepción o modulación localizado posiblemente en el tallo cerebral. Esto implica una sobreestimulación alternada con sobreinhibiciones del suministro sensorial, predominio poco común de algunos receptores sensoriales sobre otros y dificultad para interpretar sensaciones internas.

La teoría que sustenta la etiología del autismo en una falta de dominancia cerebral plantea que existe un predominio del hemisferio izquierdo en cuanto a funcionalidad nerviosa, y aunque no se conocen las causas exactas de la patología cerebral, si se conocen varios factores que se sabe que originan lesiones cerebrales en casos específicos.

Las bases de la teoría organicista se resumen en la siguiente frase:

"El autismo es un trastorno causado por varios procesos neurobiológicos excluyendo el mal manejo que tengan los padres sobre el niño". Schopler, 1988.

En lo que respecta a factores genéticos, se han realizado muchos estudios en torno a esto y no se han encontrado grandes evidencias de la etiología del autismo.

Según Bolton y Rutter (1990) las evidencias de influencias genéticas juegan un rol predominante en el origen de las características que definen al autista, como es su fenotipo, caracterizado por la combinación de déficits cognitivos y sociales. Existen mecanismos genéticos que deben ser estudiados más a fondo como los genes con modelos simples, mixtos y multifactoriales, ya que es ahí donde se puede encontrar la etiología del autismo.

Steffenburg y Cols, (c.p. Gillberg, 1988) sugieren que en algunos casos el autismo se debe a algún factor relacionado con el síndrome que ha sido heredado. Es posible que una anomalía en el cromosoma X frágil sea la causa, ya que hay una importante fracción de sujetos en este caso. La anomalía del cromosoma X frágil es un factor patogenético en un 16% de todos los casos de autismo conocidos. Los niños son afectados relativamente con mucho más frecuencia que las niñas, pero recientemente se ha demostrado que el defecto del cromosoma X frágil probablemente juega un rol positivo en el autismo femenino, y hay evidencias limitadas de que la anomalía del cromosoma pueda ser asociada con una disfunción cerebral y epilepsia. Esto es corroborado en los estudios que realizó Susan Smalley (1991), en donde se indica que la anomalía genética del cromosoma X frágil, puede ser una de las causas de la patología autista.

Así mismo, existen evidencias que sugieren una teoría de la disfunción del sistema cerebral vestibular mesolímbico como una posible causa de síntomas autistas. Si las áreas mesolímbicas son disfuncionales bilateralmente, la sintomatología autista es central, por lo tanto es severa la incapacidad en el campo del reconocimiento de significados emocionales de los objetos y de las relaciones sociales. Si hay otras áreas dañadas la sintomatología es mayor. (Gillberg y Coleman, 1987, c.p. Gillberg, 1988).

En cuanto a eventos pre o perinatales, existen datos que reportan que no existe una sola causa específica del autismo, ya que hay gran cantidad de casos en los que hay reducción de los índices óptimos en lo intrauterino, en el parto o en el período perinatal. Los sangrados durante el embarazo han sido una constante en los casos de autismo. (Gillberg, 1988)

También la esclerosis tuberosa es un desorden genético que es asociado con el autismo. Alrededor del 5% de todos los casos de autismo probablemente presenten al mismo tiempo esclerosis tuberosa. Muchos niños con este desorden también tienen espasmos infantiles, aunque ningún niño muestra la combinación de autismo, retardo mental y espasmos infantiles típicos o atípicos, porque se sospecharía de una subyacente esclerosis tuberosa. Así mismo, la neurofibromatosis es también asociada con el autismo. En vista de las asociaciones que se establecen entre el autismo y estos desórdenes genéticos, todavía no pueden considerarse como completamente establecidos. Lo que sí es un común denominador en estas condiciones es un severo retardo mental.

Comparado con la población en general, hay un doble riesgo de que padres con un hijo autista tengan otro hijo autista. (Coleman y Gillberg, 1987, c.p. Gillberg, 1988)

Así mismo, se sabe que durante el embarazo algunas infecciones virales pueden causar daño en el desarrollo del feto.

La sintomatología autista puede resultar de una afección por rubeola intrauterina, así como por infecciones por virus de herpes posnatal. Es posible también que una afección de citomegalovirus congénito sea asociado con el autismo. Estas infecciones pueden tener preferencia neurotrópica en los centros de las regiones temporales del cerebro. Así mismo se han aplicado numerosos estudios de electroencefalograma, pero los resultados son poco demostrativos salvo en los casos en que se asocia con epilepsia con manifestaciones clínicas. (Chess, 1971, c.p. Gillberg, 1988).

"El defecto psiquiátrico de estos niños autistas puede ser solo un subproducto de un síndrome de lesión neurobiológica, que puede ser debido a defectos en la maduración embrionaria y lesión intrauterina, independientemente de defectos genéticos determinados o mecanismos hereditarios genéticamente determinados". (Sankar, 1988, c.p. Gillberg, 1988).

Existen factores bioquímicos y metabólicos que pueden determinar la etiología del síndrome autista. Un número relativamente limitado de estudios neuroquímicos ha producido esencialmente tres hipótesis:

- a) La serotonina es probablemente aumentada en los fluidos del cuerpo de un substancial grupo de pacientes autistas, pero esto puede ser doblemente concomitante con el retraso mental que con el autismo per se.
- b) La dopamina puede ser disfuncional en muchos pacientes autistas. Esto se ha determinado a partir del fluido cerebro espinal y estudios urinarios y puede probablemente no ser atribuido meramente a una covariación con el retardo mental.
- c) Un nivel de endomorfinas mas elevado pudo ser encontrado en el sistema nervioso central. (Coleman y Gillberg, 1987).

La mayoría de las investigaciones bioquímicas del autismo se refieren a los neurotransmisores: un exceso, deficiencia o desequilibrio de estos mediadores puede causar perturbaciones conductuales y afectar estados de ánimo, emociones y procesos del pensamiento.

Algunos desórdenes metabólicos que se han encontrado en niños autistas son:

- a) Fenilcetonuria, cuyas conexiones con el autismo han sido tratados por diferentes autores. Estudios con animales, muestran gran cantidad de fenilalanina, lo cual interfiere en la mielinización del cerebro, por consiguiente el cerebelo es también afectado.
- b) Anormalidades en el metabolismo de los ácidos lácticos es también asociado al autismo. (Coleman y Blas, 1985, Gillberg, 1988).

Para concluir este punto, se cita a Gillberg como el principal exponente de este enfoque etiológico: "Existen varios trastornos neurobiológicos asociados con el autismo. El grupo tan heterogéneo de desórdenes sugiere que el autismo representa un desorden conductual con etiología múltiple".

El tema de la etiología de las psicosis infantiles en general y del autismo en particular, es altamente polémico, ya que surge una dicotomía entre la organicidad y la psicogénesis, que muchos plantean como opuestas, ya que parten de la existencia de un cuerpo y una mente separados uno del otro, lo cual, se rechaza ya que toda enfermedad ya sea física o mental tiene causas y efectos biológicos y psicológicos, con predominio variable en uno de ellos.

1.3 EL AUTISMO COMO DESCRIPCION SINTOMATOLOGICA

En la actualidad, y principalmente en Estados Unidos, se ha observado una tendencia a considerar que el autismo es una anomalía del desarrollo, debida exclusivamente a factores emocionales en estrecha relación con los contactos del niño con su madre. Además, se ha hecho costumbre extender el concepto inicial del autismo, diagnosticando así a niños con deficiencia mental que presentaban "un comportamiento raro". Van Kraepelin, (c.p. Villard, 1987) se opone a esta utilización desordenada del término "autismo infantil", ya que no se debe abusar del diagnóstico, porque tiende a convertirse en "moda".

Debido a esta tendencia de utilizar la palabra "autismo" para designar una enfermedad llamada "psicótica", se considera necesario excluirla de ser una clasificación nosológica e incluirla en una descripción sintomatológica.

Este síntoma es solo una consecuencia de la alteración profunda del niño que podría resumirse de la siguiente manera: "Cuando un individuo no tiene ninguna posibilidad de ser y de existir en relación con el mundo que le rodea y no puede comunicarse con sus semejantes, se hunde progresivamente en una organización autista".

El único punto de vista razonable que se ha visto hasta hoy es un reconocimiento del autismo como un síndrome definido conductualmente a pesar de ó sin considerar la disfunción asociada.

Se considera importante retomar a Freud en el sentido de recordar las tres series complementarias:

- 1) La constitución que corresponde a los factores hereditarios y congénéticos.
- 2) Las experiencias o sucesos infantiles que toman gran importancia y que ocurren en la época de formación del psiquismo.
- 3) Los sucesos accidentales, factores tardíos o desencadenantes de la enfermedad. (Nuñez, 1987).

"La constitución, mas los sucesos tempranos dan lo que Freud llama disposición, que es la capacidad ó tendencia a seguir determinadas orientaciones evolutivas y a reaccionar de un modo particular frente a ciertas excitaciones, impresiones y estímulos. Es a nivel de la disposición que se imbrican las causas orgánicas y las psíquicas".

Existen otros autores que se apoyan en el punto de vista de Freud para considerar el tema del autismo, tal es el caso de Kanner (1943) observó padres poco afectuosos y comunicativos, así como niños autistas con un defecto primario, o sea, que posiblemente existe una predisposición en el pequeño que le incapacita a enfrentarse al mundo y que esta característica aunada a la falta de afecto familiar origina desequilibrio psíquico que le conduce al autismo.

Cada vez que se habla de dos posiciones, se suele plantear una oposición y en consecuencia se piensa en la preferencia del que habla por uno de ellos. Sin embargo, se considera que son dos enfoques complementarios y que se debe plantear una forma verdaderamente integradora de concebirlos, es decir, "desentrañar los secretos de esta intersubjetividad primordial en que se gesta el ser humano". (Pérez de Plá, 1988).

C A P I T U L O I I

DESCRIPCION DEL SINDROME

2.1 **DESCUBRIMIENTO DEL SINDROME**

En 1943, Leo Kanner describió con el nombre de **AUTISMO INFANTIL PRECOZ**, un cuadro preciso a partir de 11 casos bajo el título de "Las alteraciones autistas de contacto afectivo". Los niños manifiestan un desinterés profundo por su entorno y tendencias regresivas desde el primer año. Se trata de una organización mórbida particular y distinta a la esquizofrenia infantil. Leo Kanner precisa: "Debemos advertir la hipótesis de que estos niños han venido al mundo con una incapacidad congénica para establecer el contacto afectivo habitual y, en términos generales, previsto biológicamente con las otras personas de su entorno, de la misma manera que otros niños presentan, desde su nacimiento, una minusvalía física o intelectual. Si esta hipótesis está fundamentada, un estudio más profundo de nuestros niños, puede contribuir a establecer los criterios concretos que conciernen a nociones todavía confusas que conocemos sobre los factores constitucionales de las reacciones emocionales. En efecto, parece que nos encontramos en presencia de perturbaciones autistas congénitas del contacto afectivo". Kanner (1945).

2.2 **CARACTERISTICAS DEL AUTISMO**

El niño autista es atractivo, inteligente, bonito, con apariencia de un niño normal y funcional. Algunos estudios han demostrado que estos niños tienen menos anomalías físicas, déficits auditivos y posiblemente de visión y que algunos son excepcionalmente delgados, pequeños e hipotónicos. (Gillberg y Coleman, 1987).

Estos niños tienen una clara tendencia al aislamiento, con un no reconocimiento de los otros, una indiferencia total, un desinterés completo por el mundo sonoro, a pesar de estas rarezas perceptivas y una audición característica. Son particularmente sensibles a ciertos ruidos y, paradójicamente, parecen no oír otros, incluso mas intensos. No responden cuando se les llama por su nombre. La mirada es huidiza, sin fijarse ni en las cosas ni en los rostros, se habla de mirada periférica que atraviesa a la gente sin verlas, vacía e imposible de atraer. Mira en "ojeadas".

Puede interesarse en una parte del cuerpo del otro, por ejemplo una mano, pero nunca parece tomar conciencia de la presencia global de otra persona.

El contacto, por tanto, es imposible, tanto mas puesto que no soporta que le toquen. De igual manera, los objetos y juguetes no son jamás utilizados normalmente, sino que los manipula rascándolos, golpeándolos, mordiéndolos, chupándolos o haciéndolos girar o rodar. La manipulación se acompaña con soplidos.

El niño permanece solo, sin reír ni llorar jamás, en cambio es capaz de tener explosiones de rabia y actitudes autoagresivas: se pellizca, se muerde, se pega en la cabeza, se araña y con frecuencia permanece insensible al dolor.

De manera general parece como si reemplazase los afectos por descargas motrices o expresiones de sufrimiento corporal. (Villard, 1984).

En el niño autista se observa la necesidad de inmutabilidad, es decir, la necesidad específica de vivir en un cuadro inmutable, en la inmovilidad de los objetos, de los seres, de los lugares, de las situaciones. Esta necesidad es primordial en la vida del niño autista, que tiene la preocupación de mantener todas las cosas en condiciones, de colocarse en el entorno tal y como lo percibió por primera vez.

De ello resulta que la actividad se desarrolla en forma de ritos: vestirse, alimentarse, dormir, jugar. Cualquier cambio en el entorno provoca crisis de rabia o reacciones de angustia, con gritos y patalones. Cada objeto debe estar en el lugar fijo y definitivo. El niño es capaz, con frecuencia de una actuación asombrosa para acordarse del lugar de los objetos y para detectar si falta alguno. A menudo presenta comportamientos de exploración de todos los rincones en una habitación nueva, que puede durar varios días. (Villard, 1984).

Se presentan también estereotipos, tales como los gestuales: juegos con las manos ante los ojos, repetidos indefinidamente, con los brazos imitando el batir de las alas, gestos de teclear, golpear y rascar. A estos pueden añadirse reacciones paradójicas (risas y sonrisas inadaptadas y discordantes), movimientos parasitarios y según los períodos una forma particular de caminar en bloque con los brazos pegados al cuerpo, anárquico, lanzando las piernas sin que importe como. También se aprecian ritmias, como el balanceo, giros sobre sí mismo, caminar sobre la punta de los dedos y también estereotipos verbales si el niño tiene un lenguaje.

Según reporta Kanner (1945) el nivel intelectual de los niños con este daño no es siempre normal. En la mitad de los casos, su Coeficiente Intelectual es de menos de 50, y los que llegan a un CI de 70 constituyen solo un 20%.

De la misma manera Gillberg (1988) reporta que aproximadamente de un 75 a un 90% de niños autistas presentan también retraso mental y los resultados de tests confiables reportan un promedio de CI por debajo de 70.

Todos los niños autistas presentan severos déficits cognitivos, aún aquellos que llegan a presentar un CI normal o superior al normal.

Lorna Wing (1978) ha investigado sobre el retardo mental en niños autistas y observó que el retraso en niñas es tan frecuente como en niños, a pesar de que es raro encontrar niñas autistas. Esto puede ser interpretado en el sentido de que los factores genéticos son relativamente más importantes en niños autistas y la severidad del daño cerebral es de mayor importancia en el desarrollo del autismo en niñas.

A esto agregamos que "generalmente en el sexo femenino la alteración es mucho mas grave si se añade un CI inferior a 30 y un déficit masivo en la esfera cognitiva del lenguaje". (Villard, 1984).

No obstante, es difícil hablar con certeza acerca de la inteligencia de un niño autista, ya que no existe un test de inteligencia válido para este tipo de niños. Siempre que se reportan en los niños autistas bajos puntajes de inteligencia, es con base en sesiones de evaluación conductual. (DeMyer, 1979).

Por otro lado, los padres notan que el funcionamiento de su hijo autista está lejos del promedio de inteligencia de un niño normal, pero creen que el potencial de inteligencia es bueno, ya que si aún el niño tiene una o dos palabras en su vocabulario, piensan que esas dos palabras son indicativos de que el niño tiene una "buena inteligencia".

Otras razones que tienen los padres para creer que sus hijos tienen un mayor potencial intelectual son: que se han observado adelantos recientes en sus habilidades intelectuales o perceptomotoras; la ausencia de debilitamiento en las destrezas adquiridas; la presencia de una infancia alerta; están llenos de esperanzas en creer que su niño no será siempre "retardado".

Actualmente, durante los años preescolares, pocos profesionales harían un diagnóstico firme de retardo mental en un niño autista, ya que solo algunos están familiarizados con las técnicas de rehabilitación en la inteligencia de niños autistas. Muchos clínicos saben que un pequeño porcentaje de niños autistas y no autistas con retardo incrementarían significativamente sus habilidades intelectuales. Es mas fácil que se dé un diagnóstico equivocado de retardo mental cuando se hace antes de que el niño cumpla seis años, ya que el máximo rendimiento intelectual se calcula que lo presenta el niño entre los 4 y los 6 años, por lo que se concluye que la buena inteligencia de un niño autista no es lo que lo caracteriza como tal, sino mas bien sus síntomas conductuales. (Lorna Wing, 1978).

Independientemente de sus capacidades intelectuales, se ha podido observar que el niño autista tiene una memoria muy desarrollada. Todavía es difícil de conocer por sus diversas facetas, ya que parte de una ausencia de noción, de concepto, de símbolo y, por tanto, de imagen mental; el niño tiene también la capacidad de memorizar cosas complejas y no solo aquello que creemos más simple. Recuerda todo lo que se relacione con la realidad concreta que le rodea y a veces surge en el momento más inesperado, o en ocasiones no corresponde con la situación presente, al menos para quienes lo rodean.

El niño psicótico aprende de los adultos no solo a partir de repeticiones, sino a través de una sensación confusa que los lleva a sentir al interlocutor dentro de sí. Esto surge a partir de que les impresiones algo de manera muy especial, tales como el rostro, la mímica, la entonación o cualquier otra cosa. La conjunción de estos elementos y de otras sensaciones son el origen de esta facultad de aprender muy rápido y memorizar aquello que les rodea. (Villard, 1984).

Los padres se asombran de la manera en que el niño memoriza comerciales televisivos o canciones que escuchan en el radio. Un caso que reporta O'Connell (1974, c.p. Morgan, 1988) es el de Joseph, un niño autista de 8 años con una habilidad extraordinaria para memorizar música, percepción de tonos y armonía, así como habilidades en ritmo y concentración.

Con base en las investigaciones hechas por los diversos autores, se puede observar que las dificultades que presentan los niños autistas se resumen en la idea de una alteración perceptiva grave que no les permite conceptualizar ni imaginar, y, por lo tanto, tampoco simbolizar.

Koupernik (1978 c.p. Pérez de Plá. 1988) constata en el niño autista una patología en la estructuración fundamentalmente del espacio; esto confirmaría que el niño puede superar un nivel de organización arcaica y narcisista sin tomar conciencia de su entorno.

Así mismo, numerosos autores admiten la imposibilidad de acceder al símbolo, pero siempre se habla de una alteración de la simbolización a partir de un defecto de comprensión del lenguaje. Según Rutter, 1988, no se ha comprendido el factor mediacional del lenguaje: el niño no es capaz de decodificar las tres modalidades del lenguaje sonoro: la denominación, la expresión (es decir, la entonación con valor afectivo), y el símbolo.

Las dificultades de simbolización del lenguaje primario están enmarcadas por el autismo. Las palabras no tienen significación, a pesar de que estos niños tienen un potencial suficiente a niveles de funcionamiento superior. Rutter (1988) en "Los efectos del retraso del lenguaje en el desarrollo", así como Ruttenberg (1989, c.p. Villard, 1984) en "La evaluación de la comunicación con el niño autista", entienden el autismo como un desorden del lenguaje. Al niño le faltará capacidad en el "lenguaje interior", que tan necesario es para el pensamiento conceptual.

El lenguaje es el factor de formación y de socialización de las representaciones mentales. Considerando que existe un lenguaje hablado y un lenguaje "interior", se puede decir que el primero es importante para el desarrollo de conceptos, la organización y el desarrollo del pensamiento, de la inteligencia y de la representación de la realidad, mientras que el segundo interviene en las actividades de juego imaginativo, que son la muestra del pensamiento del niño.

La ausencia de lenguaje interior en el niño autista es anterior a las alteraciones de lenguaje oral, y puede entenderse como "una incapacidad para formar conjuntos significativos". Tomando como referencia a Piaget, se puede observar que la formación de símbolos en el niño autista es distorsionada, así como sus diversas formas de pensamiento representativo: imitación, juego simbólico, y representación cognitiva, que evolucionan en función del equilibrio progresivo de la asimilación, acomodación e inteligencia, y que son elementos para su adaptación. (Paluzny, 1987).

Los problemas de comunicación son centrales en el trastorno autista, ya que dificulta mas su interacción con el entorno así como su conocimiento. Algunos tienen una comunicación muy limitada, aunque hay algunos que están envueltos en el autismo.

Son repetitivos de cuanto oyen; no conocen las reglas del lenguaje y el lenguaje simbólico no tiene significado alguno en ellos. Las particularidades de su lenguaje incluyen ecolalia, inversión pronominal, extraño uso de las palabras y una voz no modulada.

Villard (1984) resume las alteraciones del lenguaje de la siguiente manera: "El retraso del lenguaje es constante: a veces, se da farfuleo, un canturreo, pero la jerga no tiene significado. La voz está mal controlada, con entonaciones variables y un ritmo raro, cambiante. Si tiene un bosquejo de lenguaje, es estereotipado y obsesivo, y con frecuencia reducido a una ecolalia. El niño no utiliza el YO, sino que habla en segunda o tercera persona. Esta inversión pronominal es característica, de forma que el lenguaje no tiene valor de comunicación." (p.76)

Así mismo, menciona que cuando la función simbólica es deficiente, el niño no puede superar ni tan siquiera la inteligencia de las situaciones. Los niños autistas no tienen acceso al simbolismo que implica una representación mental. No se consigue el estado de la función semiótica, que es la capacidad de representar un significado por un significante. Puesto que no tiene ninguna posibilidad creadora, no pueden inventar juegos, representar (hacer como si...), contar historias. Puede comprender órdenes simples, separadas, pero no pueden captar una orden compleja recurriendo a la capacidad de abstracción. A nivel de alteraciones en la utilización del lenguaje, como es comprensible, captan las palabras en su sentido literal, sin percibir el simbolismo (de ahí la ecolalia, la metalalia, la inversión pronominal), y nunca ha utilizado en forma correcta frases cortas como "hasta luego". así pues, la imitación no es posible. (Villard, 1984).

El niño autista, por tanto, no tiene la posibilidad de acceder al simbolismo, y por ende a la representación mental. Para él, un objeto, una situación, un grito, una sonrisa, son hechos existentes memorizados sin ningún otro elemento. "Todo es chato, frío, sin afecto, como una imagen o una película sin palabras ni música". (Villard, 1984).

Estos niños no pueden aprehender el conjunto, ya que les es imposible tener una representación mental, y de ahí que la visión de un detalle sustituya la visión de un conjunto. Así mismo, no pueden generalizar un concepto ya que no tienen representación mental. De esta manera el niño autista se encuentra en una situación muy difícil dentro de su vida familiar y viceversa. El niño se encuentra ante relaciones nuevas que no aprende en absoluto ya que se utilizan cada vez más simbolismos, lo cual requiere demasiada interiorización y no tiene los medios y los elementos interiores para captarlas. La familia, ante esta carencia se siente desamparada y frustrada, todos se sienten eliminados, ya que dan lo mejor de sí resultando una situación inconcebible y desmoralizadora. (Villard, 1984).

2.3 DIAGNOSTICO DEL AUTISMO

En 1961, Creak, (c.p. Villard, 1984) elaboró cierta terminología para diagnosticar lo que él llamó "Schizophrenic syndrom in chilhood", dando 9 puntos para su diagnóstico:

- 1) Deterioro total y duradero en su relación afectiva con los demás que puede ir desde una relación con reservas hasta la más completa indiferencia.
- 2) Ausencia de toma de conciencia de sí mismo y de cuanto le rodea.
- 3) Preocupación patológica por objetos muy particulares.
- 4) Resistencia a permitir un cambio en el entorno.
- 5) Perturbación de las capacidades de percepción, es decir, que la respuesta a estímulos sensoriales es imprevisible.

- 6) Ansiedad violenta y excesiva.
- 7) No adquiere un lenguaje, o bien, no se desarrolla mas alla de murmullos o sonidos sin sentido. Sin embargo, en los casos en que el niño si adquiere lenguaje, existe confusión, inversión de pronombres personales y ecolalia.
- 8) Distorción de las actitudes y en los comportamientos.
- 9) Existe un retraso psicomotor serio, con capacidades intelectuales por debajo de lo normal, o bien todo lo contrario, son excepcionales.

En 1969 Clancy (c.p. Villard, 1984), propone una escala de 14 puntos los cuales reagrupan síntomas de autismo, y señalan que si en un niño reunen mas de 7 puntos, desarrollará autismo. Es por esto que se toma como instrumento de diagnóstico precoz y se aplica a niños normales.

- 1) Gran dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
- 2) El niño se comporta como si fuera sordo.
- 3) Existe resistencia a cualquier aprendizaje.
- 4) Ausencia de miedo ante un peligro real.
- 5) Resistencia a los cambios de costumbres.
- 6) Señala sus necesidades por medio de gestos.
- 7) Ríe o sonríe sin razón aparente.
- 8) No es cariñoso como un niño normal.
- 9) Una marcada hiperactividad física.
- 10) Evita las miradas: ausencia de contacto visual.

- 11) Apego raro a uno o varios objetos.
- 12) Hace girar los objetos.
- 13) Realiza actividades inadecuadas de manera repetitiva y sostenida.
- 14) Actitud altanera.

"Esta escala permite poner en evidencia un comportamiento autista secundario en los niños deficientes mentales. Wing ha observado este tipo de comportamiento autista en los niños afectados por alteraciones congénitas. La puntuación positiva (mas de 7), siempre está en correlación con un retardo mental y asociado a otros defectos del desarrollo, en particular a las alteraciones de aprendizaje y atención." (Villard, 1988).p.96

Schopler (1988) describe 15 puntos que constituyen una señal de alarma ante el riesgo de una evolución autista:

- 1) Dificultad en establecer relaciones con las personas.
- 2) Ausencia de imitación.
- 3) Alteración de la afectividad.
- 4) Movimientos raros y estereotipados.
- 5) Relaciones particulares con los objetos.
- 6) Resistencia a todo cambio.
- 7) Particularidades de la respuesta visual.
- 8) Particularidades de la respuesta auditiva.
- 9) Utilización de los receptores de contacto.

- 10) Reacciones de angustia.
- 11) Comunicación verbal perturbada.
- 12) Comunicación no verbal utilizada (gestos).
- 13) Nivel de actividad bajo.
- 14) Funcionamiento intelectual perturbado.
- 15) Impresión general del comportamiento del niño.

2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE AUTISMO Y OTRAS ENTIDADES ASOCIADAS.

- Autismo VS Psicosis Deficitarias.

A las psicosis deficitarias se les define como resultado de la imbricación de una relación psicótica y de una sintomatología deficitaria, o incluso como un conjunto de síntomas que pueden vincularse a una deficiencia o a un retraso en el desarrollo y de síntomas característicos de un estado psicótico.

La sintomatología es:

- a) Desarrollo motor globalmente retrasado, no presentándose éste en el autismo.
- b) Dificultades para emitir un lenguaje fluido, mientras que en el autismo se presenta un lenguaje claro pero no comunicativo.
- c) Alteraciones alimentarias frecuentes.
- d) Comportamiento particular constituido por una agitación pseudomaniaca, que contrasta con las fases autistas.
- e) Ansiedad presente, pero menos perceptible que en el autismo.

- Autismo VS Psicosis simbiótica.

La psicosis simbiótica fué descrita por Mahler en 1952, caracterizándola como la incapacidad y el rechazo a renunciar a la relación simbiótica, es decir, a salir de un sistema que funciona como una unidad dual. La percepción de lo real está perturbada siempre. Así, la relación de objeto es de tipo psicótico, con una ansiedad mayor y fantasías que se expresan en forma de delirio. La alteración se produce cuando se confronta al niño con una separación de su madre. Los síntomas son:

- a) Una pérdida de las fronteras de las fronteras del yo, manifestándose una reacción excesiva a todo fracaso.
- b) Angustia masiva ante la separación y el aniquilamiento.

En la psicosis simbiótica se encuentran ciertos síntomas clásicos de la psicosis autista como la manipulación anormal de los objetos y las alteraciones del lenguaje. Sin embargo, las manifestaciones afectivas son muy ambivalentes, buscando y huyendo a la vez del contacto, a diferencia del autismo en el que se rechaza totalmente el contacto. Es por esto que decimos que en la psicosis simbiótica el contacto no se ha roto.

- Autismo VS Retraso del lenguaje.

Existen ciertos puntos de referencia que permiten diferenciar ambos cuadros: El niño con retraso del lenguaje puede expresar algunas palabras. Presenta un comportamiento casi normal. Juega, no rechaza el contacto, utiliza ciertos gestos y sabe designar muchas cosas por el sonido y por el gesto, lo cual no hace el niño autista. El contacto con los objetos es completamente normal, e incluso si se ha cometido un error al diagnosticar como autista a un niño con retraso en el lenguaje, la evolución entre los seis y los doce meses no permitirá la menor duda en dar el diagnóstico adecuado.

- Autismo VS Sordera.

Este diagnóstico es frecuente y debe serlo cuando se piensa en la psicosis infantil. El niño autista no responde ni parece entender determinados sonidos. A veces pronuncia algunos nombres que desaparecen definitivamente perdiendo su forma. En ocasiones habla con una voz muy particular, desonorizada como la del niño sordo. Es muy difícil el estudio de la audición por medio de aparatos que exigen la colaboración del niño, en esta edad es incluso imposible de realizar. Los potenciales auditivos evocados pueden estar perturbados tanto en el niño autista como en el niño sordo. Este último es capaz de utilizar el gesto muy rápidamente y sobre todo de designar alguna cosa señalándola con el dedo, mientras que el autista coge de la mano para que se le dé alguna cosa. Este síntoma es fundamental. Otro síntoma es la utilización normal del dibujo, que en el niño sordo evoluciona y el autista no pasa de garabatos.

- Autismo VS Retraso mental ó Debilidad mental.

En el niño débil mental el retraso psicomotor es definitivo y establecido, y en el niño autista se experimentan variaciones extremas y nunca es global. El niño autista mantiene su cabeza normalmente, consigue la posición sedente aunque camine mas tarde y se desplaza sentado impulsándose con los brazos. La evolución motriz es normal, pero no sonríe ni habla, mientras que el niño débil tiene una evolución retrasada pero mucho mas homogénea.

- Autismo VS Hospitalismo.

La noción de separación es importante e indispensable, pero también lo es la ausencia de estimulación, con frecuencia relacionada con una enfermedad que requiere una hospitalización y que le mantiene en cama por varias semanas. El aspecto anterior es diferente: en primer lugar, la mirada no es la de un niño psicótico, es mas fija, el ojo hundido, con ojeras, algo húmedo, como implorante. La posición mas corriente es sentado con semblante triste, cerrado, la mirada imprecisa, vacía y no como la mirada del niño autista que explora de reojo.

2.5 FRECUENCIA DEL SINDROME AUTISTA.

En lo que se refiere a la incidencia de este síndrome, casi todos los estudios que se han hecho sobre autismo, ha figurado una frecuencia de 4.0 a 6.7 por cada 10,000 niños, y solo la mitad de ellos o hasta las tres cuartas partes de ellos padecen de autismo nuclear.

Recientemente se ha podido observar que la forma autística precoz suele afectar a 3 o 4 niños por cada niña, apareciendo en todas las razas, medios, independientemente de su nivel socioeconómico, intelectual o afectivo.

Omenn (1973, c.p. Gillberg, 1988), sostiene que la proporción mayor de niños que de niñas favorece una causa biológica, presumiblemente genética o parcialmente genética. Un grupo de investigadores canadienses reportan los mas altos promedios en incidencia de estos casos. Así mismo, encontraron que no existe diferencia en cuanto a la frecuencia entre zonas rurales y urbanas.

2.6 PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DEL AUTISMO.

Es difícil establecer un tiempo determinado para observar avances significativos en el niño autista. Su evolución varía según la profundidad de la alteración, las condiciones de vida, las relaciones afectivas y las posibilidades materiales locales.

Según Villard (1987) como mínimo hasta los 3 años el niño debe progresar y organizar sus puntos de referencia en casa. Posteriormente se recomienda que ingrese a un centro especializado durante media jornada, después un semiinternado puede ser necesario mas adelante como consecuencia de las dificultades que se producen en la familia y que entorpecen la reeducación y favorecen la regresión y las alteraciones en el comportamiento.

Todos los tratamientos que proponen los diferentes autores tienen su parte de verdad, pero el problema es que no se ha coordinado para su utilización. Es necesario ayudar a estos niños con todos los medios de que se dispone: psicológicos, logopédicos, psicomotores, comportamentales, racionales, etc.

En México, desde 1986, se ha abierto una Asociación en la que Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Terapistas de Lenguaje, se enfocan en la atención del niño autista desde su perspectiva mas amplia: se ve al niño a nivel particular y familiar con el fin de obtener los mejores resultados posibles.

Desde que el niño ingresa, las enfermeras son las encargadas de alimentarlo, asearlo y distraerlo hasta el momento en que entre a alguna terapia.

La terapia de Modificación Conductual tiene como objetivo el ampliar su repertorio conductual y decrementar conductas inadecuadas tales como agresión, autoagresión, berrinches, gritos, y movimientos estereotipados tales como el mecerse, el girar, mover las manos, etc. El manejo con los niños autistas es muy diferente al manejo que se hace con otros niños que presentan otras patologías, pues la terapia conductual no puede ser aplicada debido a las características de la enfermedad autista. Sin embargo, el manejo de castigos y reforzadores ha ayudado al niño autista a controlar su conducta, así como a enriquecer su repertorio de conductas en las áreas de coordinación motriz (gruesa y fina), lenguaje, adaptación y socialización.

La atención que se da en este tipo de terapia es individual, ya que posteriormente tienen su terapia de socialización donde se trata de integrar al niño a un grupo, conviven con otros niños, ya sean éstos autistas o bien, niños que han sido canalizados a este servicio por presentar problemas en la escuela a donde normalmente asisten.

En la terapia de Lenguaje, la atención al niño es personal. Cuando solo emite sonidos guturales pero no palabras, la terapeuta trata de establecer con el niño un "lenguaje autístico", a base de señas, gestos, sonidos, etc., con lo que se da la comunicación. En el caso de que haya lenguaje, el niño presenta ecolalia e inversión pronominal, por lo que en base a técnicas, se encamina al niño a un mejor uso del vocabulario.

Una vez que los padres recogen a su hijo, se les da un reporte de la conducta del niño y se les proporciona la información que sea necesaria para un mejor manejo del niño autista en el hogar.

Existen en la actualidad otros tratamientos como la "Delfinoterapia" la cual ha sido probada en varias partes del mundo, y aplicada desde 1988 como método de terapia física y psicológica para niños y adultos minusválidos empezando la Florida, Estados Unidos, y en México se experimenta a partir de 1991 con menores autistas e incluso con niños que sufren vagotomía (Deficiencia mental y sordera). En todos se han conseguido significativos avances de rehabilitación. La Delfinoterapia es la preparación psicológica del paciente por medio un especialista, para que el menor establezca contacto con un delfín y así, ser influenciado emocionalmente para lograr efectos psicológicos que sirven como catalizadores para aplicar terapias convencionales.

La relación "autismo-delfín" a comprobado progresos en la rehabilitación por que la presencia del mamífero motiva positivamente al niño, además del ambiente acuático salado del estanque, que facilita la movilidad y el desplazamiento.

La utilización de animales en algunas terapias, principalmente con niños, no es una novedad ya que la respuesta es mayor dado que se trata de un objeto animado.

Así mismo, se ha investigado acerca de la importancia que tiene la música en el tratamiento del autismo ya que se ha encontrado una leve mejoría en esta patología y en otras enfermedades mentales como el R.M. y orgánicas como las cardiovasculares y de presión arterial. (Anderson, 1991).

C A P I T U L O I I I

LA FAMILIA Y EL NIÑO AUTISTA.

El estudio de las familias con paciente psiquiátrico, tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar, y que los trastornos mentales guardan una relación estrecha con la existencia de enfermedad mental o de psicopatología en alguno de los padres. Se considera que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar, exponente y consecuencia de las tensiones que se dan dentro de la familia; este planteamiento es de gran importancia ya que amplían el concepto del enfermo como de un problema individual, y de la enfermedad como algo más que el resultado de procesos fisiopatológicos. (Jackson, 1980, c.p. Padilla, 1994).

Tener un hijo con una incapacidad es un fuerte golpe que por lo general implica una reacción que los expertos han designado con el término "choque". Se trata de ese sentimiento de indiferencia en el que se escuchan palabras, sabemos lo que quieren decir, pero sin embargo, no aparece ninguna sensación de placer o displacer. "Es como si se encontrara uno flotando o bien suspendido" (Benjamin, 1988).

Esta etapa inicial, el choque, puede ser muy breve, o bien prolongarse. Toda la familia atraviesa por este periodo. Algunos padres descubren que su hijo no es normal inmediatamente después del nacimiento, como es el caso de daños físicos o genéticos como el Síndrome de Down. Tal vez las condiciones no sean evidentes a la hora del nacimiento sino posteriormente, pues el niño parece normal, y es hasta etapas posteriores cuando se sospecha de alguna anomalía: tal vez el niño era demasiado bueno, ya que se quedaba acostado, sin llorar ni reaccionar cuando lo abrazaban, o probablemente no hablaba mientras que los otros niños de su edad ya balbuceaban. (Benjamin, 1988)

Es el momento del "choque" cuando es sumamente importante la adaptación familiar, la cual va a depender del grado de cohesión y libertad de expresión de todo cuando suceda en la familia con la finalidad de verter todas las ansiedades. (Morgan, 1988).

Es por esto que se considera importante hacer una descripción de las características generales que presentan los padres de familia que tienen un hijo autista.

3.1 CARACTERISTICAS DE LOS PADRES DE NINOS AUTISTAS.

Leo Kanner (1945) menciona algunas características de los padres de estos niños a los cuales describe como rígidos, fríos, intelectuales, lejanos poco sensibles. Otros autores como Bettelheim, en 1987 menciona que la característica principal de estos padres es que se enfurecen con facilidad.

Es común asumir, dentro de la psiquiatría infantil, que la personalidad y las actitudes de los padres ejercen una influencia fundamental en el desarrollo del niño. Estudios sobre psicosis infantil proveen la oportunidad para examinar la hipótesis de que las diferentes personalidades de los padres son asociadas con diferentes condiciones en los niños. (Kolvin, 1971)

En los años 60's, según describe Kolvin (1971), se hablaba de los padres de niños autistas como obsesivos, con personalidad fría con limitado interés por la gente y frigididad emocional. así mismo, presentan rasgos de introversión y desapego. Sin embargo, estudios actuales han concluido que muchos de los padres de niños autistas no difieren marcadamente en la personalidad y actitudes con los padres de niños normales.

Villard (1987) se refiere principalmente a las características de las madres, las cuales pudieran ser portadoras de una parte de alteración perceptiva, y así sus dificultades para ayudar a su hijo las culpabiliza y aumenta su tensión y rigidez. Para evitar esto último, se necesita abordar progresivamente la noción de alteración congénita: "El niño ha nacido así y la madre debe intentar adaptarse". Según Villard, las madres intentan realizar instintivamente el tipo de relación mas favorable para que el niño progrese, lo cual explica su actitud.

Mucho se ha escrito sobre los aspectos negativos de las madres de niños autistas, pero muy pocos estudios han sido tomados en cuenta, como el estudio de Kolvin (1971) en el que reporta que la personalidad de las madres de estos niños sugieren que no son introversas ni neuróticas como se ha dicho siempre. Sin embargo, existen estudios más completos a este respecto como es el estudio de James y Morgan (1990) en el que comparan 20 madres de niños autistas con 20 madres de niños con síndrome de Down y 20 madres con niños normales, encontrando que las madres de niños autistas revelan menos niveles de competencia con su pareja, menos satisfacción marital, más cohesión familiar y menos adaptabilidad familiar que las madres de los otros 2 grupos. Así mismo éste estudio que las madres con niños autistas y con síndrome de Down son más irritables, explosivas y se "maldicen" más comunmente que las madres de niños normales.

3.2 ESTUDIOS SOBRE LOS PADRES DE NIÑOS AUTISTAS.

En un estudio que realiza DeMyer (1979) para conocer las diferencias existentes en la personalidad de padres de niños autistas y padres de niños normales, aplica el test de Edwards (Edwards Personality Preference Test), el cual tiene por objeto medir las 15 necesidades humanas definidas por Murray en 1938. Se aplicó a ambos grupos y los resultados obtenidos fueron los siguientes: No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a preferencias. Si los padres han sido rígidos, por tanto, en este test, se encontraron altos en puntajes referentes a realización, orden, autonomía, paciencia y bajos puntajes en exhibicionismo, afiliación, auxiliamiento, resistencia al cambio y demostración afectiva. Conforme al punto de vista de Bettelheim, debieron haber salido altos en agresión y bajos en cariño, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. La única escala que tiende a diferenciarse un poco es la de heterosexualidad: los padres de niños autistas tienden a expresar más interés en la heterosexualidad que los padres control. En las madres, de las escalas más citadas fueron las de impaciencia en el 66% de las madres de niños autistas y en un 73% de las madres de niños normales, aunque sin embargo los padres tienden a ver a sus esposas como más tranquilas, aunque las madres expresan su impaciencia hacia sus hijos y su esposo.

En teoría, es posible distinguir tanto los impactos directos como los indirectos de la relación paterna con los niños. Todas las conductas que tienen los padres hacia sus hijos tienen repercusiones a corto y largo plazo. Por ejemplo, la expresión de una desilusión por parte de los padres induce a una ansiedad en el pequeño. El niño no está directamente expuesto al síndrome sino los padres, aunque sin embargo esto repercute en él. (Cox y cols, 1987).

También existen aproximaciones psicoanalíticas al estudio de las historias personales y familiares de ambos progenitores, lo cual aporta hechos altamente significativos.

- a) Se ha encontrado que los padres de estos niños, y especialmente la madre, han tenido fantasías monstruosas y/o imágenes de indiferenciación de manera repetitiva precediendo al nacimiento, y estas se vinculan con figuras significativas de la historia familiar que mueren temprana y/o trágicamente y con las que el niño resulta identificado inconcientemente o en forma explícita.
- b) Se observan también graves distorsiones de la estructura edípica con alteraciones de la ley de las generaciones transgresiones incestuosas reales o fantasmáticas.
- c) El padre desempeña inadecuadamente su papel de tercero que interviene limitando el vínculo entre madre-hijo, no puede ser portador de la ley simbólica. (Pérez de Piá, 1988).

En los estudios de DeMyer (1979) reporta que la salud mental de las madres durante el embarazo no difiere en cuanto a las madres de niños autistas y madres de niños normales. Principalmente presentan síntomas depresivos. Solamente el 1% de las madres de ambos grupos presentaron ingesta excesiva de alcohol. En suma, no hay gran incidencia de enfermedad mental en las madres antes de que sus bebés nacieran. Así mismo, en cuanto a los sentimientos que presentan al tener al niño en sus brazos no es diferente en uno y otro grupo.

En esta misma investigación se pregunta a los padres si pensaban que era el momento apropiado para tener un bebé, si ellos lo querían y acerca de las fantasías de las madres durante el embarazo, encontrando que los embarazos no planeados son reportados en ambos grupos; después de saber que se está embarazada, el 60% de las madres de los dos grupos dijeron querer tener al bebé. De padres quienes inicialmente no querían el embarazo, el 6% dijeron que en el curso del embarazo sus sentimientos cambiaron y querían a su hijo.

Según DeMyer (1979) los padres de niños autistas difieren de los padres de niños normales en solo una cosa: cerca de un tercio de las madres de niños autistas tienen problemas depresivos, en reacción a la situación stressante que viven día a día. Sin embargo, todas las demás funciones no se reportan como significativas. Las madres que fueron estudiadas, diariamente siguen la misma rutina de la cual no salen. En todos los casos el niño autista juega un rol central. Así mismo, se investigó acerca de la edad de los padres de niños autistas, los cuales fueron significativamente mas grandes que los padres de niños normales. El promedio de edad de las madres de niños autistas es de 28.1 años; las madres de niños normales de 24.6 años; los padres de niños autistas de 30.6 años; y los padres de niños normales de 26.7 años. Esa diferencia en edades es de gran significancia en vista del cuidado que se le presta al pequeño garantizando la similaridad en edad del niño y su posición en la familia. Es bien conocido que las deficiencias en el material genético son mas comunes conforme avanza la edad de la madre. Muchas madres de niños autistas se encontraban al finalizar los treinta o iniciando los cuarentas. (Allen, DeMyer, Norton, Pontius y Yang, 1971).

Así mismo Norton y Clifford en 1994, reportan en su estudio sobre stress en la familia del niño autista que el grado de stress es significativo ya que los problemas de comunicación que presenta el niño, sus ciclos de sueño, sus conductas impredecibles, así como la dificultad para crear cambios en la rutina diaria, hacen de la vida familiar un caos que intentan superar, pero que conforme el tiempo pasa es más difícil puesto que el manejo del niño autista se sale de su control.

3.3 LA RELACION FAMILIAR.

La familia en general, con el fin de ayudar al pequeño, utiliza progresivamente todo lo que es agradable, todo lo que favorezca el contacto. El niño, por su lado, utiliza sus capacidades de memorización de situaciones y de aprehender mejor los rostros, entonaciones y asociarlas a la realidad presente. Si alguna actividad le causa placer a nivel físico o psíquico (de bienestar), procura reproducirla permanentemente, originando un sistema bloqueado, ya que se realiza en forma ritualizada excluyendo la relación que pudiera producirse con todos los miembros de la familia.

La familia se encuentra en dificultades al tratar de hacer entender al niño ciertos conceptos, que, debido a que carece de representación mental, no son asimilados de manera lógica. De esta manera se interviene "obligatoriamente" mediante sistemas incomprensibles para el niño que pueden bloquearlo totalmente o confortarle en su mutismo, y por lo tanto, en su retraimiento, en su autismo. Es en este momento cuando "el contacto del niño con la familia es necesario por ambas partes, ya que de lo contrario, los lazos se aflojan progresivamente". (Villard, 1987).

Cuando el autismo infantil se detecta, los padres deben encontrar maneras de sacar adelante al niño utilizando los elementos que se tengan a la mano. Al iniciar los primeros tres años de vida, no representan mucho problema en lo que se refiere a la comunicación o el acercamiento con la demás gente, pero lo que si causa ya problemas es en el dormir, la alimentación, el aprendizaje de las expresiones emocionales y el control de esfínteres. (Schopler, 1988).

En lo que se refiere a problemas para dormir, Villard (1987) reporta que desde el primer mes del pequeño, ya se observan dificultades, señalando insomnio calmado con extrema docilidad. En un estudio que realiza DeMyer (1979) acerca de los padres de niños autistas, menciona que estos sufrían problemas para que el niño conciliara el sueño sobre todo entre los tres y los cuatro años.

Cerca del 65% de los padres reportan que utilizan diversos métodos para que el niño aprenda que es hora de dormir, pero conforme pasa el tiempo, dejan de funcionar. Sin embargo, se dan cuenta que siendo sumamente estrictos, el niño llora mas y los padres terminan estresados y exhaustos por la situación.

Generalmente es la madre la que sufre de la rutina nocturna de llevar al niño a dormir. Solo pocos padres ayudan a sus esposas ya que dicen que son las madres las que mas acceso tienen con el niño en cuanto al manejo de problemas, además de que al día siguiente tienen que levantarse a trabajar muy temprano. Las madres se quejan de estar muy cansadas y se frustran ya que no sienten apoyo físico ni moral.

Las alteraciones en la alimentación son de una precocidad sorprendente, pues aparece también desde el primer mes. Según Villard, en 1987, consisten fundamentalmente en un defecto de succión, anorexia, vómito y rechazo del pecho y del biberón. Posteriormente se observa rechazo a masticar así como caprichos alimentarios. Dado que el niño se aísla de todas las situaciones en que se enfrenta al contacto con los demás, las horas de comida con toda la familia reunida se han hecho a un lado y la madre se siente desmoralizada porque cree que no siente apoyo alguno por parte de su pareja, y al mismo tiempo el padre se siente frustrado porque no encuentra ninguna solución satisfactoria. Por lo mismo, también se suspenden las salidas a restaurantes, días de campo o visitas con la familia cercana, ya que la conducta del niño hace mas difícil su control, pues se vuelve mas irritable e hiperactivo que en casa.

En lo que se refiere al distanciamiento social, es evidente que los padres lo refuerzan sin quererlo, por ejemplo, muchos padres encierran en su mundo familiar a sus hijos autistas ya que conocen perfectamente todas sus necesidades: lo que quieren, lo que sienten (!) y por lo mismo, los padres prefieren alejarse de la gente extraña y de la familia externa.

Sin embargo, cabe hacer notar que este distanciamiento no solo se presenta por parte del niño autista, sino también por parte de los miembros de la familia. Según DeMyer (1979), el 90% de las madres dicen que frecuentemente demuestran afecto a su hijo autista, aunque en ocasiones se olvidan de abrazar o besarlo a él o a sus hermanos. Algunos niños autistas aprenden a dar besos cuando se les pide, pero esto es automático, y no se observa espontaneidad en este acto.

Debido a la complejidad del trastorno del pequeño, es muy común ver a los padres de estos niños sumamente confusos en cuanto a que hacer con él.

El autismo es una condición extremadamente rara, y los padres conocen muy pocas familias con un niño autista. Las cosas que ellos escuchan sobre estos niños son escasas, y en ocasiones hasta contradictorias. Por ejemplo, en Estados Unidos, muchos programas televisivos y artículos en el periódico han expuesto casos en los que los niños salen adelante del problema e insinúan el hecho de que existe un nuevo tratamiento que "cura" el autismo. Esto hace que los padres se creen falsas expectativas al llevar a diversos tratamientos a su hijo, sobre todo entre los dos y los cuatro años, ya que según reporta DeMyer (1979) el niño es percibido por sus padres con mayores disturbios (en el 78% de los casos). Muchos factores aceleran la severidad del daño del niño autista, por lo que los padres presentan gran incertidumbre, ansiedad y sentimientos de que necesitan ayuda con respecto a proporcionar una ayuda efectiva, ya que empeora su sintomatología conforme va creciendo, sobre todo en su falta de atención, su retraimiento social y poca disposición en general. Los padres están sumamente ansiosos, angustiados, ya que observan como sus hijos son totalmente distintos a los demás niños de su edad. (DeMyer, 1979).

- LOS HERMANOS EN LA RELACION FAMILIAR.

No obstante la angustia que experimentan los padres, ésta se presenta en general en todos los miembros de la familia, pues la aparición del niño autista va a influir directa o indirectamente también en el funcionamiento de los hermanos, los cuales tienen que aprender a adaptarse y soportar los severos problemas que presenta un hermano o hermana autista. Por ejemplo, para Morgan, 1988, el grado de atención desproporcionado que dan los padres hacia el hijo autista crea día a día enojo en los hermanos.

DeMyer (1979) reporta que en el 30% de las familias que estudió, los padres reportaban que los hijos se comportaban con negligencia debido a la atención que los padres daban a su hijo autista. Así mismo, D'Moore (1978, c.p. DeMyer, 1979), encontró que la mayoría de los hermanos de niños autistas aparecen como bien adaptados a esa situación, y Sullivan (1979 c.p. DeMyer, 1979), concluye que los hermanos de niños autistas se exponen a edades muy tempranas a stress y presiones, y tienden a madurar más rápidamente. Frecuentemente toman el rol de "El hermano mayor" aún cuando sean mas chicos que el propio autista. Las presiones tienden a ser manifestadas de dos formas: algunos adoptan el rol de los padres sacrificados por el niño y mas tarde se llegan a dedicar a profesiones de "ayuda"; otros, tienden a tomar su propio "estilo de vida" ignorando a su hermano autista ya que lo asocian con problemas familiares.

Es importante señalar que el incremento en la tensión y la preocupación es inevitable y afecta a toda la familia. En el 54% de los casos de los hermanos de los niños autistas estudiados por DeMyer (1979) mencionan entender los problemas y el porqué hay preferencia hacia este hermano o bien el porqué el trato hacia él es especial por parte de los padres, y por tanto ayudan en el cuidado físico del niño.

Algunos hermanos prueban a enseñar al niño autista algunos conceptos o bien, persistentemente ofrecen afecto esperando que éste sea aceptado. No obstante, los padres se enfrentan al problema de tener que inscribir a sus hijos a la escuela ya un poco avanzados en edad, es decir a los 8 años, por ejemplo, ya que por estar buscando la ayuda más acertada para su hijo autista, descuidan un poco a los demás hijos. Esto provoca que haya hermanos que no comprenden que su hermano autista es diferente y resienten la atención que los padres le proporcionan. Por otro lado, el efecto negativo más prominente es la negligencia de los hijos debido a la atención que se le presta al niño autista y el tiempo que se le dedica. Cerca del 18% de los padres reportan que los hijos se muestran preocupados por su hermano autista. Preguntan ¿Porqué mi hermano no habla? ¿porqué no me quiere?

Algo muy significativo es que cerca del 15% de los hermanos de niños autistas presentan conductas regresivas en sus actos (control de esfínteres y alimentación). También en ocasiones las maestras reportan que presentan conductas que anteriormente no se daban como el molestar a otros niños, son inquietos, se eleva el nivel de celos, mientras que otros se rehusan totalmente a ir a la escuela.

Sin embargo, esto no se debe a problemas conductuales per sé, pues según DeMyer, los hermanos de niños autistas no presentan una alta incidencia de problemas de aprendizaje en comparación con los hermanos de niños normales (autistas 20%; normales 15%). Solo tres de los hermanos de niños autistas presentaron retardo mental leve o bien problemas de aprendizaje.

Es de esta manera que la vivencia familiar ante la presencia de un miembro autista, va a estar alterada viviéndose frustración y tensión continua, conduciendo a diferentes formas de interacción familiar disfuncional y stress, tal y como lo reporta Fisman y Wolf (1991), en su estudio sobre los efectos que tiene en la familia, en los padres y en la relación entre hermanos, la presencia del niño autista.

- STRESS FAMILIAR.

Uno de los principales aspectos que producen tensión familiar es la siguiente: los niños normales, en el 45% de los casos tienen efectos positivos en la familia. A los padres les gusta que el niño ronde por la casa. Sin embargo, el niño autista vé, no mira; oye, no escucha; ronda por la casa sin sentido alguno. Los problemas asociados con el afecto que proporciona un niño normal en el hogar es fundamental para el buen equilibrio familiar. (DeMyer, 1979).

El estilo de vida en que se encuentran inmersos tanto padres como hermanos de un niño autista, provoca stress a la familia en general. En un estudio que realiza DeMyer (1979) uno o ambos padres describen un incremento en su tensión física y psicológica, lo cual, según ellos explican, se debía a que su hijo se ha vuelto mas demandante y tienen que "estar sobre de él" todo el tiempo. Así mismo, en casa no entienden su malestar. Muchas madres mencionan que eran ellas las que tenfan que ver siempre que el niño no hiciera travesuras de consecuencias graves, que se saliera a la calle o que corriera fuera de casa. Eso les "altera los nervios".

Los efectos del stress en los síntomas del niño autista, afectan seriamente a los padres, tanto de manera individual como en el matrimonio en si. El tener los "nervios de punta", solo provoca en el niño mas irritabilidad, manifestándose en gritos e hiperactividad, lo cual provoca en los padres mayor stress.

El "apoyo moral" que debe existir en la pareja, es extremadamente importante para que sobreviva el matrimonio. Todas las madres del estudio de DeMyer (1979), dicen que necesitan recibir ese apoyo moral por parte de su pareja.

Como se ha podido ver en estudios anteriores, son las madres las que llevan el mayor peso de las tensiones familiares, pues son las que tienen contacto con el niño la mayor parte del día.

Holroyd y McArthur (1976, c.p. Morgan, 1988) examinaron reportes acerca del stress que experimentan las madres con niños internados en un hospital psiquiátrico. Encontró que las madres con un niño autista presentan mucho más problemas que las otras madres, tales como salud deficiente, depresión, demandas excesivas de tiempo, dependencia excesiva de su hijo hacia ella, pesimismo hacia el futuro del niño y oportunidades muy limitadas para desenvolverse normalmente en la familia.

Así mismo, en comparación con las madres de niños Down, las madres de niños autistas reportan mayor turbación y dificultades para llevar al niño a lugares públicos.

Así mismo, Morgan (1988) reporta que cuando el niño es aún pequeño, su cuidado no provoca tanto stress familiar. Sin embargo, conforme va creciendo, su manejo se va complicando ya que no pueden salir a lugares públicos debido al comportamiento del niño, pues la agresión física es difícil de controlar sobre todo en el adolescente autista, y por lo mismo, la estabilidad familiar se va debilitando.

Fong y Wilgosh en 1993 investigaron 8 familias con adolescentes autistas y encontró que lo que más inquietaba a los padres era lo concerniente a su conducta, ya que no había comunicación con ellos y por lo tanto su socialización se concretaba a la vida rutinaria y autística del adolescente, y viendo a futuro su posibilidad de ser autosuficiente e independiente se reducía cada vez más.

Koegel (1983, c.p. Morgan, 1988), ha realizado uno de los estudios más controlados entre familias con un miembro autista y familias normales, y encontró que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de stress en las familias. No obstante, cabe hacer notar que eran padres de niños muy pequeños y que recibían servicios en un programa designado especialmente para niños autistas.

Esto es puesto en consideración por Holroyd, Brown, Wikler y Simmons (1975, c.p. Morgan, 1988) quienes no encontraron diferencias significativas en cuanto a niveles de stress entre las familias con niño autista institucionalizado. Sin embargo, encontraron una correlación significativa entre el stress y la edad de los niños en las familias con miembro autista en casa. (12) Esto es confirmado por Bristol (1980) quien encontró en una muestra de 40 madres de niños entre 4 y 19 años, cuyo stress se correlacionaba positivamente con la edad de los niños aún cuando eran controladas variables como la edad materna, stress general familiar y el grado de dependencia del niño. Encontró además, que los niños autistas afectan aversivamente más que las niñas autistas aún cuando el grado de dependencia era controlada.

Es así como la severa frustración de las madres sobre su inhabilidad para resolver los problemas del niño autista las ha llevado a mostrar mayor depresión y en ocasiones sentimientos suicidas. (Kolvin, 1971)

En un estudio de DeMyer (1979) solo 2 madres y 2 padres reportaron tener pensamientos suicidas y solo una de ellas lo ha intentado. Cerca del 42% de las madres de niños autistas han manifestado que en ocasiones no quieren saber mas de su situación, quieren huir de ella. "Es como querer salir corriendo sin dirección alguna", reportó una madre. También se observó que hubo varias formas en que las madres "escapaban" de sus problemas: algunas ingresaron a trabajar; otras tomaban unas vacaciones con su familia dejando al niño al cuidado del padre, y otra se inició en la ingesta de alcohol.

- PATRONES DE CONDUCTA EN EL MANEJO FAMILIAR.

Helm y Kozloff (c.p. DeMyer, 1979), describen la típica forma de relación en la familia con un miembro autista: en la ausencia de recursos adecuados para ayudar al niño, tratan de buscar soluciones a corto plazo, pero que lleguen a beneficiar tanto al niño como a la familia, pero a largo plazo. La vida familiar gira alrededor del pequeño autista, con todo tipo de interacciones dentro de la familia y fuera de ella, pero siempre tratando de que las necesidades del niño sean cubiertas y evitar disturbios. Esto llega a provocar que la familia evite relaciones sociales creando un "sistema familiar cerrado", lo cual agrava los problemas, ya que solo relacionándose fuera de casa, el niño puede mostrar pequeños progresos en cuanto a su desarrollo psicosocial.

Harris (1982 c.p. DeMyer, 1979), menciona 4 patrones de conducta muy comunes en el manejo familiar del pequeño autista:

- 1) "El pobrecito niño enfermo"; en el que ambos padres o uno de ellos solapan al niño porque está enfermo, o porque no es responsable de su conducta. Lo sobre protegen al grado de enfocar toda su atención en el niño autista y excluyen a todos los demás miembros de la familia.
- 2) "La pareja de tres"; en el que ambos padres se dejan envolver en la patología del niño olvidando que hay otros miembros en la familia. Esto provoca en los hermanos negligencia, depresión y agresión hacia sus padres.
- 3) "El niño está ENTRE nosotros"; aquí los padres tienen un conflicto abierto ya que uno de ellos se ha dejado envolver en la patología del niño dejando a un lado su relación de pareja y familiar en general.
- 4) "La pequeña ayuda materna"; en el cual la madre une fuerzas con el hermano mayor del niño autista con el fin de enfocar toda la atención en el pequeño. El hermano toma el rol de "niño-padre" y el padre es excluido de la interacción madre-hijos.

Así mismo, el niño autista hace una "elección" hacia alguien de la familia en especial, independientemente de los patrones de conducta que se establezcan en el hogar. En la investigación de DeMyer en 1979, se hacía la pregunta: ¿Dentro de la familia quien lleva una mejor relación con el niño autista? En el 43% de los casos era la madre, ya que es la que mas conocimientos tiene de la vida del niño, pues convive todo el tiempo con él. Con base en el ensayo y error, las madres aprenden a leer en sus niños sus deseos y responden a él para hacer su vida mas comfortable tanto física como psicológicamente. Así, las madres reducen los sentimientos de angustia que presenta el niño. En el 21% de los casos, son ambos padres los que tienen una mejor relación con el niño autista. Cuando el padre es la persona preferida del niño es porque generalmente es el padre el que le dedica mas tiempo para jugar y crear un momento placentero con el niño.

Así mismo, puede llegar a entender las necesidades del niño tanto como la madre y puede solucionarlas.

Cuando uno de los hermanos es el preferido, es porque éste presenta cualidades maternas y puede llegar a tener un entendimiento pleno con su hermano. Así mismo, los hermanos ayudan a la madre cuando ésta se siente fatigado o tiene otras cosas por hacer.

Los niños autistas ejercen un impacto significativo en el funcionamiento social y emocional de la familia. Es así como pueden surgir problemas dentro, como depresión, temor y ansiedad, dificultades en el manejo diario del niño, decaimiento físico, moral y laboral, por lo que los recursos familiares de toda índole se verán perturbados especialmente cuando el niño va creciendo. (DeMyer, 1979).

"Si las diferencias individuales de un niño normal ejercen influencias en la percepción que los padres tienen de él y en la interacción de éstos, es de esperar que la conducta anormal de un niño autista cause un mayor impacto en la familia". (Morgan, 1988).

No obstante, DeMyer (1979) ha podido observar que los padres no se involucran tanto como las madres en el cuidado del niño. A diferencia de las madres, durante las entrevistas se mostraban menos expresivos emocionalmente. "Parecían no estar afectados tan seriamente por la experiencia de tener un hijo autista", aunque también experimentan sentimientos de culpa acerca del manejo que podían haber tenido con el niño.

DeMyer (1979) suponía que se iban a encontrar sentimientos de culpa profundos como en las madres, así como inadecuación, frustración y cólera, pero se encontró que o no era así, o más bien, no lo expresaron así. Muchos padres mencionaron que la preocupación de las madres por sus hijos y la necesidad de tenerlo en casa para cuidarlo, había deteriorado su calidad de vida. Se quejaban de sus esposas en decadencia y por lo mismo el padre reflejaba sus problemas directamente en ella.

- LA RELACION DE PAREJA.

Las demandas de apoyo por parte de las madres de niños autistas, han conducido a serios problemas en la pareja, hasta la separación, e incluso la presencia del niño autista figura como la causa del divorcio de la pareja en un 27% de los casos estudiados por DeMyer (1979) pues las tensiones se van construyendo alrededor de la enfermedad del niño como si fuera el mayor daño que se le pudiera causar a la unión marital.

Akerly, (c.p. DeMyer, 1979) reporta que el promedio de divorcios en familias con un miembro autista es relativamente mas bajo que el promedio nacional de los Estados Unidos, sin embargo, considera que el grupo de padres que participó en su estudio es un grupo selecto y por tanto, no significativo.

Otros problemas que conducen al divorcio de estos padres, es que se encuentran emocionalmente cansados o tienen problemas laborales y financieros aunque en lo sexual no difieren, según los reportes proporcionados en la investigación de DeMyer (1979).

En vista de la ausencia de estudios extremadamente controlados, no se puede concluir que el impacto de la presencia de un hijo autista provoca trastornos en cuanto a las relaciones maritales y causas de divorcio. Las evidencias no indican que sea necesariamente el niño autista el que va a provocar el rompimiento en las relaciones entre los padres.

Una de las principales quejas en cuanto a la posibilidad de un divorcio, es que los padres reportan estar afectados en mayor grado debido a la presencia del niño autista. De hecho, dicen interesarse en tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que antes, aunque la relación se va deteriorando, pues su esposa se vuelve frígida y poco interesada. Los padres entienden que los intereses sexuales de la esposa disminuyan debido a la vida que llevan, sin embargo, al conducir a los esposos a la privación sexual, provoca enojos de su parte y constantes discusiones. Uno de los dilemas es que en una situación de stress las mujeres se muestran menos interesadas en la relación sexual, mientras que los hombres están igualmente interesados y en ocasiones más, y esto causa problemas desde el momento en que se vive en una familia estresada.

Las evidencias indican que el niño per sé, no es el que determina que la relación entre los padres incremente las posibilidades de divorcio. Las variables que ciertamente van a mediar esta situación, son la edad del niño, la severidad de la conducta autista y la viabilidad de los servicios apropiados para su atención. (DeMyer 1979).

En el estudio que realiza DeMyer con padres de niños autistas y padres de niños normales asegura que estos últimos tienden a tener un mejor ajuste sexual. Ambos grupos muestran algunas dificultades en la relación, pero muy pocos padres de niños autistas reportan tener un excelente entendimiento, a diferencia de padres de niños normales. Las madres de niños autistas mencionan como principal interferencia en su buen ajuste sexual el que existe o mas bien lo que implica tener un hijo autista en casa. En este estudio se obtuvo lo siguiente:

TIPOS DE INTERFERENCIA EN LA RELACION DE PAREJA	AUTISTA	NORMAL
-Padres cansados, preocupados.	11	4
-Pérdida del afecto por ambas partes	7	1
-Pérdida del interés de la madre	4	10
-Temor al embarazo	4	1
-Preferencias en cuanto a la frecuencia	3	6
-Poco interés del padre	2	6

Mientras que el promedio de satisfacción marital y no satisfacción no fue significativo entre las familias que tienen un miembro autista y las que no lo tienen, hubo obviamente más tensión en matrimonios con un niño autista lo cual es determinado por varios aspectos de la vida familiar.

Esto es corroborado por Donenberg y Baker (1993) en donde compraran familias que tienen un niño hiperactivo; familias con un hijo autista; y familias con hijos "normales", observándose que en cuanto a las relaciones maritales, no hubo diferencias significativas entre las familias, reportando que existe satisfacción sexual en todos los casos; sin embargo en el estudio de James y Morgan en 1990, mencionan que las madres de niños autistas presentan menos satisfacción marital que las madres de niños con síndrome de Down y de niños normales.

3.4 LA FAMILIA COMO PARTE IMPORTANTE DEL PROGRAMA TERAPEUTICO.

Es muy importante que la familia se integre en el programa terapéutico. Los padres saben muchas cosas de los hijos autistas, pero no se atreven a hablar al profesional por creer que ya lo saben todo, o que lo que quieren decir es inútil e insignificante. A los padres se les deben dar algunos consejos prácticos, aunque no demasiados, ni demasiado pronto.

"El niño autista no sale de sí mismo, da poco o no da nada, no tiene la sensibilidad afectiva en el sentido en que nosotros lo entendemos, y probablemente no tiene deseo. Ante esta situación, y a pesar de ellos, la reacción de la familia en general es la de intentar llenar esta carencia, y cuando se produce algo reaccionan en función de su propia sensibilidad. Justamente esto es lo que no debe hacerse, pues así se encierra cada día mas a estos niños".(Villard, 1984).

Durante el último congreso realizado en Hamburgo, en 1988 sobre Autismo, Schopler propuso un programa de enseñanza a los padres como coterapeutas en la relación con el niño. Este programa incluye los siguientes puntos:

- 1) Primero, es el relacionarse con las funciones de lo que va a hacer. Reciben consejo y dirección a sus acciones.
- 2) El segundo aspecto se enfoca en dar a conocer a los padres, que se desconocen las causas del autismo, así como el UNICO tratamiento efectivo, por lo que se les explica que ellos van a funcionar como entrenadores del niño y que en lo único que se podrán apoyar, es en su propio entrenamiento.

- 3) La tercera faceta involucra un mutuo apoyo emocional. Se les explica que su relación con los demás miembros de la familia debe ser normal, al igual que con el niño autista. Así mismo, reconocen que existe stress en la familia, así como fatiga causada por las demandas del pequeño. Es necesario que los padres sepan ya que el progreso en terapia es muy poco y en ocasiones frustrante, y mas que eso, los padres no reciben del niño ningún reforzamiento que los conforte como lo haría un niño normal.
- 4) Finalmente, la cuarta forma de colaboración incluye un proceso de socialización del niño autista. (Schopler, 1988)

Es muy importante aclarar que no existe un plan de trabajo único y rígido. Para formularlo, es necesario tomar en cuenta las características personales del niño.

Al respecto, Leo Kanner (1945) dice:

"Ya es hora de que los padres de niños autistas se les considere mas como colaboradores profundamente implicados que como receptores de la sabiduría profesional o incluso enfermos en potencia. Debe prestarse mayor atención a la interacción entre el niño autísticamente inaccesible y el resto de la familia. La pura y simple negación del comportamiento parental, solo puede insultar a los infortunados padres." (c.p. Villard, 1984).

3.5 CONSIDERACIONES DEL MARCO TEORICO.

Una vez investigado sobre las diferentes aproximaciones hacia la etiología del autismo, es difícil inclinarse por una en particular, ya que si bien las teorías psicogénicas tienen su fundamento en los sucesos de la vida del ser humano, las teorías biológicas se sustentan en los procesos neurobiológicos del mismo, y dado que la dualidad humana conlleva a estas dos instancias, es riesgoso considerarlas excluyentes una de otra.

Así mismo la patología autista es tan compleja que difícilmente encontramos pacientes que reúnan todas las características que Villard, Schopler y demás autores han considerado en sus escritos. Algunos niños reúnen principalmente los rasgos neurológicos deficientes que caracterizan al autista y otros niños no presentan anomalía alguna aparente en este cuadro pero si una carencia afectiva por parte de la familia, la cual, se manifiesta con diferentes grados de frustración hacia el miembro autista, ya que es un niño diferente a los demás y de alguna manera ha limitado y cambiado la vida de los padres y hermanos ya que las amistades y familiares más cercanos los han desplazados debido a que el manejo del niño es difícil y no permite una vida normal en todos los miembros de la familia.

Por otro lado, se observó que los estudios han sido enfocados hacia el paciente autista y es raro encontrar escritos en relación a la dinámica familiar predominante en estos casos, lo cual considero de suma importancia ya que el ser humano es un ente social por naturaleza y su primer contacto con la sociedad es la familia, la cual experimenta un choque emocional muy fuerte al saberse inmersa en un ambiente patológico y que destruye sus expectativas de desenvolverse como una familia normal.

Considero que este choque es el más importante y es el que determina la convivencia sana con el paciente. Será menos intenso si se da en una familia en donde el afecto es incondicional y hay apoyo y comunicación por parte de padres e hijos, siendo distinto en una familia donde no se da esta situación, por lo que no considero determinantes las características de personalidad de cada uno de los padres por separado pues si bien influyen en la dinámica familiar, no es lo único determinante y su angustia se puede ver decrementada de manera significativa en relación directa con el apoyo que puedan brindar y recibir de su pareja y la comunicación que tengan entre todos los miembros de la familia.

Es por todo lo anteriormente expuesto que considero importante estudiar y analizar la dinámica familiar que se presenta cuando existe un miembro autista en la familia y así elaborar programas terapéuticos que involucren a todos los miembros de la familia y brindar el apoyo emocional que en cada caso sea necesario.

C A P I T U L O I V

M E T O D O

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El autismo es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad de establecer relaciones afectivas con la gente, trastornos en el lenguaje y conductas estereotipadas muy específicas. La atención que recibe el niño autista en la Asociación Mexicana para el Tratamiento y Estudio del Autismo y Otros Trastornos del Desarrollo, es a nivel particular, esto es, que no se incluye a la familia en el tratamiento, y considerando, que son de vital importancia las relaciones familiares en el individuo, surge el interés por profundizar en cómo éstas relaciones se manifiestan en la familia que cuenta con un miembro autista, ya que tanto padres como hermanos se encuentran implicados tanto física como emocionalmente.

4.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

Es a partir de esto que surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1) ¿Cómo percibe la familia al miembro autista?
- 2) ¿Cómo se dá la relación familiar con el niño autista?
- 3) ¿Cómo se manifiesta la frustración y agresión en los miembros de la familia con un niño autista?
- 4) ¿Cuáles serán los principales mecanismos de defensa que maneja la familia cuando hay un niño autista?

4.3 HIPOTESIS

- HIPOTESIS CONCEPTUAL

"Los niños autistas presentan un impacto significativo en el funcionamiento social y emocional, situación que en la familia adquiere una importante dimensión, dada la importancia de la relación tan estrecha que existe con el niño, y el papel que ésta juega en el bienestar emocional individual y familiar". (Morgan, 1988).

- HIPOTESIS DE TRABAJO

- HT1 La presencia del niño autista en la familia provoca stress, desesperación y angustia en la familia.
- HT2 La convivencia familiar se altera cuando existe un miembro autista.
- HT3 Las principales manifestaciones de frustración y agresión serán en dirección extrapunitiva y de tipo de Defensa del Yo.
- HT4 Los principales mecanismos de defensa serán la negación y la proyección del objeto frustrante.

4.4 DEFINICION DE VARIABLES.

V.I. Familia Nuclear de niños autistas.

V.D. Manifestaciones Psicodinámicas de las familias con un miembro autista.

- DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

Familia

Nuclear: "Es la unidad básica de desarrollo y experiencia, realización y fracaso, de enfermedad y salud, que se encuentra en constante transformación y es la base de la sociedad". (Ackerman, 1958)

Autismo: "Es un síndrome que se caracteriza por presentar dificultad para desarrollar relaciones con la gente, conductas estereotipadas, trastornos en el lenguaje y obsesividad por mantener el entorno sin cambios". (Villard, 1987).

- DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

**Familia Nuclear
de niños**

autistas: Se consideró familia nuclear del niño autista a los padres y hermanos que en la actualidad se encuentren viviendo bajo el mismo techo.

- DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.

**Manifestaciones Psicodinámicas
de las familias con un miembro autista.**

Se consideraron como manifestaciones psicodinámicas a aquellos elementos que se presentaron tanto en la entrevista como en el análisis de las pruebas psicológicas aplicadas:

WAIS, WISC-R, TEST DE LA FAMILIA Y TEST DE ROSENZWEIG.

4.5 SUJETOS.

Se trabajó con nueve familias de niños autistas, pertenecientes a la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, de los cuales participaron 7 padres, 8 madres y 3 hermanos. La disparidad en el sexo de los padres se debió a que algunos niños tienen ambos padres y otros solo uno de ellos.

4.6 MUESTREO.

El muestreo fué Intencional porque no todos los sujetos tuvieron las mismas probabilidades de formar parte de la muestra, es decir, hubo que seleccionar casos típicos del universo: familias de niños autistas.

4.7 TIPO DE ESTUDIO.

Se trato de un estudio ex post facto ya que el fenómeno de estudio ya fue dado y solo se pretendió estudiar las manifestaciones de frustración y agresión de cada uno de los miembros de la familia con un niño autista.

4.8 DISEÑO.

Fue de una sola muestra extraída de una población determinada, en este caso, de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del autismo y otros trastornos del desarrollo.

4.9 ESCENARIO.

La investigación se llevó a cabo en los domicilios particulares de cada uno de los sujetos.

4.0 INSTRUMENTOS.

4.0.1 ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER. (WAIS y WISC-R)

Se aplicó con la finalidad de describir el coeficiente intelectual de los miembros de la familia.

4.0.2 ENTREVISTA.

Con el fin de obtener información sobre el desarrollo del niño autista y el tipo de relación que se da entre él y su familia, se aplicó una entrevista abierta que consta de los siguientes puntos:

- Datos personales.
- Conocimiento de la patología del autismo. Su origen y desarrollo.
- Descripción del embarazo y del parto.
- Recuerdos de la edad temprana del niño.
- Descripción del desarrollo del niño. Expectativas.
- Convivencia Familiar. Vacaciones. Paseos.
- Educación. Responsabilidades.
- Comunicación Familiar. Demostraciones de afecto. Manifestaciones agresivas. Predilecciones hacia algún miembro de la familia.
- Relación de pareja. Problemas principales. Sexualidad. Diferencias en cuanto a la relación antes y después del nacimiento del niño autista. Autodescripción y Descripción de su pareja. Decaimiento físico, moral y laboral.

- Percepción de los padres ante la relación de los hijos con el niño autista.
- Percepción de los hijos ante la relación de los padres con el niño autista.
- Preferencias y no preferencias por parte del niño autista hacia los miembros de la familia.
- Stress familiar. Problemas en cuanto a la conducta del niño autista (berrinches, distanciamiento social, alimentación, etc.) y como manejan la situación.
- Posibilidad y expectativas ante un nuevo embarazo.

4.0.3 TEST DE ROSENZWEIG.

Este test se aplicó con el objeto de describir patrones de reacción ante una situación de tensión. Se aplicó tanto a los padres como a los hijos adolescentes. Se trata de un test de diálogos inconclusos y el examinado da una respuesta para completar el cuadro. Es uno de los pocos instrumentos proyectivos de procesamiento objetivo, ya que las respuestas se clasifican por tabulación según un código, el cual se obtiene a partir de la relación que hay entre la dirección de la agresión y el tipo de respuesta que da el sujeto.

Según la dirección de la agresión se clasifica en:

- a) Respuesta extrapunitiva.- La agresión se dirige hacia el exterior. (E)
- b) Respuesta intrapunitiva. - La agresión se dirige hacia si mismo. (I)
- c) Respuesta impunitiva.- La agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error, o como susceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformándose. (M)

Según el tipo de respuesta se clasifica en:

- a) Tipo de predominancia del obstáculo: El examinado en su respuesta menciona el obstáculo que es la causa de su frustración. (O-D)
- b) Tipo de defensa del yo: El yo del examinado comprende la parte mas importante de la respuesta y el examinado, o bien proyecta la falta contra algún otro o bien acepta la responsabilidad, o declara que la responsabilidad por la situación no le incumbe a nadie. (E-D)
- c) Tipo de persistencia de la necesidad: La tendencia de la respuesta se haya dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante y la reacción consiste en pedir ayuda a otra persona para contribuir a la solución, en colocar al examinado mismo en la obligación de hacer la corrección nescesaria o en esperar que el tiempo aporte la solución. (N-P)

La combinación de estas seis categorías produce 9 factores posibles, y agregando dos variables más, las cuales se explican posteriormente. Las letras E, I, M, se emplean para indicar las direcciones extrapunitivas, intropunitivas e impunitivas de la agresión cualquiera que sea el tipo de reacción. Para indicar el predominio de un obstáculo se marca (^) después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de defensa del yo se señalan por las letras mayúsculas empleadas solas. Para indicar las respuestas de persistencia de la necesidad se utilizan los símbolos e,i,m.

Por tanto, descripción de cada uno de los códigos que se asignan a cada una de las respuestas, es la siguiente:

- E` La presencia del obstáculo frustrante está subrayada con insistencia.
- I` El obstáculo frustrante se haya indicado como no frustrante o como favorable de alguna manera, o en algunos casos, el examinado señala cuánto siente estar implicado en una situación que frustra a otra persona.
- M` El obstáculo frustante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.
- E La hostilidad, el reproche, etc., se dirigen contra una persona u objeto del medio.
- E El examinado niega en forma agresiva ser responsable por una falta de la que se le acusa.

- I El reproche, la culpabilidad, etc., los refleja el examinado sobre sí mismo.
- I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.
- M La culpabilidad por la frustración se evita porque la situación se considera como inevitable; en particular, al individuo frustrante se lo absuelve por completo.
- e Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución para la situación frustrante.
- i El examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo general con un sentimiento de culpabilidad.
- m El examinado expresa la esperanza de que el tiempo u otras circunstancias normales traerán una solución al problema. La paciencia y la sumisión son característicos de este tipo de respuestas.

4.0.4 TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN.

El test de la familia se aplicó con la finalidad de explorar como se vivencia la relación familiar. En este test proyectivo se tomaron en cuenta los siguientes indicadores para su clasificación:

Indicadores Gráficos:

- a) Tamaño del dibujo.
- b) Ubicación en la página.
- c) Sombreado.
- d) Borraduras.
- e) Trazo del dibujo.

Indicadores del contenido:

- a) Distancia entre los personajes.
- b) Valorizaciones.
- c) Desvalorizaciones.
- d) Supresiones.
- e) Identificación.
- f) Forma del dibujo.
- g) Adiciones.
- h) Movimiento.

4.10 PROCEDIMIENTO.

El procedimiento inicial consistió en concertar la participación de las nueve familias con un niño autista, pertenecientes a la Asociación Mexicana para el Tratamiento y Estudio del Autismo y otros trastornos del desarrollo, y que son atendidos en los consultorios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

En un principio se pensó en citar a los padres en el hospital al mismo tiempo que los niños estaban en su terapia correspondiente, sin embargo, el tiempo del que disponían era muy limitado, dado que los padres tenían que pedir permiso en sus lugares de trabajo y no siempre era posible, por lo que se procedió a hacer citas con cada una de las familias para que personalmente se asistiera a aplicar la entrevista y los test cada fin de semana y no hubiera presión de tiempo ni interrupciones.

Durante la primera sesión se abrió el expediente con los datos de cada uno de los miembros de la familia, y se platicó sobre los temas de interés general como son el trabajo, la escuela, planes a futuro, etc. Después se les explicó que la entrevista que a continuación se les hizo tuvo como finalidad el conocer "las relaciones familiares", como se dan éstas, como se sienten y siempre manteniendo la discreción y el secreto profesional que implica el tocar diversos puntos de la vida personal y familiar de cada uno de ellos.

Una vez que se aclararon dudas, se procedió a "charlar" sobre sus fines de semana, paseos, la convivencia familiar, etc., y posteriormente se incluyó en la plática la presencia del niño autista, lo que hacen con él cuando no pueden ir a algunos lugares y como es su relación con él.

El asistir a la casa de cada una de las familias fue positivo en el sentido de que se observó directamente el espacio en el que viven, el hogar, etc.

En otra sesión, se realizaron las entrevistas particulares y se aclaró que el secreto profesional incluía a todos los miembros de la familia.

Cuando había tiempo suficiente, se aplicó el test de la Familia de Corman. Se les pidió que en la hoja en blanco que tenían imaginaran una familia y la dibujaran. Una vez terminado el dibujo se les preguntó quien era el mas feliz, el menos feliz, el mas bueno y el menos bueno, y el porqué de sus respuestas.

Posteriormente, o bien, en otra cita se llevó a cabo la aplicación del WAIS y WISC-R, según el caso, dándoles una breve explicación de lo que trataba el test: "Esta parte del estudio consiste en que me proporcione la información que le pida. En algunos casos será verbalmente y en otros que ejecute manualmente unos ejercicios." Y comenzaba la aplicación.

Según la disposición de la persona, se aplicó todo el test, o bien solo una parte y en una sesión posterior se terminó de aplicar. Se planeó una última cita en la cual se les dijo que para finalizar el estudio se les mostrarían 24 láminas con unos dibujos en los cuales había dos personas, en donde una de ellas está diciendo una frase y que él (el sujeto), tenía que ponerse en el lugar de la otra y responder con lo primero que le viniera a la mente.

De esta manera se concluyó el estudio agradeciendo a la familia la colaboración que tuvieron con el mismo.

C A P I T U L O V

R E S U L T A D O S

Una vez establecidos los parámetros de calificación en cada uno de los tests aplicados, se procedió a hacer un análisis de los resultados obtenidos en las 9 familias participantes, donde la muestra se conformó de 7 padres, 8 madres y tres hermanos, todo esto a partir del programa estadístico de frecuencias, encontrando lo siguiente:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

En esta investigación participaron 7 padres, 8 madres y 3 hermanos, (ver tabla 1), cuyas edades fluctúan entre los 6 y los 50 años. (ver tabla 3). Se les preguntó acerca de su escolaridad y se observó que el 33% terminó la preparatoria, el 22% cursó una carrera universitaria y el 11% solo terminó la primaria. (ver tabla 4). En cuanto al estado civil de los participantes, se reporta que el 66% están casados (ver tabla 5) y que el 33% se dedican al hogar, y el 22% son prestadores de servicios públicos (ver tabla 7).

Un dato importante que se consideró dentro de esta investigación fué en relación de los antecedentes patológicos familiares, y se reportó que en el 44 % de los casos no existe ninguno, en 3 casos se mencionó que hubo un familiar con enfermedad de Parkinson; en dos casos se reporta Retraso Mental Profundo; en un caso hubo Parálisis Cerebral y en otro Epilepsia. (ver tabla 9).

En cuanto a los datos del niño autista se encontró que en el 55% de las familias, es hijo único; en dos familias es el primero de dos hijos; en una familia es el primero de 3 hijos y en otra familia es el tercero de 3 hijos. (ver tabla 7). La edad de los niños autistas fluctúa entre los 4 y los 11 años de edad. (ver tabla 8).

Se investigó desde el conocimiento que tiene la familia en relación a la patología autista, y se observó que un 44% de los sujetos entrevistados reporta tener un desconocimiento general acerca del origen del autismo, y el 56% restante menciona causas orgánicas o psicológicas como parte importante de la etiología. (Ver tabla 11)

En lo que se refiere a los datos reportados por las madres en relación a su embarazo y parto del niño autista, se observó que el 66.6% de ellas cursaron un embarazo normal, habiendo un caso de citomegalovirus, uno riesgoso por sangrados constantes y uno con intento de aborto, todo esto ha sido mencionado por Gillberg (1988) y durante la aplicación de la entrevista se logró corroborar ésto. (Ver tabla 12). En 5 de los casos, el embarazo no fué planeado pero finalmente aceptado, no siendo así en un solo caso donde siempre se rechazó al niño. Finalmente se observó que en el 66.7% de los casos el niño nació por cesárea y solo el 33% fué un parto eutócico. (ver tablas 13 y 14).

Fué interesante observar que los padres son los primeros en darse cuenta de las conductas anómalas de sus hijos, y que existe un parámetro amplio que vá desde los 8 hasta los 24 meses de edad cuando los padres "descubren" la enfermedad en el pequeño. (ver tabla 15).

Los padres de familia reportan que el desarrollo general del niño es lento, en todas las áreas, aunque en algunos casos especifican el área en la que más han sido afectados, como lo es el lenguaje (ver tabla 16) y en cuanto a la forma de expresión de los afectos y la socialización del niño autista se manifestó que en el 77.8% de los casos el niño rechaza todo tipo de socialización y afecto. (ver tabla 17).

Se exploró también sobre las expectativas que tiene la familia ante el desarrollo del niño encontrándose que en la mayoría de los casos (38.9%) se espera que sea autosuficiente y otros llegan a la expectativa de que el niño llegue a ser un niño normal (33.3%) (ver tabla 18). así mismo, acerca de los sentimientos expresados por los integrantes de la familia hacia el desarrollo del niño autista, el 55.6% de los casos reportan desesperación y angustia, mientras que el resto de la muestra mencionan estar tranquilos y sin preocupación ante esto. (ver tabla 19).

En lo que a la familia se refiere se investigó sobre la dinámica que se vive a diario en el hogar, y en cuanto a la manera en que describen cada uno de los integrantes de la familia la convivencia entre ellos y se encontró que el 77.8% la consideran buena, mientras que el resto del porcentaje la describe como tensa y con problemas constantes. (ver tabla 20). Todo esto representa la calidad de vida de cada una de las familias en las que se exploró acerca de sus viajes y paseos que acostumbra, y se observó que el 38.9% no salen a ninguna parte, el 33.3% sale ocasionalmente al campo, a correr, a jugar pelota, etc., y el 27.8% salen con la familia a comer. Algo que también reportaron fué que en lo que se refiere a vacaciones, desde que el niño autista forma parte de la familia, el 61.1% no han vuelto a salir, y solo 2 familias mencionan que ocasionalmente salen a la playa o donde hay albercas, pues al niño autista le gusta chapotear en el agua. (ver tabla 22). Ante este tipo de situaciones, el 38.9% mencionó que no se sienten mal por esta situación sino por el contrario, que les es indiferente si salen o no, mientras que otros dicen que están aburridos de hacer lo mismo siempre o bien que ya están cansados de estar "encerrados", y sólo el 22% dice que les gusta lo que hacen. (ver tabla 23).

Sin embargo, existen ocasiones en que es necesario salir a algún lugar público, y los padres refieren que esto es un problema ya que el niño autista se altera y su conducta se vuelve inmanejable, por lo que el 38% prefiere no sacarlo, el 33% de las familias sale por poco tiempo para que no lllore, y solo el 27% refirió que no les causa problema alguno. (Ver tabla 24).

Esta situación de falta de control del niño autista causa en la familia diferentes sensaciones que van desde un malestar general, hasta mucha vergüenza y frustración. Este ritmo de vida lleva a un decaimiento general en la persona, pues se sabe que para llevar una calidad de vida satisfactoria, es necesario tomar descansos, tener distracciones, etc. En este estudio se observó que en un tercio de la muestra estudiada hay decaimiento físico principalmente, y otra tercera parte tiene decaimiento físico, moral y laboral, ya que no pueden hacer una vida normal. (ver tabla 43).

Se exploró también sobre quién recae la educación que se le proporciona al niño autista y se observó que en el 83.3% de los casos la madre es la encargada de la misma, aunque solo el 44% de ellas reporta mostrar paciencia y tranquilidad. (ver tablas 26 y 27).

Al investigar sobre la comunicación y convivencia que existe entre los miembros de la familia, la mayoría reportaron tener una "buena comunicación". (ver tabla 28). Sin embargo, consideran que esa convivencia familiar se ve alterada cuando el niño autista entra en estados de "crisis" conductual, creando tensión familiar. Algunas conductas reportadas como que alteran más la dinámica familiar son las siguientes:

En el 44% de los casos el que llora insistentemente sin razón alguna y por un espacio de tiempo prolongado, (que va de unos minutos a horas), lo cual les causa stress familiar, lo mismo cuando se comporta de manera agresiva o cuando no obedece y grita en lugares públicos. (ver tabla 29). Ante este tipo de situaciones, existen diferentes reacciones tales como las siguientes: El 55% de los participantes en el estudio se alteran (le gritan al niño, lo regañan y en ocasiones le pegan), el 27.8% de los casos refiere no hacerle caso al niño y solo el 16% manifestó tratar de calmarlo. (Ver tabla 30).

Además de las formas de reacción tan diversas que reportan los padres, la forma de desahogar mayormente su tensión es con gritos o con golpes, y refieren además gran cantidad de sensaciones de impotencia al no encontrar una solución a su problema. Se recopilaron algunas de estas sensaciones resultado lo siguiente:

En el 38.9% de los casos tratan de tranquilizarse relajándose haciendo ejercicios de respiración o bien saliendo de la casa a caminar y distraerse un poco; el 27.8% reporta que se enojan y se hacen el reproche a si mismos del porqué de esa situación; el 22.2% de los padres les dan ganas de llorar y el 11% ha pensado en algún momento que la mejor solución es el suicidio. (ver tabla 49).

Para poder tener un control de estas situaciones es necesario que exista dentro de la familia una persona que ejerza autoridad, y según el estudio, en el 50% de los casos es la madre la que juega este papel y solo en el 22% la ejerce el padre. (ver tabla 35).

Al investigar acerca de la relación de pareja, en el 75% de los casos se reportó que sí existe este tipo de relación ya que el 25% restante son solteros o separados y no existe una relación de pareja. Sobre la descripción que dan los padres de familia de dicha relación, el 38.9% menciona que es buena, con pequeños problemas a los cuales intentan dar solución, y el 16.7% de los casos la califican de mala por falta de comunicación, tensión y problemas constantes, dentro de los cuales se encuentran los celos, las mentiras y el aburrimiento. (ver tabla 37). Estos resultados indican una gran necesidad y demanda de apoyo por parte de la madre principalmente, ya que ella es, en la mayoría de los casos, la única que se encarga del cuidado del niño autista. Las demandas y reclamos van en el sentido de que aunque existe apoyo ocasional, no es tanto como ellos quisieran. El 25% dice que todo depende del estado de ánimo en que se encuentre su pareja y solo el 8% reporta no tener ningún tipo de apoyo. (ver tabla 40) En relación a las ocasiones en que necesitan mas apoyo, el 41.6% reporta que parece necesitarlo siempre, el 33.3% refiere que especialmente cuando se encuentran en problemas con el niño autista y solo el 16.6% plantea no requerir de ningún tipo de apoyo. (ver tabla 41).

Por otro lado, se pidió a los padres de familia una autodescripción así como la descripción de su pareja. En cuanto a la primera se observó que el 38.9% se describe como irritable y poco afectivo; el 27% se describe como alegre y afectivo y el 22.2% es de carácter frío y calculador. A su pareja la describen como voluble en el 25% de los casos, inteligente en el 25% y alegre y afectuoso en el 16%. (ver tablas 38 y 39).

A consecuencia de la conducta del niño autista, la familia refiere encontrarse afectada por no poder seguir una vida "normal" como otras familias. A este respecto se recopilaron y analizaron datos sobre la manera en que se reporta que la presencia del niño autista ha afectado la relación de pareja y se observó que el 35.7% de los casos expresa no haber afectado la relación; en el 28.5% ha provocado tensión; en el 14.2% ha hecho que la pareja se una más y por el contrario en el 7.1% provocó una ruptura en la relación de pareja. (ver tabla 44). Este último dato llevó a la necesidad de investigar sobre las posibilidades de separación en todas las parejas del estudio: en el 66% de los casos, se negó definitivamente esta posibilidad mientras que en el porcentaje restante sí lo han considerado como una forma de solución a su situación presente.

Es importante hacer mención de la importancia que tiene la funcionalidad de la pareja para que se logre una estabilidad emocional en la misma y en la familia sobre todo cuando existe un miembro con una enfermedad mental como lo es el autismo. De igual manera los demás hijos se enfrentan a la necesidad de adaptarse a la situación por lo que fué interesante preguntar a los padres de familia sobre cómo perciben la relación de sus hijos sanos con el niño autista, y en 4 familias la califican como "regular", pues pelean continuamente y el niño sano reclama acercamiento, mientras que solo 5 familias la califican de buena, pues ayudan a cuidarlo.

Es interesante destacar que la mitad de las parejas reportó no haber tenido mas hijos por el temor de que nazca otro niño con la misma enfermedad. (ver tablas 46 y 50).

Se aplicaron tests psicométricos a los padres y según la edad, a los hermanos de los niños autistas, con el fin de completar la investigación, de manera que la información que de aquí surja, responda a las preguntas de investigación y enriquezca el conocimiento que se tiene sobre la patología autista o bien para abrir nuevas investigaciones al respecto. Los tests aplicados fueron:

La escala de inteligencia de Weschler (WISC-R 6 WAIS) en el que se observó que el Coeficiente Intelectual general osciló entre un puntaje de 83 y 112 puntos. (Ver tabla 51). Este puntaje nos habla de un CI normal, lo cual lleva a replantear las hipótesis que comúnmente se tienen de que los padres de niños autistas tienen un CI superior al normal.

En lo referente a los resultados del test de la familia se obtuvo lo siguiente:

En el plano gráfico, el 44% de los participantes realizaron un dibujo de tamaño mediano y casi siempre lo ubicaban en el centro de la hoja, (39%) o bien sobre una línea de apoyo (22.2%). En su mayoría no dibujaron sombreados los personajes (61%) y solo el 16.7% de los sujetos hicieron borraduras. En cuanto al trazo, éste fué variable ya que la mitad hizo su dibujo de un solo trazo y la otra mitad lo hacía estratificado. (ver tablas de la 53 a la 57).

En el plano del contenido se observó que en el 66% de los casos dibujaron una familia junta, mientras que el 22% la dibujaron dispersa. (ver tabla 58). Por otro lado, se hizo el análisis de las valorizaciones que se dan dentro de la familia, esto es, quien es el más importante dentro de ella. Esto se hace a partir del significado que se dá al hecho de que dibujen a alguien en primer lugar, o que tengan más esmero en su trazo con algún miembro de la familia del dibujo, o que ubiquen a alguien en mejor condición que otros, y se observó que en el 33% de los casos hubo una autovalorización; el 27.8% valorizó al padre de familia y el 22% le dió mayor valor a la madre. En lo que se refiere a las desvalorizaciones, se analizó a través de quién dibujan al final, quienes o quien no iría al paseo, en quien tienen más prisa por dibujar y queda notoriamente mal hecho, etc. y se observó que en el 39% de los casos se dió hacia el niño autista; en un 16.7% hacia un hijo sano y en el mismo porcentaje hacia sí mismo. Solo el 11% desvalorizó al padre y solo el 5% desvalorizó a la madre. (ver tablas 59 y 60).

Así mismo, se hizo un análisis acerca de las omisiones que se hacen en el dibujo de la familia y se observó que en el 27.8% de los casos hay omisión de manos; en el 16.7% no dibujan algún rasgo facial importante, y en el 11.1% omiten al niño autista. (ver tabla 61). así como hubo supresiones en el dibujo, también se presentaron adiciones al dibujo, tales como un paisaje, una casa, un hijo, etc. (ver tabla 64)

En cuanto al tipo de identificación que se observa en los dibujos, esto es, si al momento de explicarnos su dibujo el sujeto se menciona existente dentro de él y esa coherencia con su realidad (si es hombre o mujer, de una edad que le corresponda, etc.), se observó en los dibujos que el 72% se identificó consigo mismo. (Ver tabla 62).

En lo que se refiere a la forma del dibujo se observó que el 50% de los participantes hizo su dibujo a base de rayas, y el 39% hizo dibujos más realistas (ver tabla 63).

La presencia de movimiento es muy importante para la interpretación del test, y se observó que el 61% de la muestra dibujó a la familia estática y solo el 27.8% la dibujó realizando alguna actividad. (ver tabla 65).

Así mismo, se aplicó el test de Rosenzweig en el cual se encontró que existieron tres formas predominantes de manifestación de la agresión, las cuales fueron:

M' En donde el obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia. Aquí se observa que el 19% de las respuestas fue de este tipo y hace resaltar de manera importante la negación como mecanismo de defensa predominante en las familias de niños autistas.

E Donde la hostilidad y el reproche se dirigen contra una persona u objeto del medio. La agresión se dirige hacia el exterior. Aquí se observa que el yo del examinado comprende la parte más importante de la respuesta: o bien proyecta la falta contra algún otro, o bien acepta la responsabilidad o declara que la responsabilidad por la situación no le incumbe a nadie. El 16% de las respuestas fue de este tipo.

i En donde el examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo general con un sentimiento de culpabilidad. (ver tabla 52).

ANÁLISIS CUALITATIVO DE CADA UNA DE LAS FAMILIAS.

FAMILIA 1

Es una familia formada por 5 personas: el padre, de 47 años, que es prestador de servicios públicos. La madre, de 39 años, ama de casa y cuya escolaridad es de secundaria terminada; ambos están casados desde hace 17 años; la hija mayor de 16 años, que es soltera y cursa la preparatoria; otra hermana de 14 años y que cursa la secundaria y el niño autista de 11 años de edad, que se caracteriza por ser un niño inquieto, agresivo, presenta ecolalia y no es posible establecer contacto afectivo con él.

En la familia se observó principalmente un distanciamiento afectivo por parte de todos los integrantes. Hay gran hostilidad y agresión manifiesta por parte de la madre hacia todos los miembros de la familia. Es dominante y egocéntrica y minimiza a su pareja, el cual es una persona de carácter débil y con una marcada ansiedad la cual refleja en su conducta pasiva y nerviosismo constante. Habla pausadamente y trata de dar una explicación detallada a cada una de las decisiones que toma y que la mayoría de las veces no son respetadas, pues es la madre la que ejerce la autoridad en el hogar.

La madre fantasea sobre la enfermedad del niño diciendo que es muy inteligente y obedece todas sus órdenes (en ocasiones se observa, pero da la impresión de que es por temor, pues su postura corporal demuestra miedo). Por otro lado, existe tensión ya que la vida familiar "ha cambiado notablemente" desde el nacimiento del niño autista, pues no es posible controlar sus berrinches y sus conductas agresivas, y por lo tanto, no salen a paseos ni vacaciones desde hace ya 4 años.

En cuanto a la relación de pareja, esta es descrita como "mala", discuten constantemente y la queja principal es que el padre no ayuda en el cuidado del niño ni proporciona ningún tipo de apoyo a la madre. Así mismo, el padre dice que su pareja tiene muy mal carácter.

La señora ha tenido dos intentos de suicidio y argumenta que fué debido a la falta de apoyo por parte de su esposo y al poco control que tiene sobre su hijo autista. Las demás hijas, manifiestan temor de que sus padres se separen.

Cuando existe gran tensión familiar, gritan y se ofenden unos a otros e inclusive dejan que el niño autista haga lo que quiera con tal de que los "deje en paz", esto es, lo dejan entrar a la cocina y que coma todo lo que quiera. Lo tratan como un niño chiquito, llamándole a base de diminutivos y sin mencionar su nombre real.

Las hermanas son las que se encargan de la educación del niño autista, enseñándole conceptos, colores, números, etc., los cuales repite incansablemente y memoriza automáticamente. Una de las hermanas quiere estudiar la carrera de Medicina y la otra la carrera de Psicología con el fin de "poder ayudar a su hermanito".

FAMILIA 2

Esta familia consta del padre de 49 años de edad, que es técnico en electrónica; la madre de 27 años, ama de casa y cuya escolaridad es de la preparatoria terminada. Ambos son casados hace 11 años; el hijo autista es el mayor de 3 hijos. Tiene 10 años y es de carácter tranquilo, presenta ecolalia y movimientos estereotipados como mecerse y manías como jugar con su saliva. El otro hijo es de 8 años, cursa el segundo año de primaria, y el mas pequeño es un niño de 1 año y medio de edad.

Los padres aceptan al niño autista, sin embargo, se observa que el padre recurre a intelectualizar todas sus desiciones como una defensa, y por parte de la madre existe una negación constante del problema.

Consideran tener una relación de pareja buena, cuyo principal problema gira en la diferencia de edades entre ellos (que es de 17 años), ya que los intereses e inquietudes de cada uno de ellos son muy diferentes.

El padre utiliza comparaciones con otros niños de la edad de su hijo autista, observándose frustración en cada uno de sus comentarios. La madre, por su parte, utiliza mecanismos de negaciones, fantasea y utiliza metáforas para describir a su familia, y generalmente niega la enfermedad del niño diciendo que realiza todo lo que un niño normal puede hacer a excepción de no poder comunicarse.

Ocasionalmente salen de paseo a lugares abiertos como el campo, ya que al niño le gusta correr y gritar. Tienen la facilidad de salir así, ya que viven fuera de la Ciudad de México. El padre trata de jugar con él, pero es el niño el que no acepta el contacto, lo cual provoca sentimientos de frustración en el padre. Las expectativas que tienen hacia el futuro del niño, es que logre ser autosuficiente.

Es el único caso en que el niño autista es el mayor de 3 hermanos, los cuales no conviven con él, pues dicen que "no quiere jugar con nosotros", y el más pequeño es agredido por él.

En general, la relación entre los niños es escasa; el niño autista está la mayor parte del tiempo solo, siendo su mayor entretenimiento el comer todo lo que encuentra en el refrigerador, lo cual hace enojar a la madre, y según ella reporta, en ocasiones no sabe que hacer con él, pues nunca queda satisfecho.

La mayor preocupación que comparten ambos padres es que el niño va creciendo y está a punto de entrar en la etapa de la adolescencia, y temen su comportamiento futuro.

FAMILIA 3

Esta familia consta del padre de 28 años, técnico electricista; la madre de 26 años que se dedica al hogar y cuya escolaridad es de preparatoria terminada. Ambos casados desde hace 6 años. El hijo autista es el mayor de dos niños, tiene 5 años de edad. Como características principales se encuentran: poca socialización; lenguaje con inversión pronominal, es decir, expresa lo que quiere pero utilizando la tercera persona: "quieres chocolate", ó "quieres ir a nadar". Su tono de voz es gutural. Sus conductas inadecuadas son berrinche y agresión. El otro hijo es de 3 años de edad y es sumamente demandante de afecto. Intenta jugar con su hermano, y trata de enseñarle algunos juegos.

La familia dice aceptar al niño y mencionan que "lo que logre hacer por sí mismo, es bueno". No lo obligan a que realice actividades ya que por haberse documentado, saben que esto no favorece su avance.

Ambos padres comparten decisiones, siendo la madre la que cuida y convive con los dos niños. Mencionan que ha sido tanto el cuidado que han tenido con el niño autista, que han descuidado al hijo menor, y éste lo ha resentido y lo exige. Esto ha llegado al grado de que el padre menciona que quiere más al niño autista que al niño sano.

El padre utiliza la broma, la fantasía, la intelectualización y la negación como mecanismos de defensa ante la frustración que vive con la enfermedad del niño, y su principal deseo es que el niño se comuniqué con él, ya que, aunque puede hablar, le gustaría poder entablar una plática coherente con él no importando que sea o no autosuficiente.

La madre regaña al niño igual que al hijo menor. Trata de que la relación entre ellos sea buena. Se observa principalmente que el menor trata de jugar y cuidar a su hermano. Le platica y le ayuda cuando no puede hacer cosas por sí mismo. Este tipo de contacto es aceptado por el niño autista el cual en ocasiones "busca" a su hermano para jugar.

La relación de pareja se puede considerar buena. Existe comunicación y respeto, y algo que mencionan es que la existencia de su hijo autista en la familia ha hecho que exista más unión entre ellos.

En lo que se refiere a salidas de fin de semana y vacaciones, en esta familia no se han visto alteradas, pues salen constantemente a la playa, que es el lugar que más disfrutan todos para vacacionar.

FAMILIA 4

Esta familia consta de 3 integrantes: El padre de 39 años de edad, profesionista y la madre de 33 años de edad también profesionistas. Ambos ejercen su carrera actualmente y tienen 6 años de casados. La niña tiene 4 años de edad. Es sumamente inquieta, camina en círculo y con las puntas de los pies. Se frota constantemente las manos y se autoagrede mordidoselas. No presenta lenguaje, sólo emite gritos y sonidos guturales. Rechaza el contacto físico y tampoco establece relación con la gente ni contacto visual.

La situación familiar gira alrededor del trabajo de los padres. Cada uno realiza sus actividades laborales dejando a la niña durante el día en el hospital donde está medio interna. La madre es la que se encarga del cuidado de la niña por las noches y la lleva al hospital, y el padre provee los medios para esto.

Mencionan que se sentían muy frustrados cuando la niña empezó a mostrar los síntomas de la enfermedad, pero ahora lo han discutido y dicen que "no tiene caso preocuparnos si no vamos a lograr nada, por lo cual nos concentramos en nuestro trabajo y tratamos de aceptar a la niña como es, aunque francamente es muy difícil, ya que en ocasiones nos dá pena sacarla a la calle, toda la gente voltea a vernos ya que la niña grita, se autoagrede y presenta movimientos extraños, lo cual la hace diferente a los demás niños de su edad".

En lo que se refiere a paseos, vacaciones y salidas, reportan que no lo hacen, pues ya no pueden dejar encargada a la niña, ya que no es posible controlarla, por lo que han optado por salir por separado de vacaciones con amigos. Se observa cierto distanciamiento en la pareja. Se critican constantemente en lo que dicen y hacen muecas y gestos cuando no les parece el comentario del otro.

A ambos padres les gusta estar en casa y ver películas, aunque se describen como poco afectuosos.

En cuanto a los sentimientos hacia la niña, dice el padre: "La verdad, es que nos desespera y eso nos hace sentir mal, pues por lo que se vé, los demás papás de los niños del hospital hacen mil cosas por los niños y dicen que los quieren mas cada día, cosa que a nosotros no nos sucede. Parecen los padres perfectos y nosotros realmente no somos así. Nos enoja muchas veces el que la niña lllore todo el día y no podamos ser una familia normal".

En la actualidad están pensando en la posibilidad de que la madre se embarace nuevamente, pero existe un fuerte temor de que vuelvan a tener otro hijo con el mismo padecimiento, por lo cual todavía no lo han decidido.

FAMILIA 5

La familia está formada por la madre, de 33 años de edad, soltera; es profesionista, y es prestadora de servicios públicos. Se ayuda económicamente vendiendo ropa y comida con sus amistades. El niño autista tiene 6 años de edad. No presenta lenguaje, sino sonidos guturales. Acepta el contacto físico y como conductas inadecuadas presenta berrinche y agresión.

La madre ha descartado cualquier relación con otro hombre ya que dice que solo vive para su hijo, al cual sobreprotege, lo tiene siempre vestido impecablemente y no deja de observarlo durante la entrevista. Reporta que dentro de los principales problemas a los que se enfrenta a diario con el niño es en lo que se refiere a su alimentación, ya que solo come ciertas cosas, no mastica alimentos sólidos y los líquidos sólo los toma en biberón. Si la madre no le dá de comer los alimentos que son de su agrado, los deja y no come.

En cuanto a los sentimientos que tiene hacia su hijo, dice: "No me pesa, aunque tenga que dejar a mis amistades, pues no me hacen falta, pues mi hijo es todo para mí." Su principal mecanismo de defensa es la negación.

Algo que es importante señalar en este caso es que el niño acepta el contacto físico con la gente conocida, le agrada que su mamá lo acaricie y se observa que ambos disfrutan de ésto. Parece más bien un ejemplo de psicosis simbiótica que un caso de autismo.

En lo que se refiere a vacaciones y paseos de fin de semana, menciona que lo hacen ocasionalmente pues el niño está acostumbrado a cierta alimentación y no duerme bien en otro lado, además que su comportamiento se vé alterado, ya que es muy inquieto y le gusta correr sin medir peligros ni distancias.

La única expectativa que tiene la madre hacia su hijo es que sea autosuficiente, lo cual está lejos de darse puesto que la madre soluciona todos sus problemas no dejándolo intentar conductas autosuficientes.

FAMILIA 6

Esta familia consta de el padre de 30 años, cuya escolaridad es de Secundaria terminada y es prestador de servicios; la madre de 30 años que se dedica al hogar y solo terminó la primaria. Ambos están casados desde hace 8 años. La niña autista es la mayor. Tiene 8 años de edad y es una niña que presenta ecolalia y conductas agresivas. así mismo, no acepta el contacto físico y es muy solitaria. Presenta risas inmotivadas así como llanto. Tiene un hermano menor de 5 años de edad con el cual juega y pelea constantemente.

Los padres se percatan de la enfermedad de la niña cuando tenía 2 años y medio de edad, ya que la notan inquieta y sin poder establecer relación otras personas ante las cuales reaccionaba con rechazo y llanto.

Se puede observar una dinámica familiar estable. El padre sale a trabajar, casi no convive con los niños y es la madre y la abuela las que se encargan de su educación. Se observan también pocas expresiones de afecto así como poca comunicación entre ellos.

La madre es una mujer tímida a la que se le dificulta entablar una conversación. Acostumbra responder con monosílabos, su tono de voz es muy bajo y durante la entrevista se apreció ansiosa.

El padre ejerce la autoridad. La madre es pasiva y se limita a ejecutar las órdenes de su esposo. Se dirigen a la niña autista como una "niña normal". Ellos tratan de entablar una plática con ella pero la niña solo sonríe, le gusta mucho cantar, lo cual hace durante todo el día, tarareando canciones que escucha en la radio y que memoriza de manera impresionante con solo 2 ó 3 veces de escucharla. Acostumbra cantar una sola estrofa de la canción, pero de manera obsesiva y los padres solo ríen ante esta conducta no dándole la mayor importancia. Por otro lado, no acepta establecer contacto físico con la gente.

En cuanto a paseos y vacaciones, éstas no existen ya que cuando la niña se altera ya no es posible controlarla pues ha crecido mucho y es muy fuerte. Además, su nivel económico no les permite disfrutar de algunas comodidades, aunque dicen estar acostumbrados, minimizando el problema.

Como principal expectativa, mencionan que esperan que la niña "se componga pronto y sea una niña normal". así mismo, existe la preocupación de que su hermano menor la empieza a imitar. La relación entre los hermanos parece normal en el sentido de que el niño trata de jugar con la niña y en ocasiones pelean por algún juguete, pero acepta la convivencia.

En la familia existe un nulo conocimiento de lo que es el autismo, mencionando que quizá un susto haya sido el motivo de la enfermedad, sin embargo, dicen los padres que no van a dejar de llevarla al hospital ya que eso le ayuda mucho.

FAMILIA 7

Esta familia consta del padre de 34 años, soltero. Terminó la preparatoria y actualmente es prestador de servicios. Vive con sus padres, los cuales, debido a su edad avanzada no pueden hacerse cargo del cuidado del niño, el cual el hijo único de 5 años de edad.

Presenta un lenguaje apenas entendible, ecolalia, es autoagresivo, ya que se pega en la cabeza y se muerde; tiene movimientos estereotipados como el mecerse y ocasionalmente acepta el contacto físico con la gente.

El padre fué drogadicto y actualmente es alcohólico. Desde temprana hora lleva al niño al hospital y en la tarde lo recoge haciéndose cargo de él los fines de semana. No salen de paseo ni a vacacionar, pues el padre prefiere estar en casa y ver TV. Ocasionalmente salen a que el niño corra, según dice el padre, pero los abuelos niegan esto.

Se puede observar un ambiente carente de estímulos afectivos. Los abuelos no aceptan al niño ya que constantemente le gritan y golpean, por lo que el niño se autoagrede golpeándose la cabeza compulsivamente y repitiendo "no, niño, eso no, niño,..."

Como referencias de la madre, el padre reporta que nunca se casaron y que ella se embarazó. En varias ocasiones intentó abortar, ya sea golpeándose el vientre, tomando pastillas o "cometiéndolo imprudencias". Finalmente nació el niño, pero la madre se negó a alimentarlo y cuando lloraba lo golpeaba o lo dejaba encerrado en la recámara. Así transcurrieron los 4 primeros meses de vida del niño, ya que la madre decidió abandonarlos y a partir de ese momento el padre se hace cargo del menor. Actualmente no tiene una pareja y según menciona, se dedica a la educación del niño.

Como expectativa hacia el futuro del niño, el padre menciona que le gustaría que fuera autosuficiente y dice que él piensa que sí lo va a lograr, pues es muy inteligente. Se hace notar que existe poco conocimiento al respecto de la patología autista, pero el padre muestra interés por saber más, aunque en muchas ocasiones niega que el niño esté enfermo y dice que se va a componer.

FAMILIA 8

La familia está constituida por el padre de 50 años de edad, profesionista, y la madre de 43 años, ama de casa y cuya escolaridad es de Secundaria terminada. Ambos están casados y tienen solo una niña autista de 7 años de edad. Es agresiva y autoagresiva ya que se pega y se pellizca. No establece contacto visual ni afectivo. Es sumamente pasiva.

La niña autista es tratada como si fuera un bebé. No les permiten realizar actividades que la enseñen a ser autosuficiente; su tono muscular corresponde a un niño de menor edad. No tiene lenguaje hablado y solo emite sonidos guturales. No presenta atención ni obedece instrucciones, así mismo, rechaza cualquier contacto afectivo con la gente.

La autoridad es ejercida por el padre, que es un hombre agresivo. La madre es una mujer que da la impresión de tener un retraso mental leve, por su forma de expresión y el contenido de sus mensajes. Ambos carecen de conocimiento de lo que es la patología autista.

La madre reporta lo siguiente: "Estoy segura de que mi niña va a ser una niña normal, es cuestión de que crezca, porque, la verdad, se hace la enferma y no lo está, (esto lo dice en voz baja como para que la niña no lo escuche) pues esto le pasó a un primo mío que no hablaba y de repente habló. Todo empezó cuando se fué su abuelita de la casa y lo resintió."

El padre menciona, en una sesión posterior en que no se encontraba la madre, que su esposa está muy mal ya que "tiene dos caras" pues aparenta que quiere mucho a la niña y la sobreprotege, pero que en realidad cuando están solas, la golpea demasiado dejando huellas de ésto, y además nunca le ha dado bien de comer.

En lo que se refiera a salidas y paseos, hace ya algún tiempo que no salen pues están construyendo su casa, pero salen ocasionalmente a Cuernavaca, pues a la niña le gusta mucho el agua.

La relación de pareja es descrita como no buena. Hay poca comunicación y discuten todos los días. Han pensado en separarse. El padre dice que su esposa tiene la culpa de que la niña esté enferma. El se desespera y prefiere salirse a caminar solo. El padre dice que su esposa no es buena madre, y le molesta el que ya no puede salir con sus amigos, pues todos llevan a sus familias y él no puede, pues la niña llama mucho la atención.

Los padres se negaron a colaborar en los tests psicológicos, y solo aceptaron la entrevista, a través de la cual se realizaron las observaciones precedentes.

FAMILIA 9

La familia está formada por la madre, que es una mujer de 30 años de edad, soltera que vive con su madre enferma de cáncer y dos hermanos menores que ella, y su hijo de 6 años, autista, cuyas principales características son: no tiene lenguaje, presenta movimientos estereotipados como mover sus manos así como berrinche, agresión y sonrisas inmotivadas.

Les gusta mucho salir a lugares públicos. El niño es descrito todavía como físicamente manejable y tranquilo; "ensimismado", se observa sus manos y le gusta escuchar la radio con la oreja pegada a la bocina. Según la madre, puede estar así todo el día; no habla y empieza a controlar esfínteres.

Lo que más le molesta a la madre, es que el niño no acepta el contacto físico con ella pero sí exige su presencia. La sigue a donde quiera que vá y llora cuando lo deja en el hospital, esto es, solo dos veces por semana.

La madre tiene como principal expectativa a futuro, que el niño llegue a ser un niño normal, y que "no le afecte que sus primos le digan que está loco". La madre dice que no hace caso a este tipo de comentarios y que "no le afecta en absoluto", pues ella sabe que no es cierto y que su enfermedad va a ir decrecentando poco a poco. así mismo, tiene la ilusión de tener otro hijo, y sabe que no va a estar enfermo, pues tomaría las cosas con calma y no se alteraría por cualquier cosa, pues según ella lo reporta, el stress durante el embarazo fué el culpable de que el niño naciera con esa enfermedad.

Con la abuela hay mucho acercamiento y ella lo cuida con afecto, cuando la madre sale a trabajar. Con los tíos casi no hay relación, pues trabajan todo el día y casi no se ven.

La madre dice que actualmente es cariñosa con él, ya que ha observado un avance en cuanto a su repertorio conductual así como en el decremento de conductas inadecuadas ya que antes se autoagredía y ahora lo hace menos. Antes, ella se describe como fría con él, pues dice que no sabía dar cariño pero que ahora todo es diferente, y eso le ha ayudado a aceptarlo como es.

En cuanto a una relación de pareja, ella no lo ha descartado como una posibilidad, pero por el momento no existe algo en concreto, pues se ha dedicado a la educación del niño y al cuidado de su madre enferma.

C A P I T U L O V I

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Al inicio del siglo XX se inicia una etapa en el área de la psiquiatría en la que existe un interés por la patología infantil, empezando con estudios acerca de la esquizofrenia, que era la psicosis infantil más común, pero no es sino hasta 1943 que Leo Kanner denomina como autismo, a una psicosis muy similar a la esquizofrenia, cuya etiología no ha sido identificada en su totalidad y que se caracteriza por la imposibilidad del niño de establecer relaciones afectivas con la gente, alteraciones perceptuales y del lenguaje, movimientos estereotipados, obsesividad por mantener el entorno sin cambios y conductas inadecuadas persistentes.

La presente investigación tuvo como objetivo primordial el identificar las manifestaciones de frustración y agresión que se dan en los integrantes de las familias con un niño autista, así como los tipos de relación que se dan entre cada uno de ellos. Con este propósito se diseñó un procedimiento por medio del cual se intentó establecer parámetros en base a acontecimientos mensurables y cuantificables para determinar el tipo de relación que se da entre los miembros de la familia.

Inicialmente se determinaron las familias que participarían en la Investigación, a partir del programa que ha establecido la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y Otros Trastornos del Desarrollo para los niños autistas. Estos niños, en apariencia física son de aspecto agradable, "bonitos" en todos los casos y parecen niños normales, tal y como lo menciona Gillberg y Colleman, en 1987. En general, la observación de los niños nos conduce a afirmar que son niños con tendencia al retraimiento y desinterés por toda aquella actividad que se realice en conjunto con más niños. Prefieren algún objeto o bien con la mirada perdida eludiendo cualquier tipo de contacto con la demás gente. En ocasiones presentaban actitudes de autoagresión, se muerden las manos, se golpean la cabeza o bien lloran por períodos largos de tiempo, gritando tanto que en ocasiones esto les causaba hemorragias por el esfuerzo que hacían.

En cuanto al lenguaje, este se presentaba en 4 de los 9 niños que participaron en la investigación, pero como se menciona en el marco teórico, este lenguaje es carente de comunicación, pues si bien cantan canciones que se aprenden de memoria o presentan ecolalia, no contestan a preguntas que se les hacen directamente.

Así mismo, en los que respecta a su Coeficiente Intelectual, no es posible determinarlo de manera cuantitativa dado que no es posible la aplicación de tests psicológicos pero si se puede observar que no presentan retraso mental, ya que aún en su "ensimismamiento", realizan actividades que un niño con retraso mental no podría realizar. Además, como mencionan Locker y Rutter en 1974, así como DeMyer en 1979, son más bien los síntomas conductuales los que hacen que diagnostiquemos a un niño como autista y no su inteligencia.

En cuanto a su capacidad para memorizar, los padres de estos niños reportaron que es impresionante la forma en que memorizan canciones que escuchan en la radio o bien los comerciales de la televisión. Inclusive una de las niñas lograba memorizar las canciones con solo escucharlas dos veces repitiendo la canción durante varios días.

En resumen, todos los niños autistas que formaron parte del programa mencionado, reúnen las características mencionadas en el marco teórico, ya sea en mayor o en menor proporción, aunque lo que se presenta invariablemente es la indiferencia al contacto afectivo que reciben de las personas y en especial de su familia la cual ante esto se siente "desmoralizada" y frustrada ante la incapacidad de dar y recibir cariño de su hijo.

En esta investigación se trabajo con 9 familias que tienen un hijo autista, de las cuales en 3 familias el autismo se presenta en el sexo femenino y en 6 familias fué de el sexo masculino. Así mismo se pudo observar que en el caso de las niñas la profundidad del daño era mayor, ya que dos de ellas carecían totalmente de lenguaje y autoagrediendo de manera considerable, y la otra niña aunque si presenta lenguaje, este solo lo utiliza para cantar, presentándose de esta manera lo que Gillberg y Villard en 1987 mencionan a este respecto, de que es generalmente en el sexo femenino donde la alteración es mucho más grave ya que hay un déficit masivo en la esfera cognitiva del lenguaje.

Una vez analizadas y comentadas las características generales de los niños que formaron parte del programa y siendo el propósito de esta investigación conocer más con respecto a los padres y la familia, se observó que 6 de los niños de los 9 niños autistas tienen ambos padres y los 3 restantes solo uno de ellos, ya que son "dos madres y un padre soltero". Según Kanner (1945) los padres de estos niños se caracterizan por ser rígidos, fríos, intelectuales, lejanos y poco sensibles, o bien, como menciona Bettelheim (1987), se enfurecen con facilidad. Estos autores se refieren a los padres como poco afectivos, sin embargo encontramos que si bien hay padres irritables, también hay padres cariñosos, sensibles, aunque en menor proporción. Esto se pudo observar durante las entrevistas ya que en todos los casos había alguno que respondía con voz alta o bien se levantaba de su asiento o movía efusivamente las manos o golpeaba la mesa. En su mayoría (4 de 6), era el padre el que mostraba esta conducta. La madre, en 5 de 8 casos se mostraba triste, desanimada, seria y casi no sonreían. Pareciera que "no se han podido adaptar a su situación" como dice Villard, (1987).

En el marco teórico se ha observado que hay autores como Rimland (1964) y Godfarb (1970), que mencionan que la inteligencia de los padres de niños autistas es superior a la inteligencia de padres de niños normales, por lo que se aplicó la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos y se rechazó esta aseveración, pues en general el coeficiente intelectual de los padres es de Termino Medio y se observó que la preparación escolar de cada uno de ellos es muy variada, ya que va desde primaria terminada hasta estudios universitarios a nivel licenciatura. Es posible, que el resultado de esto no sea estadísticamente significativo pues la muestra corresponde a familias que asisten a la Asociación Mexicana para el Tratamiento y Estudio del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, y es una muestra muy pequeña. Así mismo, es una Asociación Civil la cual recibe donativos de diversas instituciones públicas y privadas, por lo cual las personas que llevan a su hijo autista a esta Asociación no se ven obligados a pagar cuotas elevadas por la atención a los niños, habiendo así diferentes estratos socioeconómicos.

Es por esto que sería interesante recurrir a algún Centro de Educación que preste servicio a niños con esta patología y que sus posibilidades económicas les permitan solventar el gasto que implica la atención especializada, y estudiar de esta forma las diferencias en cuanto a varios niveles de acceso educativo, pues es de suponerse que el nivel educativo de estos padres sería más elevado, y el Coeficiente Intelectual se incrementaría.

Una vez establecido el propósito de la investigación con cada una de las familias, se inició el cuestionario preguntando acerca del curso del embarazo en cada una de las madres, y se reportó que en el aspecto físico, 6 de 9 madres cursaron un embarazo normal, habiendo un caso de citomegalovirus y otro con sangrados constantes. Ambos casos los describe Gillberg (1988) como comunes en las madres que tienen un hijo autista. En lo que respecta al área emocional, 6 de las 9 madres reportaron que no se encontraban totalmente satisfechas y contentas con el embarazo, pues algunas pasaban por problemas conyugales y una de ellas no aceptaba su apariencia física de embarazada y se encontraba muy deprimida. Las 3 mamás restantes tenían "ilusión" por su hijo pues en los tres casos era el primogénito.

Según DeMyer (1974) una característica de las madres es que presentan síntomas depresivos y estos fueron patentes en la investigación, ya que se quejan constantemente por la falta de apoyo y el deseo de ser una familia normal. De la misma manera, se observó que la media de edad en que las madres se embarazaron de su hijo autista fue de 25 años, a diferencia de los 28 años que reportan Allen y Cols. (1978), mencionando que ya es una edad avanzada por lo que es común que existan deficiencias en el material genético, pero en el caso de esta investigación, la edad de las madres no confirmó los resultados de dichos estudios.

En lo que se refiere a la convivencia familiar en sí, reportan que casi no salen de paseo, y si salen, siempre es a los mismos lugares, lo cual ya no es de su agrado y se sienten inconformes con el estilo de vida que llevan. En su totalidad las familias manifiestan sentirse frustradas por no poder hacer lo que antes acostumbraban y hablan con fastidio de los fines de semana "rutinarios". Aunque en los apéndices está reportada la respuesta como tal, es decir, que salen al campo, o de vacaciones a la casa de familiares, dicen todos los integrantes de las familias entrevistadas que ya les aburre hacer siempre lo mismo. En el caso de las personas que hablaban con indiferencia de sus actividades recreativas, se apreció en sus respuestas una constante apatía a todo lo que hacen. Manifiestan sentirse frustrados, principalmente las madres, pues dicen que la rutina les cansa. En 4 de los 9 casos, las madres tienen que asistir en todo a su hijo autista, desde bañarlo, vestirlo y hasta cargarlo por su negativa a caminar, con el consecuente cansancio físico. Del mismo modo reportaron que les enfada el hecho de que su pareja no les de apoyo en el sentido de entenderlas o ayudarlas en sus actividades diarias. Mencionaba una madre: "Ya estoy cansada de esta situación, siempre es lo mismo y mi marido nunca se da cuenta de todo lo que hago. Sobre todo mi hija me cansa mucho. No se que va a pasar."

Es posible, como DeMyer (1974) menciona, que los padres refuercen el distanciamiento social de sus hijos autistas pues lo que hacen comunmente es encerrar a la familia en casa y alejarlos de la gente, de igual manera en esta investigación se puso de manifiesto que en la mayoría de los casos prefieren no sacar al niño autista ya que éste se desespera rápidamente y llora y eso hace que toda la familia se moleste o bien, como dijo una madre: "A mí mas bien me da vergüenza que vean a mi niña no es normal, pues a simple vista parece serlo, pero cuando grita o se pega o se muerde, llama mucho la atención. Por eso cuando me bajo del coche, prefiero cargarla para meterme rápido a la casa y que nadie nos vea."

La descripción de la propia familia se realiza desde una perspectiva "ideal", con base en lo que suponen se espera que respondan, tratando de ofrecer una imagen favorable de sí mismos y de la familia, pues tratan de hacer creer a la gente que entienden y quieren tanto al niño autista, que le tienen mucha paciencia, cuando en muchos casos no es así. Aunque mencionan que para educar al niño lo hacen con tranquilidad y sin alterarse, en la vida diaria no se observa lo mismo, pues si les gritan y se desesperan de no poder educar al niño como a un niño normal. Todos los días que recogen a su hijo en el hospital donde trabaja la Asociación, se observa tensión en las madres: "Y ahora, como estuvo?... porque en la casa está muy inquieto y agresivo con todos. Ya he probado todos los medios y no entiende, es un necio...". Se observa agresión y desesperación en los padres al momento de preguntar sobre el estilo de vida que llevan y en relación a las expectativas que tienen del niño autista.

Sucede lo mismo en lo que respecta a la comunicación familiar, pues la mayoría de los miembros de las familias, reportan tener una buena comunicación y sin embargo durante la entrevista se observó claramente tanto el distanciamiento de ellos (ya fuera entre la pareja o inclusive con los hijos), como agresiones verbales: "Que exagerado", "no seas mentiroso", "bueno fuera lo que dices, lo hicieras". "¿De cuando a acá eres tan comprensivo?", etc.

En relación a los hermanos se observó algo interesante que apoya todos los fundamentos teóricos de esta investigación, ya que en dos hermanas adolescentes hay inclinación para estudiar carreras universitarias, que, según dicen ellas, "puedan ayudar a que se cure su hermanito". Una de ellas va a estudiar Psicología y la otra Medicina. Ellas se encuentran adaptadas a la situación que viven en la familia y han adaptado el rol de hermanas mayores y protectoras del niño autista, asumiendo el papel de los padres en lo que se refiere a la educación del niño.

Sin embargo, se presentó otro caso en el que el niño sano se comportaba negligente y demandante de cariño y atención ya que los padres se han dedicado más a atender a su hijo autista y al niño sano lo han dejado a un lado. Según DeMyer, en su estudio de 1979, el 30% de las familias se encontraban en esta situación.

En otra de las familias se presentó el caso de que el hermano mayor mostraba conductas regresivas como el no querer masticar la comida y no controlar el esfínter nocturno. La madre se muestra preocupada ya que ha empezado a imitar a su hermana y los dos cantan todo el día. Además tiene 4 años de edad y no pronuncia bien las palabras. Esto fue estudiado por DeMyer en 1979 y concluyó que en el 15% de los casos los hermanos tienden a imitar al niño autista o bien presentan regresiones conductuales.

Es así como a través de la entrevista y el hecho de que está fuera realizada en los propios hogares, se pudo observar mejor que el hecho de convivir diariamente con un niño autista altera la dinámica familiar en su totalidad, ya que tanto padres como hermanos se ven inmersos en una problemática de la cual parece que no puedan salir, por lo que es común la utilización de mecanismos de defensa como la negación del problema, la intelectualización del mismo, la proyección o bien la represión y depositación de culpa que como anteriormente se comentaba, se presenta en ambos padres, lo cual provoca que no sientan apoyo emocional mutuo y esto conduce a síntomas depresivos que se manifiestan de diferentes maneras, tales como tanto, desesperación, huida y en ocasiones intentos de suicidio.

Se puede establecer una relación directa entre stress y el empleo de mecanismos defensivos, pues la presencia del niño autista "altera los nervios", como dice DeMyer en 1979 y Morgan en 1988. Al respecto, una familia menciona que antes se preocupaban mucho por la enfermedad de su hija, pues la aparición fue repentina, cuando la niña solo balbuceaba, caminaba de puntas, daba vueltas y permanecía por horas sentada en una esquina de la casa mirando las cerraduras de las puertas durante un tiempo prolongado. Llevaron a la niña al hospital y después de numerosos estudios les explicaron a los padres lo que tenía y es desde ahí cuando empezaron a "aceptarla como es". "No fué fácil, pues es nuestra única hija. Al principio mi esposo y yo discutíamos por todo. Nos encontrábamos ante la incertidumbre de la enfermedad de la niña, pero ahora hay más comunicación. Nos decimos lo que sentimos. Aceptamos a la niña como es, y no puedo decir que la quieromás, no. Me desespera, le grito en ocasiones le pego. Muchas veces me he avergonzado de ella cuando la miran en la calle; ahora ya lo puedo externar y no me sientomal. Me da pena que la vean en la calle cuando hace berrinche. Se que no se va a componer y por eso no vale la pena amargarse toda la vida. Mientras podamos, sobrellevar las cosas, se queda con nosotros y no hemos deshechado la posibilidad de internarla, pues su mal es profundo y va cada vez peor, pero me he documentado y probablemente tenga otro bebé, pues se que será normal. Y no me angustio por mi situación y no la niego ni culpo a nadie. Gracias a que lo he entendido así, mi esposo y yo nos comprendemos más.

No obstante que se encontró una familia con esa manera de expresar sus sentimientos hay otras que discuten constantemente y se culpan de que el niño no mejore con la terapia. Sobre todo esto sucede con las familias que tienen al niño autista de 10 y 11 años, pues están iniciando su pubertad y eso causa inquietud en los niños y las madres sienten que han perdido la habilidad para controlarlos ya que son fuertes y tienen una estatura y peso superior, lo cual dificulta su manejo. Inclusive una de las madres reporta que en más de una ocasión ha pensado en el suicidio pues su marido no le ayuda en nada y ha perdido la habilidad para resolver los problemas de su hijo autista. Esto lo hace notar DeMyer en 1979 en su estudio y en esta investigación aparece también.

En 1982 Harris mencionó 4 patrones de conducta en cuanto al manejo del niño autista y encontró que la mayoría de las familias encuadran en la descripción que hace de cada una de ellas:

- 1) El primer cuadro es aquel en el que se sobreprotege al niño porque está "enfermito", tal es el caso de las familias 5 y 8.
- 2) El segundo cuadro es en el que ambos padres se dejan envolver en la patología del niño olvidándose de los demás miembros de la familia, tal y como ha sucedido en la familia 3.
- 3) Uno de los padres se envuelve en la patología del niño dedicándole todo su tiempo y dejando de lado su relación de pareja, como en las familias 2 y 9.
- 4) En este cuadro se crean alianzas entre madre e hijos con la finalidad de enfocar toda la atención en el niño autista, igual que en la familia 1.

Sin embargo, hubo tres familias que no fue posible colocarlas en una de las 4 clasificaciones de Harris, y haciendo un análisis de estas tres, se observa un común denominador. La familia no le da importancia a la patología del niño. El trabajo y las actividades diarias ocupan el primer lugar y el niño autista se deja en segundo término. Esto se observa en las familias 4, 6 y 7.

Considerando que la patología autista causa un impacto significativo en toda la familia, no se restó importancia a la relación de pareja y se observó lo siguiente:

La mayoría de las madres expresaron que no sienten apoyo por parte de su pareja y si acaso se los dan, no es como ellas quisieran que fuera. Se sienten insatisfechas e incomprendidas ya que son ellas las que más tiempo pasan con el niño. Se detecta como un común denominador, la falta de comunicación entre ellos y se mostraron conformistas en cuanto al aspecto sexual, a lo cual en general respondían que en ese aspecto no tenían problemas, que su vida sigue siendo normal.

En lo que respecta a una separación entre ellos, el 25% dijo que si lo harán, dando la impresión que utilizan esa respuesta a manera de agresión a su pareja, pues si bien es cierto que la relación no es óptima, la separación entre ellos se utiliza como amenaza, y llevan mucho tiempo así.

Una vez terminada la entrevista y habiendo obtenido estos resultados se trató de analizar los resultados del Test de Rosenzweig, donde la mayoría presenta tendencia a agredir directamente a las personas que hay a su alrededor, entendiendo de esta forma que es a nivel familiar donde se descarga toda esta agresión, habiendo gritos y pleitos todo el día. Otra tendencia en los padres de estos niños es que aquello que les frustra, lo minimizan al grado de que en ocasiones se llega a negar su presencia, tal y como se pudo observar en algunas familias, en que al realizar la entrevista, negaban cualquier descontento y decían que todo funcionaba bien en la familia, que hay mucha comunicación entre ellos y que aceptan y quieren al niño autista tal y como es. También minimizaban el hecho de que no salen de vacaciones a lugares públicos y que esto no les afecta pues aceptan a su hijo y no es una carga para ellos. Algo muy común que se presentó, es la inquietud que tienen los padres de niños autistas para resolver sus problemas. Se sienten culpables de la situación en la que viven a diario, podemos decir que esos sentimientos de culpa constantes en sus respuestas hace que aparezcan síntomas depresivos en la persona, sintiéndose frustrada por la vida que lleva y sin encontrar algún aliciente en el cual apoyarse, pues en general su pareja se encuentra en la misma situación.

Una vez obtenidos estos resultados y revisado la bibliografía relacionada con la patología del autismo y con las familias con un miembro autista, es importante profundizar en cuanto a las formas de tratamiento que hay no solo hacia el niño en cuestión sino con todos los miembros de la familia, ya que si bien el pequeño autista no es capaz de socializar y comunicarse por medio de un lenguaje oral, si debe de propiciarse una interacción especial y la familia debe tener el conocimiento de lo que es la enfermedad para así ayudar a que sea mas llevadera la vida familiar. Así mismo, debe haber mas investigación en relación a la etiología del autismo, ya que las diferentes corrientes no son concluyentes ni son determinantes únicos de la enfermedad.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

APENDICES

TABLA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL PARENTESCO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PADRE	38.9%	7
MADRE	44.4%	8
HERMANO	16.7%	3

TABLA 2. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL SEXO DE LOS PARTICIPANTES

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MASCULINO	44.4%	8
FEMENINO	55.6%	10

TABLA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDADES DE LOS PARTICIPANTES.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
6	5.6%	1
14	5.6%	1
16	5.6%	1
26	5.6%	1
27	5.6%	1
28	5.6%	1
30	16.7%	3
33	11.1%	2
34	5.6%	1
39	11.1%	2
43	5.6%	1
47	5.6%	1
49	5.6%	1
50	5.6%	1

TABLA 4. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PRIMARIA	11.1%	2
SECUNDARIA	22.2%	4
PREPARATORIA	33.3%	6
CARRERA TECNICA	11.1%	2
CARRERA UNIVERSITARIA	22.2%	4

TABLA 5. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL ESTADO CIVIL

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SOLTERO	16.7%	3
CASADO	66.7%	12
SEPARADO	16.7%	3

TABLA 6. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OCUPACION

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HOGAR	33.3%	6
ESTUDIANTE	16.7%	3
TECNICO	11.1%	2
PROFESIONISTA	16.7%	3
PRESTADOR DE SERVICIOS	22.2%	4

TABLA 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO AUTISTA DENTRO DE LA FAMILIA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
1a. GESTA DE 1	55.5%	5
2a. GESTA DE 2	22.2%	2
3a. GESTA DE 3	11.1%	1
4a. GESTA DE 4	11.1%	1

TABLA 8. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDAD DEL NIÑO AUTISTA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CUATRO	11.1%	1
CINCO	22.2%	2
SEIS	22.2%	2
SIETE	11.1%	1
OCHO	11.1%	1
DIEZ	11.1%	1
ONCE	11.1%	1

TABLA 9. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ENFERMEDAD DE PARKINSON	16.7%	3
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	16.7%	3
RETRASO MENTAL PROFUNDO	11.1%	2
PARALISIS CEREBRAL	3.6%	1
EPILEPSIA	5.6%	1
NINGUNO	44.4%	1

TABLA 10. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGIA AUTISTA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CONOCIMIENTO ACERTADO	27.8%	5
DESCONOCIMIENTO ABSOLUTO	27.8%	5
INFORMACION DISTORCIONADA	11.1%	2
POCA INFORMACION	33.3%	6

TABLA 11. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL CONOCIMIENTO DE LA ETIOLOGIA DEL AUTISMO

CATEGORIA	PROCENTAJE	FRECUENCIA
CAUSAS ORGANICAS	27.8%	5
CAUSAS PSICOGENICAS	16.7%	3
DESCONOCIMIENTO	44.4%	8
SUSTOS GOLPES O CAIDAS	11.1%	2

TABLA 12. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL CURSO DEL EMBARAZO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NORMAL	66.6%	6
RIESGOSO.CITOMEGALOVIRUS	11.1%	1
RIESGOSO.SANGRADOS CTES.	11.1%	1
INTENTOS DE ABORTO PROVOCADO	11.1%	1

TABLA 13. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL EMBARAZO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PLANEADO Y DESEADO	33.3%	3
NO PLANEADO Y ACEPTADO	55.5%	5
NO PLANEADO Y NO ACEPTADO	11.1%	1

TABLA 14. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL TIPO DE PARTO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
EUTOCICO	33.3%	3
CESAREA	66.7%	6

TABLA 15. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE APARICION DE LOS SINTOMAS EN EL NIÑO AUTISTA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
8 MESES	22.2%	2
12 MESES	11.1%	1
15 MESES	11.1%	1
18 MESES	33.3%	3
24 MESES	22.2%	2

TABLA 16. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL CURSO DEL DESARROLLO DEL NIÑO AUTISTA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LENTO EN GENERAL	44.4%	8
MOTRICIDAD NORMAL Y LENGUAJE LENTO	33.3%	6
EN DECADENCIA GENERAL	11.1%	2
NORMAL EN TODO	11.1%	2

TABLA 17. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS FORMAS DE LOS AFECTOS Y SOCIALIZACION DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
EXPRESA AFECTO CON ABRAZO Y BESO ESPONTANEOS	22.2%	4
RECHAZA TODO TIPO DE SOCIALIZACION Y AFECTO	77.8%	14

TABLA 18. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS EXPECTATIVAS ANTE EL DESARROLLO DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LA ESPERANZA DE SEA UN NIÑO NORMAL	33.3%	6
QUE AUNQUE SEA PUEDA PLATICAR CON EL	16.7%	3
QUE SEA AUTOSUFICIENTE	38.9%	7
NO ASPIRAMOS A NADA	11.1%	2

TABLA 19. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS SENTIMIENTOS ANTE EL DESARROLLO DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
DESESPERACION Y ANGUSTIA	55.6%	10
NO NOS SENTIMOS MAL DESDE QUE LO ACEPTAMOS ASI	44.4%	8

TABLA 20. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DESCRIPCION DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
BUENA	77.8%	14
CON TENSION CONSTANTE	22.2%	4

TABLA 21. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS LUGARES A DONDE ACOSTUMBRAN SALIR LOS FINES DE SEMANA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
A NINGUNA PARTE	38.9%	7
AL CAMPO A JUGAR	33.3%	6
CON LA FAMILIA A COMER	27.8%	5

TABLA 22. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS LUGARES A DONDE SALEN A VACACIONAR

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
A LA PLAYA O DONDE HAY ALBERCAS	22.2%	4
A LA CASA DE FAMILIARES	16.7%	3
A NINGUNA PARTE	61.1%	11

TABLA 23. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS SENTIMIENTOS DE SATISFACCION O INSATISFACCION ANTE LAS OPORTUNIDADES DE SALIR A PASEAR.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ESTAN CANSADOS DEL ENCIERRO	27.8%	5
LES ES INDIFFERENTE	38.9%	7
ABURRIMIENTO	11.1%	2
LES GUSTA LO QUE HACEN	22.2%	4

TABLA 24. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA SITUACION DEL NIÑO CUANDO TIENEN QUE SALIR A LUGARES PUBLICOS.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PREFERIMOS NO SACARLO PUES SE DESESPERA RAPIDAMENTE	38.9%	7
SI SALIMOS ES MUY RAPIDO PARA QUE NO LLORE	33.3%	6
NO NOS CAUSA NINGUN PROBLEMA	27.8%	5

TABLA 25. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS SENTIMIENTOS ANTE LAS REACCIONES DEL NIÑO AUTISTA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MUCHA VERGUENZA	16.7%	3
NOS MOLESTA	38.9%	7
NADA SOLO LO CALMAMOS	44.4%	8

TABLA 26. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS ENCARGADOS DE LA EDUCACION DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LA MADRE	83.3%	15
EL PADRE	5.6%	1
UN HERMANO	11.1%	2

TABLA 27. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS ACTITUDES DE LOS PADRES DURANTE LA EDUCACION DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ENERGICA Y CON GRITOS	16.7%	3
CON PACIENCIA Y TRANQUILIDAD	44.4%	8
SI EL NIÑO NO QUIERE, NO INSISTO	38.9%	7

TABLA 28. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA COMUNICACION FAMILIAR

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
FRANCA, ABIERTA, SIN RODEOS	33.3%	6
BUENA, PLATICAMOS EN FAMILIA	55.6%	10
NO ES BUENA, YA QUE NOS ALTE- RAMOS FACILMENTE	11.1%	2

TABLA 29. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO AUTISTA QUE ALTERA A LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CUANDO LLORA Y SE PONE NECIO	44.4%	8
CUANDO GRITA EN LA CALLE	11.1%	2
CUANDO ES AGRESIVO CON TODOS	22.2%	4
CUANDO NO OBEDECE	11.1%	2
CUANDO SE ENSUCIA EL Y LA CASA	5.6%	1
CUANDO ME SIGUE TODO EL DIA	5.6%	1

TABLA 30. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE CONDUCTAS INADECUADAS DEL NIÑO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO LE HAGO CASO	27.8%	5
TRATO DE CALMARLO	16.7%	3
ME ALTERO: LO REGAÑO, LE GRITO Y LE PEGO	55.6%	10

TABLA 31. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA FORMA DE EXPRESION DEL AFECTO EN EL HOGAR.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PLATICANDO DE BUEN HUMOR	11.1%	2
A VECES COMPRAMOS ALGO	16.7%	3
CON CARICIAS, ABRAZOS Y JUGANDO	16.7%	3
NO EXPRESAMOS AFECTOS	16.7%	3
SALIMOS JUNTOS A PASEAR	38.9%	7

TABLA 32. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EXISTENCIA DE UNA RELACION AFECTIVA CON SU PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SI	75%	10
NO	25%	5

TABLA 33. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DESCRIPCION DE SU RELACION DE PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MALA, NO HAY COMUNICACION Y SI TENSION CONSTANTE	16.7%	3
BUENA, CON SUS DETALLES	38.9%	7
EXCELENTE HAY MUCHA COMUNICACION A PARTIR DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO	11.1%	2
NO EXISTE RELACION DE PAREJA	16.7%	3

TABLA 34. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CELOS	5.6%	1
MENTIRAS	5.6%	1
ES ABURRIDA LA RELACION	5.6%	1
MI PAREJA SE MOLESTA SIEMPRE	5.6%	1
MI PAREJA ES MUY SENTIDA	5.6%	1
MI HIJO AUTISTA	16.7%	3
LOS NORMALES DE UNA PAREJA	22.2%	4

TABLA 35. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL INTEGRANTE DE LA FAMILIA QUE EJERCE LA AUTORIDAD

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LA MADRE	50%	9
EL PADRE	22.2%	4
AMBOS PADRES	27.8%	5

TABLA 36. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA PRESENCIA DEL NIÑO AUTISTA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LO TRATAMOS NORMALMENTE	61.1%	11
LO CONSENTIMOS MUCHAS VECES	16.7%	3
LO TRATAMOS COMO LO QUE ES: UN NIÑO ENFERMO	11.1%	2
LE EXIGIMOS MUCHO, PUES SABEMOS QUE SE HACE EL ENFERMO	11.1%	2

TABLA 37. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PRINCIPALES CAUSAS DE STRESS FAMILIAR.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
POR PLEITOS CONSTANTES ENTRE LOS PADRES	38.9%	7
FALTA DE APOYO EN CUANTO AL CUIDADO DEL NIÑO	38.9%	7
NOS SENTIMOS BIEN DESDE QUE ACEPTAMOS AL NIÑO COMO ES	22.2%	4

TABLA 38. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA AUTODESCRIPCION DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
DE CARACTER FRIO Y CALCULADOR	22.2%	4
ALEGRE Y AFECTIVO	27.8%	5
INTELIGENTE Y PERSEVERANTE	11.9%	2
IRRITABLE Y POCO AFECTIVO	38.9%	7

TABLA 39. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DESCRIPCION DE LAS PAREJAS DE CADA UNO DE LOS PADRES

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ES MUY ABURRIDO	16.6%	2
ES MUY PACIENTE	16.6%	2
ES ALEGRE Y AFECTUOSO	16.6%	2
MOLESTON Y VOLUBLE	25%	3
ES INTELIGENTE	25%	3

TABLA 40. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EXISTENCIA DE APOYO POR PARTE DE LA PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO EXISTE NINGUN APOYO	8.3%	1
SI ES UN GRAN APOYO	33.3%	4
EN OCASIONES, DEPENDE DEL HUMOR EN QUE SE ENCUENTRE	25%	3
SI, AUNQUE NO COMO QUISIERA	33.3%	4

TABLA 41. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA NECESIDAD DE APOYO POR PARTE DE LA PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
EN TODO MOMENTO	41.6%	5
NO ME HACE FALTA	16.6%	2
CUANDO ME ENCUENTRO EN PROBLEMAS CON EL NIÑO AUTISTA	33.3%	4
CUANDO ME FALTA DINERO	8.3%	1

TABLA 42. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PRESENCIA DE ALGUN TIPO DE DECAIMIENTO

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SI	66.7%	12
NO	33.3%	6

TABLA 43. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL TIPO DE DECAIMIENTO QUE PRESENTA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
FISICO	33.3%	6
MORAL, NO HAY APOYO	5.6%	1
ABURRIDO DE NO HACER UNA VIDA NORMAL	11.1%	2
FISICO, LABORAL Y MORAL	16.7%	3
NINGUNO	33.4%	6

TABLA 44. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA MANERA EN QUE HA AFECTADO LA RELACION DE PAREJA LA PRESENCIA DEL NIÑO AUTISTA EN EL HOGAR.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HA PROVOCADO TENSIÓN	28.5%	4
ME HE OLVIDADO DE MI PAREJA	14.2%	2
NOS HA UNIDO MAS	14.2%	2
NO HA AFECTADO. SEGUIMOS IGUAL	35.7%	5
HIZO QUE NOS SEPARARAMOS	7.1%	1

TABLA 45. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POSIBILIDADES DE UN POSIBLE DIVORCIO EN LA PAREJA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SI	25%	3
NO	66.6%	8
EN OCASIONES LO PENSAMOS	8.3%	1

TABLA 46. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PERCEPCION DE LOS PADRES DE LA RELACION ENTRE SUS HIJOS

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MUY BUENA, LO AYUDAN, LO CUIDAN Y LE ENSEÑAN COSAS	25%	4
REGULAR, PELEAN SEGUIDO	33%	6
NO HAY MAS HIJOS	42%	8

TABLA 47. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREFERENCIA DEL NIÑO AUTISTA HACIA ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
A LA MADRE. PORQUE ESTA MAS TIEMPO CON EL NIÑO	44.4%	8
AL PADRE. PORQUE JUEGA CON EL NIÑO Y LO CONSCIENTE	32.4%	6
A AMBOS PADRES	11.1%	2
A TODOS LOS DEL SEXO OPUESTO	11.1%	2

TABLA 48. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL INTEGRANTE DE LA FAMILIA EXTERNA QUE NO QUIERE AL NIÑO.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
LA ABUELA PATERNA	16.7%	3
LA FAMILIA DE LA MADRE	5.6%	1
LA FAMILIA DEL PADRE	27.8%	5
TODOS LO QUIEREN	33.3%	6
NO NOS INTERESA SI LO QUIEREN	16.7%	3

TABLA 49. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS SENSACIONES DE LA FAMILIA ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE ENCONTRAR UNA SOLUCION SATISFACTORIA EN UN MOMENTO DE CRISIS EN EL NINO AUTISTA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ME DAN GANAS DE LLORAR.	22%	4
HE PENSADO EN EL SUICIDIO	11.1%	2
TRATA DE TRANQUILIZARME CON RESPIRACIONES	38.9%	7
ME ENOJO (POR QUE A MI?)	27.8%	5

TABLA 50. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN LO QUE SE REFIERE A POSIBILIDADES DE UN NUEVO EBARAZO.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO, NUNCA	66%	10
SI PERO DENTRO DE 10 AÑOS.	6.6%	1
SI ME GUSTARIA PERO ME DA MIEDO TENER OTRO HIJO IGUAL.	13.3%	2
SI ME GUSTARIA	13.3%	2

TABLA 51. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER.

CATEGORIA C.I.	PORCENTAJE	FRECUNCIA
83	5.6%	1
85	5.6%	1
88	11.1%	2
93	5.6%	1
94	5.6%	1
97	5.6%	1
98	5.6%	1
101	5.6%	1
104	5.6%	1
105	11.1%	2
107	5.6%	1
108	11.1%	2
112	5.6%	1
NO PARTICIPARON	11.1%	2

TABLA 52. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TEST DE ROSENZWEIG.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
E`	5.4%	22
I`	3.3%	14
M`	19%	74
E	16.9%	65
I	8.3%	32
M	6.2%	24
e	13.5	52
i	15.8%	61
m	6.5%	25
E	2.3%	9
I	1.3%	5

TABLA 53. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS REFERENTE AL TAMAÑO DE LOS DIBUJOS DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CHICO	33.3%	6
MEDIANO	44.4%	8
GRANDE	11.1%	2

TABLA 54. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SOBRE LA UBICACION DE LA PAGINA EN EL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
ARRIBA	16.7%	3
ABAJO	11.1%	2
EN EL CENTRO	38.9%	7
SOBRE UNA LINEA	22.2%	4

TABLA 55. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION AL SOMBRADO EN EL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORÍA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HAY SOMBRADO	27.8%	5
NO HAY SOMBRADO	61.1%	11

TABLA 56. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS BORRADURAS QUE APARECEN EN EL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HAY BORRADURAS	16.7%	3
NO HAY BORRADURAS	72.2%	13

TABLA 57. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL TIPO DE TRAZO QUE REALIZAN EN EL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
UN SOLO TRAZO	44.4%	8
TRAZO ESTRATIFICADO	44.4%	8

TABLA 58. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LA DISTANCIA ENTRE LOS PERSONAJES DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
FAMILIA JUNTA	66.7%	12
FAMILIA DISPERSA	22.2%	4

TABLA 59. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS TIPOS DE VALORIZACION QUE SE DAN EN LOS DIBUJOS DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
VALORIZA AL PADRE	27.8%	5
VALORIZA A LA MADRE.	22.2%	4
SE VALORIZA A SI MISMO	33.3%	6
VALORIZA A UN HIJO SANO	0%	0
VALORIZA AL HIJO AUTISTA	0%	0
VALORIZA A LA ABUELA	5.6%	1

TABLA 60. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LAS DESVALORIZACIONES QUE SE PRESENTAN EN LOS DIBUJOS DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
AL PADRE	11.1%	2
A LA MADRE	5.6%	1
A SI MISMO	16.7%	3
A UN HIJO SANO	16.7%	3
AL NIÑO AUTISTA	38.9%	7

TABLA 61. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS SUPRESIONES QUE SE OBSERVAN EN EL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
DE UN RASGO FACIAL	16.7%	3
DE UN HIJO SANO	5.6%	1
DE LAS MANOS	27.8%	5
DEL NIÑO AUTISTA	11.1%	2
DE LA MADRE	5.6%	1
DE MANOS Y RASGOS FACIALES	11.1%	2
NINGUNA	11.1%	2

TABLA 62. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LA IDENTIFICACION DEL SUJETO CON ALGUNO DE LOS PERSONAJES DEL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CON EL PADRE	5.6%	1
CON LA MADRE	11.1%	2
CONSIGO MISMO	72.2%	13

TABLA 63. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA FORMA DEL DIBUJO DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
REALISTA	38.9%	7
CARICATURA O A BASE DE RAYAS	50%	9

TABLA 64. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS ADICIONES QUE SE HACEN A LOS DIBUJOS DEL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
PAISAJE	11.1%	2
DENTRO DEL HOGAR	11.1%	2
ADICIONA UN HIJO	5.6%	1
UN HIJO Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	5.6%	1
PAISAJE Y UN HIJO	5.6%	1
NINGUNA	38.9%	7
PAISAJE UN HIJO Y UN PADRE	5.6%	1
DENTRO DEL HOGAR Y LOS ABUELOS	5.6%	1

TABLA 65. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LA PRESENCIA DE MOVIMIENTO EN EL TEST DE LA FAMILIA.

CATEGORIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
FAMILIA ESTATICA	61.1%	11
FAMILIA EN MOVIMIENTO	27.8%	5

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ackerman, W.N (1964). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Buenos Aires. Horme.
- 2) Alvarez, V.A. (1967). PSICODIAGNOSTICO CLINICO. Madrid. Aguilar.
- 3) Anderson, F.(1991). TRENDS IN MUSIC AND FAMILY THERAPY. Arts in Psychotherapy. Vol.18. pp.195-199.
- 4) Benjamin J.B.(1988). UN NIÑO ESPECIAL EN LA FAMILIA. México. Trillas.
- 5) Bettelheim, B.(1969). LA FORTALEZA VACIA. Barcelona.
- 6) Biehler, R.F. (1980). INTRODUCCION AL DESARROLLO DEL NIÑO. México. Diana.
- 7) Bobadilla y Mondragón (1984). ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD, INTELIGENCIA Y ANSIEDAD DE MADRES DE NIÑOS AUTISTAS Y MADRES DE NIÑOS SORDOS. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- 8) Bolton, P y Rutter, M.(1990). GENETIC INFLUENCES IN AUTISM. International Review of Psychiatry. Vol. 2(1), pp.67-80.
- 9) Corman, L. (1901). TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA MEDICO-PEDAGOGICA. Buenos Aires. Kapeluz.
- 10) Cox, A.D., y Cols. (1987). THE IMPACT OF MATERNAL DEPRESSION IN YOUNG CHILDREN. Journal Child Psychology and Psychiatry. Vol. 28, No.6, pp.917-928.
- 11) Davison, G.G. y Neale, J. (1980). PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA ANORMAL. México. Limusa.
- 12) Donenberg, G. y Baker, B.L (1993). THE IMPACT OF YOUNG CHILDREN WITH EXTERNALIZING BEHAVIORS ON THEIR FAMILIES. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol 21.(2) pp.179-198.

- 13) DeMyer, M.(1979). PARENTS AND CHILDREN IN AUTISM.
- 14) Fisman, S. y Wolf, L. (1991). THE HANDICAPPED CHILD: PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF PARENTAL, MARITAL AND SIBLING RELATIONSHIPS. Psychiatric Clinics of North America. Vol.14. pp.199-217.
- 15) Fong, L y Wilgosh, L.(1993). THE EXPERIENCE OF PARENTING AN ADOLESCENT WITH AUTISM. International Journal of Disability, development and education. Vol 40 (2). pp.105-113.
- 16) Gillberg, Ch. (1988). THE NEUROBIOLOGY OF INFANTIL AUTISM. 3er. European Congress: Autism: today and tomorrow. Hamburgo.
- 17) Herrera, R.M. (1988). LA TERAPIA DE LENGUAJE COMO MEDIO PARA DESARROLLAR LA COMUNICACION DEL NIÑO AUTISTA. Tesis de Licenciatura. SEP.
- 18) Huitrón, C.A. (1989). CONFLICTOS PSICOLOGICOS EN LA PAREJA ANTE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y EL EMBARAZO NORMAL. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- 19) James, R. y Morgan, S. (1990). FAMILIES OF AUTISTIC CHILDREN: PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF MOTHERS. THE STRESSES OF PARENTING. Journal of Clinical Child Psychology. Vol 19(4) pp.371-379.
- 20) Kanner, L.(1978). LA PSIQUIATRIA INFANTIL. México. Paidós.
- 21) Kolb, L.C. (1977). PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. México. Prensa Médica Mexicana.
- 22) Kolvin, C.O.(1971). CEREBRAL DYSFUNCTION AND CHILDHOOD PSYCHOSES. Britanian Journal of Psychiatry. Vol. 118 pp. 407-419.
- 23) Kolvin, R.F. y Cols. (1971). PARENTAL PERSONALITY AND ATTITUDE AND CHILDHOOD PSYCHOSES. Britanian Journal of Psychatry. Vol 6 pp.403-406.
- 24) Lluís, F.J.M. (1978). TEST DE LA FAMILIA. Barcelona.

- 25) Mahler, M. (1972). SIMBIOSIS HUMANA: LAS VISCICITUDES DE LA INDIVIDUACION. México. Planeta
- 26) Magargee, E. y Cols. (1976). DINAMICA DE LA AGRESION. México. Trillas.
- 27) Morgan, S.B. (1988). THE AUTISTIC CHILD FAMILY FUNCTIONING. A DEVELOPMENTAL FAMILY SYSTEMS PERSPECTIVE. Journal of Autism and Developmental disorders. Vol 18 (2) pp.413-419.
- 28) Norton, P. y Drew, C. (1994). AUTISM AND POTENTIAL FAMILY STRESSORS. American Journal of Family Therapy. Vol. 22(1) pp.67-76.
- 29) Nuñez, M. (1985). AUTISMO EN EL NIÑO. Investigación docente del Colegio Madrid. México D.F.
- 30) Paluzny, M. (1987). AUTISMO. México. Trillas.
- 31) Padilla, R.M.B. (1994). COMPARACION EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD SEGUN EL FACES II ENTRE FAMILIAS CON Y SIN PACIENTE PSIQUIATRICO. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- 32) Park, C.C. (1979). CIUDADELA SITIADA. LOS PRIMEROS OCHO AÑOS DE UNA NIÑA AUTISTA. México. FCE.
- 33) Pérez de Plá, E. (1987). FUNDAMENTOS ETIOLOGICOS DEL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS INFANTIL. Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatria y Neurología. Morelia.
- 34) Pérez de Plá, E. (1988). INFANCIA Y LOCURA. PSICOSIS INFANTIL Y RETARDO MENTAL. Asociacion Mexicana. AMERPI, Año 1 Vol.1 Febrero.
- 35) Salter, A.M.D. (1980). UNA REVISION TEORICA DE LAS RELACIONES MADRE-HIJO. RELACIONES DE OBJETO, DEPENDENCIA Y APEGO. Hopkins, University.
- 36) Schopler, E. (1988). TRAINING PROFESSIONALS AND PARENTS FOR TEACHING AUTISTIC CHILDREN. 3er. Congress "Autism: Today and Tomorrow". Hamburgo.
- 37) Siegel, S. (1982). ESTADISTICA NO PARAMETRICA. México. Trillas.

- 38) Smalley, S. (1991). GENETIC INFLUENCES IN AUTISM. Psychiatric Clinics of North America. Vol.14 (2) pp.125-139.
- 39) Tustin, F.(1977). AUTISMO Y PSICOSIS INFANTILES. Buenos Aires. Prados.
- 40) Villard, R. (1984). PSICOSIS Y AUTISMO DEL NIÑO. París. Mason.
- 41) Wing, L. (1978). EDUCACION DEL NIÑO AUTISTA. Buenos Aires Prados.
- 42) Winnicott, D.W. (1971). EL PROCESO DE MADURACION DEL NIÑO. Barcelona. Jaia.
- 43) Winnicott, D.W. (1972). EL PAPEL DEL ESPEJO DE LA MADRE Y LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO. Barcelona. Jaia.