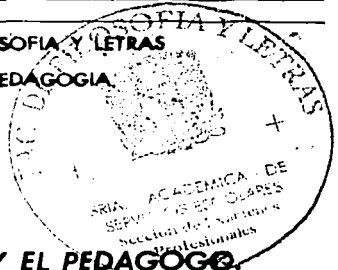


01025
66



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA**



EL NIÑO AUTISTA Y EL PEDAGOGO

FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS



COLEGIO DE PEDAGOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A
MONICA IVETTE MOLINA MARTINEZ

ASESOR: DR. LUIS TAMAYO PEREZ



FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS

MEXICO, D. F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AGRADEZCO...

A Dios,
por darme
todo, además
de la vida.

A tí mamá,
porque lo que
hoy soy, te lo
debo a tí.

A tí Arturo,
que eres el mejor
regalo que la vida
y Dios me han dado.

A tí papá Balta,
por todo lo que
hiciste por mí.

*A la UNAM
y a mis
profesores.*

*A mi asesor
Dr. Luis Tamayo.*

*A mis padrinos
por todo su apoyo
y cariño incondicional.*

*A mi familia y
a todas las personas
que han estado
junto a mí
en todo momento...*

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	I
Capítulo I. ANTECEDENTES.	1
I.1. Primeros casos estudiados.	11
Capítulo II. ETIOLOGÍA.	14
II.1. Trastornos Psicológicos.	16
II.2. Trastornos Genéticos.	19
II.3. Trastornos Orgánicos.	22
II.4. Trastornos Biológicos y Neuropsicológicos.	26
II.5. Complicaciones Ginecobstétricas.	29
Capítulo III. MANIFESTACIONES DEL AUTISMO.	30
III.1. Autismo y El Síndrome de Asperger.	39
III.2. Desarrollo "normal" de un bebé.	40
III.3. Signos Precoces de Autismo.	48
Capítulo IV. UN ENFOQUE PSICOLÓGICO.	55
Capítulo V. TRATAMIENTO.	64
V.1. Tratamientos Bioquímicos.	69
V.2. Terapias Psicológicas.	70
V.3. Terapias Conductuales.	72
Capítulo VI. EL PEDAGOGO Y EL AUTISTA.	82
VI.1. La Planeación del Currículum.	82
VI.2. El Trabajo en el Salón de Clases.	85
VI.3. El Trabajo con los Padres.	89
VI.4. La Formación del Pedagogo y el Autismo.	90
CONCLUSIONES.	92
BIBLIOGRAFÍA.	94

INTRODUCCIÓN

PAGINACION DISCONTINUA

“EL NIÑO AUTISTA Y EL PEDAGOGO”

INTRODUCCIÓN

Mi inquietud por conocer sobre el Autismo fue lo que motivó, en primer lugar, realizar la presente Tesis; además durante la formación que obtuve en la licenciatura, la Educación Especial donde se trabaja con los diferentes trastornos del aprendizaje y del desarrollo, como son: Deficiencia mental, dislexia, problemas visuales, auditivos, de lenguaje, psicomotores y Autismo, entre otros; fue el área que me interesó en mayor medida. Posteriormente, la información que fui obteniendo incrementó este interés por el tema porque, al iniciar la investigación, desde mi punto de vista, no existían suficientes datos sobre el Autismo en los libros de Educación Especial, o bien abordan el tema de forma muy superficial por lo que este trabajo maneja los puntos más importantes para conocer al Autismo de una manera bibliográfica, lo cual incluye libros y artículos de revistas tanto médicas como educativas, psicológicas y de psiquiatría, que son los medios que presentan los descubrimientos más recientes en materia de investigación sobre el Autismo. Además de presentar el papel que el pedagogo desempeña para mejorar el estado de un niño autista.

Por lo cual el trabajo se divide en:

Capítulo I. Antecedentes, el cual incluye el origen de la palabra “Autismo”, cómo fue identificado, así como las aportaciones que diversos autores han presentado a través de los años desde que Kanner y Asperger lo definieron por primera vez. En este sentido es interesante conocer los primeros casos registrados de Autismo; los síntomas encontrados en ellos que los llevaron a diagnosticar a estos pacientes como autistas; además de las medidas adoptadas para tratar de lograr una rehabilitación, así como los progresos o bien los fracasos que se les presentaron en el camino por el desconocimiento del trastorno y que, sin embargo, en algunos casos obtuvieron buenos resultados.

Capítulo II. Etiología, donde se presentan las diferentes causas del trastorno, las cuales pueden ser variadas y, en algunos casos no muy bien definidas, porque requieren de mayor investigación.

Capítulo III. Manifestaciones del Autismo, aquí encontramos los primeros síntomas del trastorno que se presentan a edad temprana; además se incluyen los rasgos del desarrollo normal en un niño menor de dos años y, por consiguiente, las características del trastorno autista que se manifiestan a esta edad, y que nos indican, de manera precoz, la existencia de un problema de Autismo.

Capítulo IV. Un Enfoque Psicológico, en el que se presenta un rasgo importante para el entendimiento del problema del Autismo, porque al presentar también el panorama psicológico que algunos autores han estudiado y su trabajo con pacientes autistas, podemos conocer los diferentes enfoques que se le han dado al Autismo a través de la historia.

Capítulo V. Tratamiento, en este apartado encontramos las diferentes Estrategias de Rehabilitación, las cuales pueden ser bioquímicas, conductuales o psicológicas.

Capítulo VI. El Pedagogo y el Autista, aquí se presenta el papel que el pedagogo tiene dentro del trabajo de rehabilitación que se mantiene con el niño autista; todo esto dependiendo en gran medida de sus características, habilidades o destrezas, así como del Coeficiente Intelectual (CI o IQ) de cada individuo.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

I. ANTECEDENTES

El psiquiatra Leo Kanner (Baltimore 1943) y Hans Asperger (Viena 1944) fueron los primeros en publicar descripciones de casos y de esfuerzos técnicos para explicar el Autismo, en el cual pensaban se producía un trastorno fundamental que ocasiona problemas característicos desde el nacimiento.

El psiquiatra Eugen Bleuler introdujo el término "**AUTISTA**" en 1911 para referirse a un trastorno básico de la esquizofrenia en el cual el sujeto se excluye del mundo exterior encerrándose en sí mismo, además de huir o evitar cualquier estímulo de tipo social.

Las palabras "autismo" y "autista" provienen del griego "*autos*", cuyo significado es "*sí mismo*". Estas palabras en la actualidad se refieren casi en exclusiva para referirse al trastorno del desarrollo llamado Autismo, el cual se escribe con mayúscula, según Uta Frith en su libro "Autismo. Hacia una explicación del enigma".

Asperger ha tenido poca propagación en comparación con Kanner; a pesar de tener una definición más amplia de la "*psicopatía autista*" como el mismo la llamaba, esto por el hecho de que el artículo fue escrito en alemán y fue publicado durante la segunda guerra mundial, de ahí que el trabajo más reconocido es el escrito por Kanner.

El "*Síndrome de Asperger*" se ha dedicado para los casos de Autismo casi normal, en los cuales los sujetos tienen capacidades intelectuales buenas, un CI normal y un buen desarrollo en el lenguaje.

Frith (1991) prefiere no utilizar términos como Autismo Infantil por considerarlo como una diferencia entre el Autismo Adulto, porque para él no existe curación.

Otros autores como Darr y Worden en 1951, Haslam en 1809, Itard en 1801 y 1964 y Vaillant en 1962 ya habían explicado algunos cuadros propios del Autismo, aunque el síndrome aún no estaba identificado.

Después de la descripción de Leo Kanner otros autores como Despert en 1951, Van Krevelen en 1952, Bosch en 1953 y 1970 y Bakwin en 1954 hacen lo propio con niños de similares características. Aunque en años posteriores, se desató una polémica para determinar cuáles de los rasgos son los necesarios para diagnosticar el Autismo.

Para Kanner el "aislamiento extremo y la preocupación por la invariabilidad del entorno" (Eisenberg y Kanner, 1956)¹ eran los dos síntomas esenciales para diagnosticar el Autismo; sin embargo para Rutter la importancia del diagnóstico radica en identificar de manera sistemática los síntomas que se dan de una manera universal y específica en los niños autistas, por lo que en un programa de investigación realizado en 1966 con el fin de identificar estos síntomas y, en conjunto con Lockyer en 1967, lograron definir tres grupos de síntomas que existían en todos o casi todos los niños a los que se le diagnosticó Autismo o bien psicosis infantil.

Los síntomas encontrados fueron los siguientes:

1. "Fracaso profundo y generalizado en el desarrollo de la relación social.
2. Retraso en la adquisición del lenguaje, acompañado de escasa comprensión, ecolalia e inversión pronominal.
3. Conductas ritualistas y compulsivas descritas por Kanner como *preservación de la invariabilidad del entorno*."²

Aunque la controversia continúa en torno a la verdadera combinación de síntomas del Autismo para su diagnóstico e identificación, los diversos profesionales que se dedican al estudio, diagnóstico y tratamiento del Síndrome, se centran en los distintos aspectos del trastorno por lo cual se señalan determinadas conductas, dependiendo esto del propósito con que se va a utilizar el diagnóstico como lo señaló Schopler en 1978. En los años sesenta los dos síntomas que se utilizaban como referencia eran los referentes a la soledad extrema o la dificultad para desarrollar conductas que requieran de una interacción personal, y la insistencia para mantenerse rigidamente inmodificables a los estímulos ambientales.

En la década de 1960 a 1970 algunos autores se dedicaron a realizar observaciones del trastorno, las cuales arrojaron nueva luz a la sintomatología

¹ POLAINO-LORENTE. "Introducción al estudio científico del autismo infantil". España, edit. Alhambra, 1982, p. 1

² OLLENDICK, T. y HENSEN, M. "Psicopatología infantil". España, edit. Martínez-Roca, 1986, p. 177.

del niño autista. Así pues en 1962 Tinbergen enfatizó la falta de contacto ocular; Lovaas en 1965 el retraso intelectual; Makista en 1966 centró su observación a la edad en que se inician las alteraciones; Rutter y Locker en 1967 sintetizaron en tres amplios grupos los síntomas que determinaban al Autismo; Ornitz y Ritvo en 1968 sistematizaron las alteraciones de la psicomotricidad autista y de la percepción; Rendle-Short en 1969 resumió los aspectos criterios para el diagnóstico del Autismo en los siguientes siete puntos:

- * "Elevación del umbral de sensibilidad ante las situaciones peligrosas.
- * Muecas abundantes.
- * Hiperactividad.
- * Risas estereotipadas sin conexión con la situación.
- * Dificultades para jugar con otros niños de la misma edad.
- * Irresponsividad ante estímulos familiares.
- * Gran resistencia a cualquier tarea de aprendizaje.³

De 1970 a 1980 se incorporaron investigaciones de tipo neurológico pormenorizadas y sistemáticas (Corbett, 1977), además de que Kanner en 1972 y DeMyer en 1973 analizaron la importancia que puede llegar a tener la dimensión del desarrollo sobre la patología de la enfermedad; Lotter en 1974 analizó la posible relación entre la epilepsia y el Autismo, Campbell y Rimland en el mismo año, Yuwiler en 1975 y muchos otros más incorporaron sus investigaciones metabólicas, psicofarmacológicas y bioquímicas.⁽⁴⁾

En esta década se incorporaron, técnicas neurofisiológicas y las técnicas de modificación de conducta (TMC), al diagnóstico y tratamiento del Autismo, lo cual es de gran relevancia porque autores como Hutt en el año de 1975,

³ POLAINO-LORENTE, Op. Cit., p. 2

⁴ IBIDEM.

McQuaid en ese mismo año, Ornitz en 1978 y Shagass en 1979 generaron conclusiones que sitúan al Autismo en puntos distintos a los ya conocidos, además de que se demostró que existe rehabilitación para los niños autistas; otros autores como Shapiro y Lovaas con sus trabajos de modificación de conducta, las extensiones de ellas al ámbito familiar y el entrenamiento de padres de Hensley en 1978, Chopler en el mismo año y Polaino-Lorente en 1980 confirmaron la posibilidad de un tratamiento para la rehabilitación de estos niños.

Aunque algunos autores han manifestado habilidades especiales en estos pacientes, las cuales contrastan con el retraso en otras áreas de comportamiento, en un estudio epidemiológico llevado a cabo por Prior en 1976 solamente encontró tres casos de niños con habilidades especiales entre un grupo de más de cien individuos.

En la opinión de Furneaux (1982) se deben considerar siete grupos de niños en los que también aparecen conductas que Kanner menciona para los casos de Autismo Infantil Precoz (AIP), y estos son:

1. "niños sordos e hipotónicos
2. niños ciegos o con visión parcial
3. niños subnormales o infradotados profundos
4. niños con lesión cerebral conocida
5. niños clasificados como psicóticos infantiles
6. niños clasificados como esquizofrénicos infantiles
7. niños con estados demenciales conocidos, detenidos o progresivos y debidos a diferentes causas patológicas."⁵

Para Jerusalinsky los rasgos autistas manifestados por estos niños, dependen de la capacidad de las madres para acercarse a sus hijos con esas limitaciones, lo que produce un alejamiento que debe ser reducido por ellas.

E. Bleuler en 1911 definió el "Autismo" como *"la pérdida del contacto con la realidad que se produce en el proceso del pensamiento del Síndrome esquizofrénico del adolescente y adulto. Este desorden ocasiona gran*

⁵ JERUSALINSKY, A. "Psicoanálisis del autismo". Argentina, edit. Nueva Visión, 1988, p. 26.

*dificultad o imposibilidad para la comunicación y contacto con las demás personas.*⁶ Esta enfermedad esquizofrénica, según señalaba Bleuler, se presentaba a veces desde la infancia.

El término "Autista" se había usado originalmente en psiquiatría como "retraído" o "encerrado en Sí mismo" y su aplicación se utilizaba para referirse a personas retraídas, sea cual fuera la causa de este retraimiento. Aunque se usó más comúnmente para el retraimiento de las personas adultas esquizofrénicas.

Leo Kanner publicó "*Perturbaciones autísticas del contacto afectivo*" en 1943, donde designó "autistas" a los niños que en la edad temprana se encuentran socialmente retraídos aunque en los años siguientes varios modifican su actitud. Aunque esta concepción ha provocado confusiones en diversos autores ya que unos llegan a suponer que cualquier niño es autista por el hecho de ser retraído; inclusive se llegó a suponer que niños autistas pequeños retraídos también eran esquizofrénicos, aunque esto se ha podido desmentir en trabajos posteriores.

Kanner también definió que los niños autistas siempre eran emocionalmente anormales desde el momento mismo de su nacimiento, aunque posteriormente comprobó que existían casos de niños que se habían desarrollado normalmente y hasta los 2 años comenzaban una condición autista. En la actualidad se sabe que el Autismo puede comenzar en los primeros años de vida, aunque es muy raro que un cuadro típico dé inicio después de los 2 años y medio o 3 años.

Aunque Kanner no incluyó niños con evidencias clínicas que se podían detectar como anomalía cerebral, actualmente se ha comprobado que niños con espasmos, esclerosis tuberosa, epilepsia, etc., tienen cuadros completos de sintomatología de Autismo Infantil. Además se descubrió en exámenes posteriores en niños que se consideraban normales físicamente, existía alguna anomalía del sistema nervioso central.

Para Kanner los niños autistas que él veía no eran subnormales mentalmente, pero se ha comprobado que estos niños en su mayoría son retrasados en muchos aspectos, especialmente en los que requieren capacidad para el lenguaje, aunque unos pocos pueden ser muy hábiles en una o dos aptitudes especiales, por lo general, toda su vida funciona en un nivel severamente subnormal.

⁶ LIEN DE ROZENTAL, M. "El autismo: enfoque fonaudiológico". Argentina, edit. Médica Panamericana, 1983, p. 13.

En 1976 Rutter describió la ausencia de contacto visual con las demás personas y la carencia del gesto anticipatorio normal cuando son levantados, éste ya denominado como *amoldamiento del cuerpo* por Margaret Mahler.

El doctor Peter Hobson en 1986 demostró con un trabajo experimental humanista la empatía que manifiestan estos niños; y en 1985 con la utilización de este mismo método, Uta Frith comprobó la falta de imaginación de los niños que padecen Autismo. Y para Frances Tustin estos descubrimientos la ayudaron a comprender a niños autistas ya declarados, porque afirma que estos rasgos son específicos en ellos.

En 1979 el doctor Rutter describió los siguientes síntomas cardinales para diagnosticar el autismo:

- * El hecho de que no desarrollan relaciones sociales.
- * Existe un retardo en el lenguaje ya que unos llegan a ser mudos y otros ecolálicos, es decir que repiten involuntariamente palabras o frases.
- * Y la conducta ritualista y compulsiva que se asocia a gestos y movimientos estereotipados.⁽⁷⁾

Aunque en 1964 Bernard Rimland ya había descrito con detalle los rasgos exteriores del Autismo de la niñez desde un punto de vista conductista, además lo diferenció de la esquizofrenia de la niñez; en 1986 George Victor diferenció de una manera más amplia el Autismo y la esquizofrenia infantil analizando una diversidad de materiales con los que trabajó, entre los que se encuentran biografías de niños autistas hechas por sus propios padres y animales de laboratorio; logrando resumir los síntomas en:

⁷ TUSTIN, F. "El cascarón protector en niños y adultos". Argentina, edit. Amorrotu, 1992, p. 19.

- * "Rituales. Tienen por lo común la función de mantener el autocontrol e impedir que el ambiente cambie; los niños autistas presentan rituales más bizarros que los niños esquizofrénicos, y se aferran a ellos con más tenacidad.
- * Aislamiento. Expone la condición solitaria de los niños autistas, su desapego y su retraimiento.
- * Sensación. Victor describe la visión periférica de estos niños, su sordera aparente así como su desconsideración hacia los sucesos cercanos al mismo tiempo que atienden a los distantes.
- * Sexo. Las excitaciones silvestres de los niños autistas se asemejan a raptos u orgasmos; estos niños son hipersexuales y muy sensuales.
- * Movimiento. A veces hacen girar la cabeza, rechinan los dientes, guiñan los ojos y gesticulan.
- * Sueño. Son comunes las dificultades para dormir.
- * Síntomas variados. Victor refiere la indiferencia de los niños hacia las posesiones, señala que suele desazonarlos ver cosas rotas o incompletas. Expone su pánico ante el cambio más leve y su indiferencia ante los cambios importantes.
- * Síntomas que se presentan en la primera infancia. Victor señala también que de niños pequeñitos y después, se quedan contentos solos durante horas.¹⁸

También en 1975 el doctor Robert Olin diferenció al niño autista del esquizofrénico y del niño que sufre un retardo de base orgánica.

Para Margaret Mahler una perturbación traumática en el estado autista normal de la primera infancia daba como consecuencia el Autismo Infantil.

¹ IBIDEM, p. 20-21.

Kanner circunscribió el Autismo Infantil Precoz dentro del grupo más grande de la esquizofrenia en los niños. Aunque la incapacidad para relacionarse con las demás personas y las cosas desde su nacimiento mismo, distingue a los niños que padecen Autismo de los que padecen esquizofrenia infantil, porque éstos últimos, aunque muestran un retraimiento para participar en las relaciones sociales, con anterioridad sí existían estas relaciones.

Kanner describió un subtipo de Autismo en 1949, en el cual los niños que hasta los 18 ó 20 meses tenían un desarrollo normal, posteriormente se retraían, detenían su desarrollo, perdían el lenguaje y reducían sus actividades normales. Kanner opinó que al desarrollar su sintomatología no se podía distinguir entre los niños que padecían el síndrome al que llamó "*Autismo secundario*", el cual aparece en el segundo año de vida del niño y los que manifestaban los síntomas autistas antes de esta edad.

En 1979 Fish y Ritvo opinaron que existía demasiada insistencia en los clínicos sobre los síntomas de retraimiento y esterotipia por lo que se diagnosticaba con mucha liberalidad Autismo a niños que se encontraban seriamente retardados con trastornos cerebrales orgánicos; como anteriormente Kanner lo había hecho notar.

Para Mahler y sus colaboradores de 1949 a 1955 diferenciaron al Autismo del Síndrome "*psicosis simbiótica de la niñez*".⁽⁹⁾ Ya que en el Autismo el bebé nunca reconoce a la madre como un ser representante del exterior, en cambio en la Psicosis Simbiótica de la Niñez el bebé sí ha desarrollado una relación madre-hijo aunque no se produce posteriormente la representación de la madre diferenciada del sí-mismo. Porque, en el Autismo los síntomas en los que la falta de percatación y de respuesta se manifiestan desde las primeras semanas de vida del bebé, a diferencia de la afección simbiótica que los síntomas se presentan cuando existe separación física de la madre y la maduración del "yo".

Para Kanner, los casos de niños a los que describió como "*Autismo infantil precoz*" presentaban diversos síntomas aunque tenían "*puntos comunes muy específicos*". Estos trastornos eran "innatos" en el contacto afectivo, además de trastornos de comunicación y reacciones al medio ambiente. Kanner afirmaba que estos trastornos no tenían relación con otras afecciones médicas ni presentaban deficiencia mental.

⁹ MASSIE, H y ROSENTHAL, J. "*Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida*". Argentina, edit. Paidós, 1986, p. 26.

Al principio afirmó que los padres de estos niños presentaban una personalidad fría así como un nivel profesional y escolar alto, por lo que dio la teoría de la "madre refrigerador". Deperet en 1956 y Bettelheim en 1967 entre otros, atribuyeron a esta personalidad de los padres la perturbación que sus hijos mostraban; aunque esto fue controversial ante el hecho de que padres de niños autistas son justo igual de cálidos y atentos como los padres de niños no autistas.

Muchos clínicos e investigadores opinaban que el Autismo era una manifestación temprana de la esquizofrenia, entre ellos Bender en 1947.

En las décadas de los años cincuenta y sesenta, aunque se realizaron terapias para los padres e hijos, el progreso fue muy limitado; y los niños con un lenguaje deficiente y un CI bajo progresaban muy poco durante el tratamiento. Los niños con Autismo presentaban muchas diferencias con los que sufren esquizofrenia por diversos factores como son: antecedentes familiares, evolución, rasgos clínicos, entre otros.

Para la década de los años setenta se comenzó a sugerir una relativa mayor importancia de los factores biológicos, en comparación con los psicológicos.

Nuevos trabajos sobre Autismo han establecido que la mayoría de los niños que lo padecen presentan retraso mental y las puntuaciones del CI no sufren modificaciones a lo largo del proceso de socialización y mejoramiento del comportamiento del niño.

También se ha establecido que la ecolalia, que en un principio se definió como una forma de rechazo a la comunicación, ahora se considera como una tentativa "*para provocar o mantener un tipo de comunicación*", según Prizant y Schuler (1987)

Volkmar, Hoder y Cohen en 1985 sugieren que los niños con Autismo se adaptan a las demandas que pueden entender del mismo modo que responden correctamente a ellas y no rechazan de manera intencional realizar los actos que se les indicaban.

McAdoo y DeMyer en 1978; Andrews y Strupp en 1979; Wing, Schopler y sus colaboradores en 1980, así como Ishii y Takahashi en 1983 realizaron estudios sobre el nivel educacional y profesional en los padres de niños con Autismo, con los cuales se demostró que éstos pueden provenir de cualquier clase social y de cualquier modelo cultural; con lo que se erradicó la

idea sobre que los niños autistas eran de familias únicamente de clase social alta y con frios padres profesionistas.⁽¹⁰⁾

Factores como la psicopatología manifiesta de los padres o las prácticas educativas no son de manera distinta a la que padres de otros niños presentan, por lo que la interacción padre-hijo que manifiestan modalidades no habituales, muy probablemente sea por la anormalidad del niño y no por la desviación en la conducta de los padres.

El psicólogo americano Lightner Witner describió en 1920 una técnica para tratar de educar a un niño con graves perturbaciones que ahora conoceríamos como Autismo. Desafortunadamente tuvo que pasar un lapso de tiempo para que se aceptaran las técnicas Witner para educar a niños con estas características y se desarrollaran en una educación terapéutica.

La mayor importancia que se le da a la aportación de Kanner al tema de los graves trastornos en la infancia, es el hecho de que aisló el síndrome del Autismo de la psicosis y la subnormalidad.

Para Bleuler el Autismo era la manera para evitar contacto con la realidad y de esta forma vivir en un mundo de fantasía; además Bleuler aisló el Autismo y la perturbación de las asociaciones como los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Incluso manejó al Autismo como mecanismos que se podían presentar en personas normales, pero que éstas podrían corregir sus aberraciones ilusorias, por lo menos para ellas mismas.

En 1962 y 1970 Bosch afirmó que en la esquizofrenia existen al menos dos variedades clínicas lo cual hace más complejo el uso del término "Autismo".

Kretschmer en 1942, indica que estas variedades, a las cuales llamó variedad "*<<hiperestética>> o de Hölderlin*", pueden estar presentes al mismo tiempo, por lo que en el paciente no existen respuestas afectivas.

Gruhle opinaba que existe la posibilidad de que el Autismo sea causado porque el paciente padezca un trastorno cognitivo. También se pensó que el Autismo del Síndrome de Kanner era lo contrario al Autismo de Bleuler, debido esto a la confusión que causó el no darse cuenta en qué momento se utilizaron de diferente manera ciertos términos.

Según Frith no se puede diagnosticar únicamente por "*un solo conjunto de criterios comportamentales*"; y esta verdad se pudo comprobar esperando que la primera generación diagnosticada con Autismo se hiciera adulta, ya que

¹⁰ TANOVE, Y.; ODA, S. "Weaning time of children with infantile autism". En "*Journal of autism and developmental disorders*". New York y Londres, Vol. 19, núm. 3, edit. Plenum Press, Sept. 1989, p. 432.

la "soledad autista" no se encuentra después de los cinco años porque se presenta de maneras más sutiles a través de toda la vida en un paciente con Autismo.

I.1. Primeros casos estudiados.

- ◆ El médico francés J. M. G. Itard, en 1799 se hizo cargo de un niño de aproximadamente 12 años de edad, conocido como Víctor "*El Niño Salvaje de Aveyrón*", que se localizó en los bosques viviendo en estado salvaje. Itard suponía que su comportamiento anormal se debía a que había vivido sin contacto humano, aunque otro médico de la época llamado Pinel opinaba que Víctor era retardado mental grave desde su nacimiento.

Tiempo después se observó que Víctor actuaba como un niño autista, aunque unos suponían que por el hecho de haber sido abandonado en el bosque y, al no tener contacto con la sociedad, no se le hayan podido desarrollar manifestaciones emocionales hacia otros seres humanos; aunque parece más probable dadas las características que presentaba, que además de lo anterior, Víctor padeciera Autismo por lo cual se dificultaba su manejo.

Víctor fue cuidado por madame Guérin y educado por Itard ideando métodos, los cuales describe detalladamente y, aunque el niño no aprendió a hablar ni llegó a ser normal, sí existió un mejoramiento notable en su conducta social.

Aunque las investigaciones de Itard fueron continuadas por Seguin, el cual tiene influencia en Montessori, que desarrolló y preservó la educación terapéutica en base a los principios descubiertos por Itard, no fueron entendidas las diferencias entre la naturaleza de la condición de Víctor y la de niños "idiotas".

Harlan Lane opinó que Víctor podía padecer Autismo, aunque al final rechaza esta posibilidad por ciertas conductas del paciente, pero estas actitudes se pueden presentar en niños autistas de mayor edad.

El primer artículo científico escrito en relación al caso de Víctor fue en 1800 por el profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron, el distinguido abate Pierre-Joseph Bonnatere.

Edouard Seguin uno de los fundadores de la psicología como ciencia, el promotor de la frenología Franz Gall y otras autoridades al examinar, en los últimos años de vida a Víctor, concluyeron que era un "auténtico idiota" semejante a pacientes con deficiencia mental desde su nacimiento.

Itard logró un lenguaje funcional a base de signos para que Víctor se comunicara, ya que continuó siendo mudo y jamás aprendió los valores sociales básicos, ni manifestó amistad, ni compasión, ni turbación; además de que mostró un gran egoísmo. En la actualidad todas estas características se encuentran presentes en los adultos que padecen Autismo.

Víctor vivió con madame Guérin hasta su muerte con más de 40 años de edad.

- ◆ Haslam en 1809 ya había descrito un caso con características autistas en un niño que fue admitido en 1799 en el Bethlem Royal Hospital, aunque solamente se publicó por lo interesante de la conducta de este niño y no fue sino hasta 1962 que Vaillante leyó lo escrito por Haslam que se formuló un diagnóstico.
- ◆ En 1919 Lightner Witmer, psicólogo norteamericano, describió en un artículo el caso de un niño de 2 años y 7 meses llamado Don, el cual se comportaba como autista y, que al ser aceptado en la escuela especial de Witmer con una enseñanza individual, en un periodo prolongado, lo compensó de sus desventajas.
- ◆ En 1921 Darr y Worden estudiaron el caso de un niño de cuatro años en el hospital Johns Hopkins; el mismo en donde Leo Kanner veinte años después describió por primera vez el Autismo Infantil.

- ◆ Leo Kanner trabajó con 11 niños, los cuales manifestaban rasgos de conducta que no eran típicos en otros estados mentales, además de que se presentaban en la mayoría de estos niños.

“Estos rasgos incluían: incapacidad durante la infancia para adoptar una postura de anticipación previa a ser cogido en brazos, incapacidad para usar el lenguaje para comunicarse, una excelente memoria mecánica, ecolalia retardada, incapacidad para usar conceptos abstractos e inversión pronominal, un deseo angustioso de que todo se mantenga igual, monotonía en la actividad, tendencia al pánico o a la excitación en situaciones insólitas, una ignorancia aparente de los demás, incapacidad para jugar de forma imaginativa con juguetes o con otros niños y, junto a todo lo anterior, una apariencia de serios trastornos intelectuales unidos a un desarrollo físico normal”.¹¹ “El curso de este estado mostraba una tendencia a mejorar, particularmente después de los 6 años de edad pero todos los niños continuaban manifestando graves limitaciones.”¹² Además de la soledad autista extrema.

¹¹ WING, L. “Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos”. España, edit. Santillana, 1982, p. 27.

¹² IBIDEM. p. 28.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA

II. ETIOLOGÍA

Rápín en 1988 afirmó que: "*autism is no more a disease than dysphasia or dyslexia, it is a syndrome or symptom-complex that may have any one of multiple etiologies*"¹³ (autismo no es más una enfermedad de disfasia o dislexia, este es un síndrome o síntomas complejos que pueden tener cualquiera de múltiples etiologías). Con lo cual y por las últimas investigaciones a este respecto, se sostiene que existen diversas causas por las cuales se desencadenan los síntomas de este síndrome, pero diversos estudios encaminados a identificar estas causas proveen de mecanismos para trabajar con un tratamiento adecuado y tratar de alguna manera de prevenir su desarrollo. Fejerman et al en su libro "Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo", afirman que la sintomatología del Autismo indica la localización de la patología en el cerebro, más aún que la propia etiología.

En un estudio realizado por Gallagher, Jones y Byrne, presentado por el "Journal of clinical psychology" en el mes de noviembre de 1990 titulado: "A national survey of mental health professionals concerning the causes of early infantile autism"; los autores señalan que el Autismo Infantil se deriva de un fenómeno biológico como imbalance bioquímico, herencia genética, lesión cerebral, disfunción metabólica, factores prenatales y mutación cromosomal, en este orden. Factores en el contorno psicológico, tales como padres fríos y privación materna, no aparecen para ser tomadas muy seriamente en una era en la cual el Autismo infantil es vista claramente como un problema biológico, con manifestaciones psiquiátricas.

En "Case study: Deterioration, autism, and recovery in two siblings", Perry et al, declaran que una neurogénesis prenatal, migración neuronal y un exceso de eliminación de neuronas en el estado postnatal, pueden ser influencias genéticas o factores extrínsecos que dan como resultado un deterioramiento autista.

Por otra parte, en el artículo "Studies in infantile autism", presentado en el "Child psychiatry and human development" en 1989, se presenta la definición dada por el Dr. Ritvo y Chairman para Autismo, en la cual se determina como: una incapacidad severa a lo largo de la vida, una inhabilidad

¹³McKINLAY, I. "Autism: The paediatric neurologist's tale". En "The british journal of disorders of communication". Inglaterra, vol. 24, núm. 2, edit. Cole and Qhurr, Agosto, 1989, p. 202.

en el desarrollo, la cual aparece típicamente durante los primeros 3 años de vida. Esto ocurre aproximadamente entre 5 de cada 10,000 nacimientos y es 4 veces más común en niños que en niñas. Todo esto ha sido encontrado por todo el mundo en familias de todas las razas, etnias y fondo social. Este promedio coincide con los resultados obtenidos por medio de un escudriñamiento realizado también en 1989 por la U.C.L.A. y la Universidad de UTA, en el cual se estimó que el Autismo afecta a 4 de cada 10,000 personas en los Estados Unidos, y por los reportes dados por American Psychiatric Association en 1994-1995 en el que afirma que existen de 2 a 5 casos por cada 10,000 nacimientos, por lo que el conocimiento de sus causas es un problema social y una urgencia psiquiatra.

El siguiente cuadro muestra la población que padece Autismo en México, así como su edad: (*)

De 6 a 24 años.	3,351 personas.
De 25 a 44 años.	1,873 personas.
De 45 a 64 años.	0 personas.
TOTAL	5,224 personas.

De acuerdo con The American Psychiatric Association, el Autismo se da en 3 ó 4 veces más en niños que en niñas y con mayor riesgo de presentarse en los hermanos/as de los sujetos que lo padecen. Además de que según Castañedo (1998) uno de cada seis casos logran una adaptación adecuada, por lo que pueden vivir de forma casi independiente y trabajando productivamente. Uno de estos seis tiene una adaptación moderada y los dos tercios restantes no alcanzan la capacidad suficiente para vivir independientemente.

Los siguientes trastornos pueden ser las causas que desencadenan al Autismo:

* Fuente: Instituto Nacional de Estadística. www.inec.es.

II.1. Trastornos psicológicos.

En la primera infancia existe una fase autista normal en la que el niño establece la base de su identidad personal por medio de su imagen corporal. En este estadio el niño tiene capacidad de respuesta, aunque no tiene una conciencia de que el otro se encuentra separado de sí mismo. Esto se presenta cuando existe la ruptura de la unión umbilical con la madre, pero este rompimiento se compensa con la conexión sensorial del pezón del pecho, así pues el bebé no tiene necesidad de adaptarse, ya que *“las sensaciones en su boca son el pecho, sus propios ritmos corporales crean una idea autosensual de la “madre”*¹⁴ por lo que no se siente ni separado ni diferente de ella. Las actividades o fenómenos transicionales entre la madre y el niño que suceden en el proceso de adaptación, ayuda a éste a tolerar a la madre “no/sí mismo”. Por lo tanto el niño debe desarrollar su “yo” en la medida en que experimenta el “no/sí mismo”.

Ahora bien, la base para las relaciones emocionales (sensaciones de una vida emocional satisfactorias), puede perturbarse si el Autismo primario permanece sin alteraciones y por un tiempo anormalmente largo, o bien cuando es perturbado en una edad en que el “yo incipiente” aún no puede hacer frente a la tensión o no recibe ayuda para soportarla. Según Tustin el círculo vicioso del Autismo patológico que se pone en marcha cuando existe una perturbación en la sensualidad primaria del niño, provoca una inhibición o perturbación en las percepciones.

Tustin afirma que en el desarrollo normal del niño la comprensión de que deberá adaptarse y amoldarse al mundo, se lleva a cabo al abrigo de la *“matriz posnatal”*, por lo que es menos duro el darse cuenta de que el no lo “crea”; el vínculo primario es facilitado por el estado de capacidad de respuesta hipersensibilizada que tiene el recién nacido a las situaciones sensoriales. Por lo tanto, si este vínculo es perturbado, el niño queda desprotegido ante los riesgos que amenazan la hipersensibilidad de la primera infancia, lo cual magnifica cualquier experiencia haciéndola intolerable para él. Así pues, el niño psicótico enfrenta demasiado pronto los conflictos con el mundo real, lo que produce la sensación de haber perdido una parte de su cuerpo, originando reacciones autistas patológicas para enfrentar el estado aparentemente dañado de su cuerpo. Tustin además declara que por diversas

¹⁴ TUSTIN, F. *“Estados autísticos en los niños”*. Argentina, edit. Paidós, 1987, p. 25.

razones se presentan reacciones patológicas autistas que de alguna manera impiden el desarrollo del niño, de tal forma que la hipersensibilidad presente en la primera infancia no sufre cambio alguno. Por lo cual no está de acuerdo con autores como Bettelheim y el mismo Kanner, los cuales afirman que el Autismo se presenta por ser niños con una gran capacidad de respuesta, pero que sus madres son muy frías y que tienen muy poco o ningún contacto con sus hijos; e inclusive que las madres con algún conflicto afectan a su bebé, por lo cual este reacciona aislándose y, que al no acercarse ella de manera cariñosa, sino que al contrario existe rechazo, el niño manifestará conductas autistas. Tustin también se encuentra en desacuerdo con autores que afirman que la baja capacidad de respuesta de estos niños es innata.

Por otra parte afirma que algunos niños se encuentran en un estado de confusión por pertenecer más tiempo de lo normal con la ilusión de una madre autosensual y siempre presente, lo cual es alterada tardíamente y de una manera intolerable. También sostiene que:

“Por una gran variedad de razones, diferentes en cada niño e intrínsecas a su constitución orgánica, estos niños se han retirado a la fortaleza sensual de su cuerpo y han quedado aislados de las influencias exteriores.”¹³

El Autismo es pues, según Tustin, una reacción de autoinmunidad psicósomática para rechazar o aniquilar las experiencias “no/sí mismo”. Así pues, el niño se retrae de la madre “no/sí mismo” por relacionarla con fenómenos tales como eyaculaciones involuntarias que son el sudar, escupir, orinar y defecar; experimentadas por el niño como “implosiones y explosiones”.

Cuando existe un exceso de reacciones de autoinmunidad estas impiden al niño recibir los cuidados que su madre le puede brindar; quedando aislado de las influencias exteriores encerrándose en la sensualidad de su cuerpo. Paulatinamente, se cierran en un estado de aislamiento dominado por sus idiosincrasias y estereotipias (psicótico), van perdiendo el contacto con la realidad que pudieran compartir con los demás seres humanos. La “Negación” y la “Confusión” son los tipos principales de reacción patológica cuando se

¹³ IBIDEM. p. 30.

retiran del mundo exterior “no/sí mismo” para seguir viviendo en su autosensualidad.

Los niños psicóticos y su madre no han desarrollado en absoluto su “vínculo”, o bien éste se encuentra obstaculizado porque los miembros de la pareja se encuentran confundidos y enredados. Esto produce, según Tustin en su libro “Estados autísticos en los niños”:

“reacciones automáticas masivas con el objetivo de bloquear la conciencia de una madre “no/sí mismo”. Se intensifican las actividades autosensuales para preservar la ilusión de a) la fusión o b) la confusión con la madre. Estas actividades autosensuales se vuelven idiosincrásicas porque se impide su modificación por influencias externas. También se vuelven rígidas a inalterables en una medida anormal. Así se desencadena el autismo patológico.” (p.28-29).

Por otra parte, Tustin comparte las comparaciones que Stein y Fordham sugieren sobre las reacciones de autoinmunidad psicósomáticas para rechazar o destruir las experiencias “no/sí mismo”, como las reacciones inmunológicas en las que el cuerpo rechaza o destruye tejidos extraños. Además afirma que, las reacciones de autoinmunidad psicósomáticas dañan tanto el desarrollo psicológico como al cerebro de una manera orgánica. Comprobado esto en investigaciones en monos postmortem, en los que no se les permitió la experiencia sensorial de contacto con sus madres cuando eran recién nacidos, lo cual provocó que las dendritas neurales del cerebelo se atrofiaran.

11.2. Trastornos Genéticos.

Debido a la presencia de rasgos esquizoides en los padres de niños autistas, se puede hablar que existe un factor genético en su etiología y esto aparece en algunas familias; aunque el “buen funcionamiento” del síndrome manifiesta que ambos padres pueden estar afectados. Narayan et al en el artículo “Family characteristics of autistic children” presentado en el “Journal of autism and developmental” (1990), sostienen que estos niños pueden indicar un factor etiológico que podría ser una predisposición genética para rasgos esquizoides en la personalidad.

August, Stewart y Tsai en 1981 encontraron desórdenes en el lenguaje o en la lectura, así como incapacidad mental en un 15% en hermanos de niños autistas. El riesgo de recurrencia empírica que fue ampliamente investigada en 1982 por Gottesman, Shields y Hanson fue del orden de entre el 1 y el 2%, comparada con la frecuencia de 1 caso encontrado en una población de 2,500. Según Super y Donnai en 1986, el riesgo de que hermanos de un niño autista sufran un incapacidad mental inexplicable es de 1 en 10⁽¹⁶⁾, esto ya había sido investigado en 1985 por Baird y August en niños autistas con niveles de IQ sobre 70.⁽¹⁷⁾

Resultados dados por Folstein y Rutter basados en un “estudio de control familiar” realizado en 1981 y en uno hecho a gemelos, indican que los genes del Autismo pueden expresarse como tal en un niño y como un deterioramiento cognitivo en un hermano o bien en sus padres. Esto podría indicarnos que, un IQ bajo representaría que esa persona puede estar “afectada” en sus genes con un probable Autismo. Sin embargo, según un estudio conducido por Ritvo y sus colaboradores en 1989 esta probabilidad ya puede ser determinada como lo mencionan Szatmari y Jones en su artículo “IQ and the genetics of autism” presentado en el “Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines” (1991).

Folstein y Rutter en 1977 argumentaron que el “autismo genotípico” se expresa por sí mismo como un “desorden del lenguaje” únicamente; pero que, combinado con otro evento, como daño cerebral perinatal, puede dar como resultado Autismo.

¹⁶ McKINLAY, I., Op. cit., p. 203.

¹⁷ NARAYAN, S. et al. “Family characteristics of autistic children” En “Journal of autism and developmental”. New York y Londres, vol. 20, núm. 4, edit. Plenum Press, Dic. 1990, p. 529.

También se menciona que el Autismo puede depender de un sólo gen, pero el bajo CI que se presenta en algunos casos es debido a poligenes independientes, aunque las causas más comunes de retraso mental conocidas, como Síndrome de Down y parálisis cerebral, son raras en niños autistas. Por lo tanto, la asociación que puede haber entre retraso mental o bajo IQ y Autismo es complicada, además de que hallazgos de Webb, Bunday, Thake y Todd en 1986 sugieren que el Síndrome del X-frágil puede ser la causa más común de retraso mental después del síndrome de Down, afectando a 1 persona de 1,000 en la población en general; aunque se estima que el Síndrome del X-frágil tiene una recurrencia mayor en niñas ya que se presenta en 1 de 677 nacimientos, mientras que en niños existe 1 en 1,060.

En estudios hechos por Gillbert en 1983, August y Lockhart en 1984 y Folstein en 1985, sugieren que el desorden del Autismo es el resultado de una mutación cromosomal como es el síndrome del X-frágil.

Investigadores como Brown, Fish, Fryns y otros, hacen notar que varones con el síndrome del X-frágil después son diagnosticados como autistas y recíprocamente, en inspecciones de investigadores como Blomquist y Watson a varones con Autismo, han descubierto la presencia del cromosoma X-frágil. Sin embargo existen diferencias en los diagnósticos, por lo cual continúa la controversia para considerar que existe esta relación entre Autismo y el cromosoma X-frágil.

En un estudio realizado por Kerby y Dawson se comparó a los varones con X-frágil con un grupo control y los resultados indicaron que no existía diferencia en términos de nivel de inteligencia o en el nivel de conducta adaptativa, aunque los varones con X-frágil mostraron más facciones de Autismo, esquizoides y esquizotipales.

De cualquier manera, es más común que los individuos con X-frágil tengan manifestaciones autistas y sean comparables en su déficit intelectual y su conducta adaptativa con pacientes autistas que la gente con retraso mental, según el estudio de Kerby y Dawson presentado en el artículo "Autistic features, personality and adaptive behavior in males with the fragile X syndrome and no autism".

Gillberg y Wahlström en 1985, indicaron que la anomalía del X-frágil se presenta en un 25% de individuos autistas. Fish en 1989 sugiere que la aparentemente fuerte asociación proviene porque la anomalía es un factor etiológico específico para Autismo, lo mismo que una causa de incapacidad mental. También Hagerman, Jackson, Levitas, Rimland y Braden en 1986

indicaron que el Autismo y conductas autistas son comunes en individuos con el síndrome X-frágil, mientras que Reiss y Freund en 1990 declararon que la anomalía del X-frágil provee un modelo genético para un subtipo de Autismo.

Piven en 1991 detectó la anomalía en 2 de 65 varones autistas y ninguno en 10 niñas, aunque la diferencia en rangos entre los sexos no es estadísticamente significativa, según Cohen en 1989, una interpretación conservadora de los datos sostenidos es que la anomalía del X-frágil es igualmente común entre individuos hombres y mujeres autistas. Aunque Bailey et al en su artículo publicado en 1993 por el "Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines", titulado "Prevalence of the fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons", afirman que la similitud de los descubrimientos concluyen que la anomalía del X-frágil solo acontece en una pequeña proporción en Autismo por influencia genética.

Muchos reportes en la literatura citogenética han notado duplicaciones en el cromosoma 15q11-13 en individuos con pensamiento autista, según Wisniewski, Hassold, Heffelfinger, Higgins en 1979 y Schinzel en 1981; sin embargo, no fueron incluidos en estos reportes descripciones conductuales detalladas y diagnósticos estandarizados con criterios por Autismo.

Por otra parte, Baker, Piven, Schwartz y Patil en su artículo "Duplication of chromosome 15q11-13 in two individuals with autistic disorder", describen a 2 niños con desorden autista y duplicación del cromosoma 15q11-q13, lo cual confirmaron usando técnicas de citogenética molecular, y estos resultados son consistentes con estudios hechos con anterioridad por Wisniewski en 1979, Schinzel en 1981 y Gillberg en 1991, lo que reportó la presencia de una duplicación del cromosoma 15(pter-q13) en individuos autistas. Ante todo lo anterior los autores sugieren que esta región puede tener un significado etiológico en algunos casos de Autismo.

II.3. Trastornos Orgánicos.

Algunos niños nacen con cerebros normales, muestran una conducta normal pero pueden llegar a sufrir un daño cerebral, por lo que llegan a desarrollar conductas autistas o bien el Síndrome de Asperger.⁽⁹⁾

En el "Developmental medicine and child neurology", White y Rosenbloom (1992) sugieren que un mal funcionamiento o bien una malformación de la estructura del lóbulo temporal, en especial cuando esta se presenta durante el desarrollo temprano y en el hemisferio cerebral dominante, puede ser correlativo en el desarrollo de conductas autistas. Wang et al. indican que en muchos casos de Autismo, aunque no en todos, se presentan anomalías neocerebrales.

Leiner et al (1989), indicaron que en adultos con el X-frágil, encontraron un defecto neurocerebelar, el cual fue muy semejante al defecto estructural reportado en pacientes con Autismo. En otras investigaciones, se sugirió que la anomalía cerebral puede ser a causa de un componente del sistema neurobiológico, que es importante en el desarrollo de los desórdenes sociales y del aprendizaje, porque técnicas modernas han provisto de evidencia preliminar en la que el cerebelo humano participa en algunas funciones cognitivas, del lenguaje y del aprendizaje, más allá de la expresión motora del habla. El aprendizaje para hablar el lenguaje humano requiere de un procesamiento cognitivo y de motor, en el que el procesamiento cognitivo formula las palabras para ser habladas y el procesamiento motor actualiza este lenguaje en forma de habla. Así pues las funciones cognitivas adicionales del cerebelo incluyen el procesamiento cognitivo de las palabras del lenguaje humano para lo cual el cerebelo lateral contribuye de manera evidente.

El neocerebelo anormal se muestra como una causa de Autismo, por lo que se sugiere que ésta anomalía puede deteriorar las funciones cognitivas, y aunque una mutación genética comúnmente se relaciona con retraso mental, también puede provocar que se afecte selectivamente el neocerebelo.

En estudios con Resonancia Magnética se ha mostrado el cerebelo defectuoso de algunos pacientes autistas, así como también en algunos niños con inhabilidades en el aprendizaje. Además de que en algunos tests neuropsicológicos detallados de adultos, se han mostrado que los déficits

⁽⁹⁾ El Síndrome de Asperger se menciona en el Capítulo III Manifestaciones del Autismo, p 39.

cognitivos se asocian con una disfunción cerebelar. En el artículo "A comparison of hemispheric asymmetries in speech-related brain potentials of autistic and dysphasic children", presentado por Dawson et al (1989), donde se indica que Arnold y Schwartz en 1983, así como otros autores con anterioridad, y de acuerdo con los resultados de sus estudios, concluyeron que la mayoría de los sujetos autistas con los que trabajaron, presentaban una simetría hemisférica anormal; ante lo cual declararon que el Autismo puede deberse a la falta de simetría o a la dominancia del hemisferio derecho para el habla.

En este mismo artículo se presentó el estudio realizado por Dawson et al, realizado en 1982, en el cual se reportaron modelos atípicos de activación hemisférica hechas por un grupo autista únicamente durante tareas tradicionales mediadas por el hemisferio izquierdo; estas son las relativas al lenguaje y tareas de imitación motora, mientras que la activación hemisférica normal se presentó durante la realización de tareas relativas al hemisferio derecho, como las tareas visoespaciales.

Aunque es posible que una relación entre asimetría hemisférica y habilidad del lenguaje fundada por Dawson et al (1986), puede ser característica de todos los desórdenes en el desarrollo del lenguaje y no específicamente del Autismo; ya que en su estudio fundamentó que la mayoría de los individuos autistas y disfásicos mostraron más actividad en el hemisferio derecho que en el izquierdo; por lo que concluyó que en el Autismo una activación mayor en el hemisferio derecho puede interferir en el desarrollo normal en el proceso del lenguaje.

Por otra parte, Markowitz en 1983 indicó que una posible causa de Autismo, es un imperfecto sistema inmune que es incapaz de atacar ciertos virus congénitos, tales como el herpes, la toxoplasmosis y la rubéola.

La incidencia de rubéola en niños autistas es excesivamente alta si se compara con la población normal que la ha padecido (de 412 casos por cada 10,000 contra 2 a 4 casos por cada 10,000), lo cual sugiere una relación específica entre el virus de la rubéola y el desarrollo del Autismo. Ches sugiere que una invasión del virus de la rubéola en el sistema nervioso central puede dar como consecuencia el desarrollo del Autismo, de la misma manera que la encefalitis viral puede producir disturbios conductuales autistas.

Además de que niños cuyas madres tuvieron rubéola durante el embarazo, tienen una probabilidad significativa de ser autistas; y se dice que son niños que padecieron "rubéola congénita". Ches en el año de 1977,

reportó un incremento en la incidencia de Autismo en niños con éste padecimiento. De tal forma que, cualquier daño cerebral incluyendo el producido por el virus de la rubéola, incrementa el riesgo de que se desarrolle una conducta y una carrera cognitiva que se puede establecer como Autismo.
(18)

La Fenilcetonuria es un trastorno metabólico en el que el hígado del paciente no es capaz de transformar la fenilalanina en tirosina, lo cual provoca un severo deterioro en el sistema nervioso central. Cuando el bebé debe realizar esta función es cuando puede producirse el daño, ya que antes de nacer el hígado de la madre asume esta función, por lo cual el feto no se daña por este error metabólico, el cual produce con frecuencia que se presenten características del síndrome autista como trastornos de la conducta y diversos signos neurológicos, además de un retraso severo en el desarrollo psicomotor. Este trastorno solo se puede detectar por medio de análisis de laboratorio; según afirma Rosa Corzo-Suárez en su artículo: "Aspectos metabólicos como posibilidad diagnóstica y terapéutica".

Como causa de Autismo también se ha manejado la Esclerosis Tuberosa, la cual es un desorden autosomal dominante caracterizado por tumores benignos (hamartomas) y malformaciones (hamartias) de uno o más órganos, lo cual es notablemente mayor en el sistema nervioso central, el cutis, la retina, los riñones y el corazón. Una heterogeneidad genética es evidente en Esclerosis Tuberosa Compleja según Gómez y Johnson en 1991, ya que sugirieron que los genes a lo largo de los tallos del cromosoma 9 y posiblemente en el 11 la producen. Aunque no ha sido identificado un criterio clínico específico, existe una variación fenotípica en la Esclerosis Tuberosa Compleja, pero aún se requiere diferenciar subgrupos genéticamente homogéneos.

Estudios realizados por varios autores como Riikonen y Simell en 1990, afirmaron que existe una significativa asociación de Autismo y Esclerosis Tuberosa Compleja basado en el incremento de la frecuencia de Autismo sobre sujetos con la enfermedad, (frecuencias variadas desde 17 a 58%) comparada con la población en general (frecuencia aproximadamente de 0.05%) y comparada con una población con espasmos infantiles pero que no padecen Esclerosis Tuberosa Compleja (aproximadamente del 12%).

También estudios de Gómez en 1988 y Osborne en 1991, mostraron una incrementada frecuencia de sujetos con Esclerosis Tuberosa Compleja entre

¹⁸ PRIOR, M. "Biological and neuropsychological approaches to childhood autism" En "Annual progress in child psychiatry and child development". New York, edit. Brunner/Mazel, 1988, p. 500.

sujetos autistas, esto comparado con la población en general que tiene una frecuencia de 0.01% con Esclerosis Tuberosa Compleja.

Como causas de Autismo además se manejan: la meningitis, encefalitis y otros daños encefalopáticos según estudios de DeLong, Bean, Brown que reportaron en 1981 a tres niños con síndrome autista asociado con daño por enfermedad encefalopática, uno de estos ellos presentaba una infección viral de herpes simple o citomegalovirus. Stubbs, Ash y Williams en 1984 asociaron una infección por virus citomegalo congénito en 2 casos estudiados de Autismo Infantil; presentado por Mckinlay en su artículo "Autism: The paediatric neurologist's tale". Posteriormente, otro trabajo titulado "Weaning time of children with infantile autism" presentado por Tanove y Oda en 1989 se expusieron los resultados de los estudios hechos por Warren, Foster y Margaretten en 1987, en los que descubrieron que, la vulnerabilidad por infecciones virales en el bebé recién nacido, así como la frecuencia de la exposición viral, pueden ser contribuyentes para la etiología del Autismo Infantil; en este trastorno también se presenta la reducción natural en la actividad por muerte celular.

Konstantareas, Hauser, Lennox y Homaditis en 1986⁽¹⁹⁾ afirman que la variación en la estación del nacimiento puede producir el efecto de infecciones; además los reportes de Tanove, Oda, Asano y Kawashima de 1988 indican un incremento en los nacimientos de niños autistas en el segundo cuarto del año.

Como un ejemplo de que el Autismo puede ser a causa de un daño orgánico, en el artículo "Autistic syndrome with onset at age 31 years: Herpes encephalitis as a possible model for childhood autism"(1991), presentado en la publicación "Developmental medicine and child neurology", describieron el caso de un hombre de 31 años el cual llevaba una vida normal, trabajaba, se encontraba casado y tenía dos hijos pequeños; hasta que adquiere herpes encefalitis, lo que desencadena síntomas autistas y que, al estudiarlo se encontraron un daño en el cerebro, particularmente en el lóbulo temporal izquierdo; lo cual indicó que, la respuesta anormal del cerebro en este lóbulo temporal o en ambos es directa o indirectamente la causa del desorden autista que presentaba el paciente y que también se manejaba como Síndrome de Klüver-Bucy; en el cual los síntomas son: hiperoralidad, hipersensualidad e inestabilidad emocional. Sin embargo, la conducta que el paciente presentaba, como el funcionamiento emocional y social hacia los miembros de su familia, inclinó a pensar que lo hacían más compatible a diagnosticar Autismo que el

¹⁹ McKINLAY, I., Op. cit., p. 205.

Síndrome Klüver-Bucy. De acuerdo con esto en 1986, Gillberg también reportó un caso típico de Autismo en una niña de 14 años aparecido después de sufrir encefalitis por herpes simple.

II.4. Trastornos Biológicos y Neuropsicológicos.

Por lo general al Autismo y a las conductas autistas se les relaciona sólo con desórdenes basados orgánicamente (tales como: encefalitis, esclerosis tuberculosa y fenilcetonuria) implicando retraso; asociado esto con males como la sífilis congénita, histidinaemia, toxoplasmosis, espasmos infantiles, Síndrome de Cornelia de Large, citomegalovirus congénito, neurofibratosis y el Síndrome de X-frágil; sin embargo con esto solo podría relacionarse la retardación con el Autismo más que con cualquier síndrome específico, porque estudios de los síntomas asociados con estos desórdenes muestran que la conducta autista puede ser consecuencia de muchas especies de insultos al sistema nervioso, lo mismo que se desarrolla sin aparente origen orgánico. Por lo tanto, Wing y muchos estudiosos que trabajan con niños autistas sugieren que se realicen más estudios pero con casos "puros", es decir con la menor influencia de retraso; ya que sostienen que el Autismo puede no ser un desorden específico pero puede ocurrir en muchos tipos diferente de niños con muchos problemas diferentes.⁽²⁰⁾

En el "Brief report: attention performance in autism and regional brain metabolic rate assessed by positron emission tomography" aparecido en el "Journal of autism and developmental disorders" en marzo de 1992, los autores Buchsbaum, Siegel y otros, afirmaron que el Autismo es un síndrome causado por cualquier anomalía neuropatológica severa. También indicaron que, en un grupo de pacientes, los individuos afectados se manifiestan por un metabolismo de la glucosa muy variado desde la media normal en regiones afectadas. De igual manera Frith et al, en 1991

²⁰ PRIOR, M., Op. cit., p. 508.

manifestaron que un disturbio mínimo en un sistema cerebral específico necesario para el desarrollo normal, puede producir Autismo; y que un posible candidato es el sistema dopamine. En otro estudio presentado por Minshew et al (1993), y titulado "A preliminary (31)PMRS study of autism: Evidence for undersynthesis and increased degradation of brain membranes", encontraron evidencias preliminares de que existen alteraciones en la energía cerebral y en el metabolismo fosfolípido en Autismo, lo cual es correlativo con los déficits neuropsicológicos y de lenguaje encontrados en los pacientes. Aunque aún existen ciertas limitantes en este estudio, por lo que se deben ver con precaución estos resultados.

Un imbalance bioquímico como el que se encuentra cuando existen niveles elevados de varios neurotransmisores en la sangre de pacientes autistas, sugiere que éstos se van "quedando atrás" en su desarrollo en comparación con sujetos que no lo padecen. Así pues, este imbalance puede dañar al hemisferio cerebral izquierdo y patológicamente afectar al sistema inmunológico. Y quizá, como afirmó Warren en 1986, este imbalance sea el causante de reportes independientes de alergias en el sistema inmune relativas a proteínas del cerebro tales como la mielina, necesaria para el pensamiento cognitivo; tal como lo explicaron en su investigación Gallagher, Jones y Byrne en 1990 en su artículo "A national survey of mental health professionals concerning the causes of early infantile autism" presentado en el "Journal of clinical psychology". En esta misma investigación se mostró que el factor etiológico de imbalance bioquímico fue encontrado con más frecuencia en el Autismo Infantil, así como también se pueden combinar diversos factores para dar como resultado este trastorno.

Zagon, Gibo y McLaughlin en un artículo publicado por "Brain research" en el año de 1991, titulado "Zeta (z), a growth related opioide receptor in developing rat cerebellum: identification and characterization", indicaron que si existen alteraciones en el sistema endógeno opioide, éstos se pueden relacionar con la etiología y patogénesis de algunos desórdenes clínicos entre ellos manifestaciones de Autismo; así mismo, nuevos estudios indican que éstas pueden ser minimizadas por medio de la administración de un opioide antagonista como el Naltrexona.

Corzo-Suárez en su artículo titulado "Aspectos metabólicos como posibilidad diagnóstica y terapéutica", al Autismo Purínico, el cual se produce por una síntesis aumentada de purinas y excreción muy alta de ácido úrico; y aunque no se ha identificado el error enzimático que provoca el trastorno en el metabolismo purínico, una de las enzimas que se ha encontrado en niveles

anormales en pacientes autistas (PRPP sintetasa) y que intervienen en la vía purínica, necesita de magnesio y fósforo para su formación, por lo que al administrar estos minerales en algunos pacientes autistas, se han obtenido éxitos.

Como otra de las causas de Autismo que manejó Corzo-Suárez en su trabajo, se encuentra el producido cuando existe un aumento en la tasa de producción de lactato en mayor proporción que la que se requiere, lo que indica una anomalía en la utilización del azúcar, lo cual puede ser a causa de un error congénito en el metabolismo de los carbohidratos; aunque aún se requiere de una mayor investigación para identificar las enzimas implicadas en el trastorno.

La Hipocalcemia es otra de las causas tratadas en este artículo, la cual se ha detectado en pacientes autistas por su bajo nivel de calcio encontrado en su orina y en los que se descartó como causa la posibilidad de enfermedad celíaca; aunque aún no se encuentra qué la produce o bien si es un trastorno en sí mismo, o es el resultado de otro.

Lotter en 1966 estimaba que la prevalencia de Autismo Infantil se encontraba en 4.5 casos por 10,000 niños; desde entonces se habían reportado similares estimaciones en muchos países; sin embargo, en investigaciones posteriores realizadas por Bohman, Bohman y Björch en 1983, se encontraron altos índices en la frecuencia de niños autistas con un 12.6; además de los estudios hechos por Ishii y Takahashi con un 16.0 y por Tanove con un 13.4 en 1984.

Sin embargo, las posibles causas por las que los índices se han incrementado pueden ser los distintos criterios de diagnóstico, las diferencias en el método epidemiológico y la posibilidad de que exista un aumento en la incidencia de Autismo Infantil. Esto puede ser debido a que la alimentación con leche materna ha ido decreciendo en todas partes del mundo; aunque la influencia que puede existir entre ésta y Autismo aún requiere de más estudios.

Por otra parte todas las posibles causas originadas por términos biológicos tienen relación con un déficit cognitivo, lo que puede ser un trastorno específico en la maduración de las estructuras bajo la teoría del mecanismo de la mente. En el desarrollo el sistema neural interactúa con la información desde el entorno, con lo cual forma más sistemas neurales complejos, los que tienen funciones específicas. En ciertas partes del cerebro, estas funciones son cognitivas y, en la línea de los sistemas neurales son también sistemas cognitivos; estos sistemas son localizados o distribuidos en

el cerebro y algunas anomalías biológicas pueden ser causa de anomalías cognitivas durante el desarrollo. Por lo que en el artículo titulado "The cognitive basis of a biological disorder: autism" presentado por Uta Frith et al (1991), se sugirió que los biólogos y psicólogos tienen una empresa intelectual que los une para trazar la relación entre las anomalías biológicas y las cognitivas.

II. 5. Complicaciones Ginecobstétricas.

De acuerdo al artículo presentado por Bolton et al, en "The journal child psychology and psychiatry and allied disciplines", titulado "A case control family history study of autism", las complicaciones obstétricas pueden ser más una consecuencia que una causa de anomalía en el feto, ya que éste puede traer consigo de antemano un trastorno genético. En el libro "Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo" de Fejerman et al, se presenta un informe del Proyecto Colaborativo Perinatal del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas, en el cual se indica que los problemas perinatales cumplen un papel insignificante en la etiología de los desórdenes del desarrollo de la función cerebral, que incluye al Autismo, a menos que dichos problemas hayan causado también deficiencia mental, parálisis cerebral y convulsiones.

Por otra parte, Stewart y Tsai en 1983 reportaron que madres de pacientes autistas son significativamente más viejas que el término medio de edad materna en la población en general. En otros escudriñamientos se encontraron autistas nacidos en embarazos de riesgo, como son: primer o cuarto embarazo, o bien nacimiento tardío. Esto es, la carencia de experiencia materna en el nacimiento infantil reporta que existe riesgo en el cuarto o en el nacimiento tardío, según Gillberg y Gillberg en su estudio realizado en 1983.⁽²¹⁾

²¹ GALLAGHER, B. et al. "A national survey of mental health professionals concerning the causes of early infantile autism". En "Journal of clinical psychology". Vermont, vol. 46, núm. 6, edit. Clinical psychology, Nov. 1990, p. 935.

CAPÍTULO III

MANIFESTACIONES
DEL AUTISMO

III. MANIFESTACIONES DEL AUTISMO

El Autismo se manifiesta por un deterioro severo en la interacción de las destrezas sociales así como deficiencias en los ámbitos conductual, afectivo y de comunicación, por lo que se caracteriza por tener un lenguaje específico, además de un deterioro de las habilidades imaginativas. Por medio de varias revisiones, diagnósticos y estudios epidemiológicos, se ha enfatizado que el deterioro social es la forma clínica primaria en el desorden del Autismo, aunque se conozca poco sobre las reacciones de los niños autistas como para poder especificar aspectos de la estimulación social. El deterioro en un nivel alto del ámbito socio-afectivo es, según Frith en "A new look at language and communication in autism"(1989), una característica universal de Autismo. Por lo tanto en los niños autistas se observa una gran degradación en la respuesta social, una alta frecuencia de desviación en el desarrollo del lenguaje y la carencia del juego simbólico; a pesar de que la deficiencia en el lenguaje no puede explicar todos los otros síntomas, los déficits sociales y conductuales del Autismo son acompañados por genuinos deterioros del lenguaje y la función comunicativa.⁽²²⁾ Shapiro et al (1991), en su artículo "Social deviance in autism: A central integrative failure as a model for social nonegagement", sostienen que el afecto, cognición y lenguaje son envueltos en el déficit comunicativo y se desvían para provocar la conducta de un niño autista.

Según Zappella en su libro "No veo, no oigo, no hablo", la rabia es la primera de las reacciones que manifiestan el debilitamiento de un vínculo preferencial; y que si ésta queda inhibida en el plano motriz, sus consecuencias negativas recaen en el plano de la memoria y en el aprendizaje debido a los descensos de los ácidos ribonucleicos. Aunque existen otros tipos de reacción, como la evasión del contacto visual que existe en los bebés de pocos meses, o bien mantienen la mirada perdida e inclusive pueden fingir que no oyen; cuando el niño es un poco mayor se puede alejar de las personas. También la autora afirma que el Autismo es una perturbación mental grave en la cual el niño permanece en una profunda soledad en la que mantiene una visión propia del mundo, en la que además tiene una muy limitada tasa de

²² BISHOP, D. "Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries?". En "*The british journal of disorders of communication*". Londres, vol. 24, núm. 2, edit. The College of speech therapists, Agosto, 1989, p. 119.

comunicación externa por medio de algunas relaciones y amistades superficiales fragmentarias y distorsionadas.

En sus trabajos, Leo Kanner señaló que en su grupo de niños autistas, todos los padres eran muy inteligentes, además de que entre la familia en general (padres, abuelos y parientes colaterales), eran profesionistas (médicos, hombres de ciencia, escritores, periodistas y estudiantes de arte), por lo que se encontraban muy interesados en las abstracciones científicas, literarias o artísticas y muy poco en los intereses humanos, por lo cual él creía que esto influía en el poco afecto que los niños recibían lo que provocaba que se desencadenara el Autismo, porque los padres eran “fríos y formales”.

Las manifestaciones que Kanner describe en este grupo de niños autistas son:

- * Tienen la imposibilidad de establecer desde el comienzo de su vida conexiones ordinarias con las personas y con las situaciones.
- * Autonomía.
- * Soledad autista que rechaza lo externo que se les acerca.
- * No parecen existir las personas a su alrededor.
- * Dan la impresión de sabiduría silenciosa.
- * No adoptan la posición para ser tomados en brazos.

Además de encontrar las siguientes características:

- * Los que hablan tienen un vocabulario sorprendente.
- * Tienen una memoria excelente para hechos ocurridos en años anteriores.
- * Tienen una memoria mecánica para los nombres y poesías.
- * Recuerdan con facilidad formas complejas de manera minuciosa.⁽²³⁾

²³ KANNER, L. "Autismo infantil precoz". En "Psiquiatría infantil". Buenos Aires, edit. Siglo Veinte, 1976, p. 737-740.

En base a esto Lorna Wing et al en su libro "Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos", señalan que Kanner consideraba las siguientes conductas de importancia fundamental para llevar a cabo un diagnóstico:

- I. Una profunda falta de contacto afectivo con otras personas.
- II. Un deseo angustiosamente obsesivo de que todo se mantenga igual.
- III. Una fascinación por ciertos objetos susceptibles de ser manipulados a base de finos movimientos motores.
- IV. Mutismo, o bien un tipo de lenguaje cuya función no parece ser la comunicación interpersonal.
- V. Mantenimiento de una fisonomía inteligente y pensativa con un buen potencial cognitivo, que se manifiesta, entre aquellos que saben hablar, por medio de proezas de memoria; y entre los niños que no hablan, por sus buenos resultados en tests de ejecución o manipulativos, especialmente el de Seguín.
- VI. Anormal carencia de respuesta emocional de los niños hacia las otras personas, considerando que éste era el trastorno fundamental que explicaba todos los otros rasgos característicos del síndrome.
- VII. Autoagresión y movimientos estereotipados son encontrados en cierto grado en muchos niños típicamente autistas, especialmente cuando tienen una edad menor a los 5 años.
- VIII. Trastornos orgánicos subyacentes que afectan la comprensión y el uso de símbolos lingüísticos, así como a la interpretación de todo tipo de experiencias sensoriales.

Wing señala que la desventaja de estos criterios, es que si son aplicados estrictamente, limitan el diagnóstico a un grupo de niños muy reducido.

Aunque al principio Kanner pensó que la anomalía se presentaba desde el inicio de la vida, estudios posteriores comprobaron que los mismos problemas se encontraban en niños con un desarrollo aparentemente normal hasta la edad de los 20 meses; otros autores tiempo después lo extendieron hasta la edad de los 3 años, aunque Wing afirma que en la mayoría de los casos la anomalía inicia antes de los 2 años.

Por otra parte en un estudio presentado por Johnson et al (1992), en el "Developmental medicine and child neurology" titulado "Can autism be predicted on the basis of infant screening tests?", en el cual se estudiaron cuatro categorías que fueron: motor, visión, audición y lenguaje, el grupo autista tuvo un aumento selectivo sólo en la categoría social a los 18 meses de edad. En otro estudio realizado por Matese et al (1994), titulado "Comparison of psychotic and autistic children using behavioral observation", en donde trabajaron con 15 niños autistas y 15 que presentaban síntomas psicóticos, encontraron que los 2 grupos diferían en 4 áreas en general, las cuales eran: lenguaje, destrezas sociales, adaptación al cambio e impresiones generales. Aunque los pacientes autistas mostraban más deterioramiento que los psicóticos en las conductas de lenguaje y destrezas sociales. Todos estos estudios aportaron características que ayudan a lograr un diagnóstico apropiado. Por otra parte, según estudios como el realizado por Gillberg et al (1992), titulado "Siblings and parents of children with autism; a controlled population-based study", los niños con Autismo por lo general son hijos únicos o bien los primeros.

Encontramos además que, una sutil falta cognitiva que se manifiesta en los niños autistas como el deterioramiento en el uso del lenguaje, es causada por una dificultad en la formación y el uso de las representaciones en segundo orden llamadas "*Teoría de la mente*" y "*Relevancia*", por lo que en los autistas el desarrollo de estos conceptos es anormal, ya que se encuentra mínimamente retardado, como lo presenta Frith (1989) en su artículo "A new look at language and communication in autism". Por otra parte, Tager-Flusberg (1992) manifestó, por medio de su estudio titulado "Autistic children's talk about psychological states: Deficits in the early acquisition of a theory of mind", que en los niños autistas existen dos estados distintos, uno conformado por la percepción, deseos y emoción, el cual no se encuentra deteriorado, y que el segundo estado formado por la atención y la cognición, se encuentra específicamente disminuido; lo que revela importantes implicaciones para la teoría sobre el desarrollo de una "*teoría de la mente*" en

niños normales así como en niños autistas. Tejer-Flusber sugiere también que los niños con un alto funcionamiento autista muestran problemas en la comunicación, particularmente en sus narrativas y otras formas de discurso.

Por otro lado, Holroyd y Baron-Cohen en su reporte "How far can people with autism go in developing a theory of mind?"(1993), explicaron que la mayoría de los pacientes con Autismo (aproximadamente entre un 60 y un 70%), pueden tener un pequeño desarrollo de una "teoría de la mente"; una minoría (entre un 20 y un 30% aproximadamente), pueden desarrollar el equivalente de un niño de 3 a 4 años por cada 10 años de edad. Otros estudios aclaran que algunos de estos individuos pueden alcanzar el equivalente al nivel de 6 a 7 años, pero solo después de la adultez; tales individuos muestran un desarrollo lento cuando se usa el mismo proceso usado normalmente, o bien arriban al mismo punto por medio de una vía y alternativa cognitiva, que es una ruta compensatoria; aunque esto es una pregunta abierta.

En otros estudios presentados en el "Supplement to The American journal of psychiatry" en un artículo escrito por Kanner bajo el título de "Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism"(1994), en el cual se describe el fenómeno de sustitución metafórica^(a), la cual fue muy común entre los niños autistas con los que el autor trabajó, por lo que llega a las siguientes conclusiones:

- * Utilizan figuras de conversación por medio de las cuales una cosa es puesta por otra, la cual es sólo semejante.
- * La transferencia de significado es completada en una variedad de palabras.
- * Etimológicamente mucho de nuestro lenguaje está hecho de transferencias similares de significado por medio de sustituciones, generalizaciones y restricciones.
- * El fin de la transferencia es inteligible sólo cuando la conexión entre experiencia y expresión metafórica es establecida. En la privacia del autista y las transferencias derivadas desde la situación y sus experiencias emocionales, radica la diferencia entre su transferencia y la nuestra.

^(a) De la palabra Griega *Metapherein*, se traduce "para transferir".

- * El lenguaje metafórico del niño autista no es primariamente intentado para ser entendido y para que otras gentes participen en sus símbolos, sino que su creación es en lo esencial para ser suficiente y contenido en sí mismo. (p. 162-164).

Loveland et al, en su artículo "Narrative story telling in autism and Down's syndrome"(1990), en el cual explican que las historias narradas por los niños pueden proveer de una información sobre la manera en que ellos perciben y codifican la información, además de sus habilidades para comunicar información y que ésta sea escuchada. La historia narrativa contada requiere de una variedad de destrezas cognitivas, sociales y lingüísticas que incluyen entendimiento del causal, intencional, espacial y rol del parentesco, además de una habilidad para contar una historia en un modo retórico apropiado. Estas habilidades se van desarrollando de manera gradual en el curso de la niñez; por lo tanto, los niños en edad preescolar pueden contar historias, aunque requieren de una estructura adicional dada por los adultos para tener un orden en su narrativa y que esta sea coherente. En la escuela elemental, los niños ya pueden contar historias completas con una trama y con un distinto principio, intermedio y final; aunque Loveland menciona al igual que Kontos et al (1986) que la habilidad narrativa es más relativa para la habilidad del lenguaje que para la edad cronológica.

De tal forma, en este estudio Loveland encontró que los sujetos autistas sólo mostraron violaciones pragmáticas, las cuales consistían en expresiones inapropiadas; ante lo cual sugiere que esta puede ser una característica más del Autismo ya que no fue encontrada en el grupo comparativo con Síndrome de Down con el mismo retraso mental.

Un aspecto importante analizado en el artículo "Spontaneous narrative-discourse performance of parents of autistic individuals" realizado por Landa et al (1991), es la habilidad del discurso narrativo de los padres del niño autista, en los que encontró un deterioramiento en comparación con adultos estudiados que no tienen hijos autistas, ya que aquellos producían episodios poco completos, episodios más incompletos y cualitativamente historias pobres, aunque estas fueran de la misma duración.

Por otra parte Corzo-Suárez en su artículo "Aspectos metabólicos como posibilidad diagnóstica y terapéutica", describió las manifestaciones que

presentan algunos niños con Autismo dependiendo de su etiología. Por lo que los niños autistas por Hipocalcinuria manifiestan las siguientes características:

- * Caminan de puntas.
- * Se golpean la cabeza.
- * Tienen molestia en los ojos que incluso llega al grado de la automutilación ocular.
- * Padecen de problemas en los cambios de la rutina.
- * Padecen una intolerancia al encontrarse acompañado de muchas personas.

Los que presentan Autismo por Acidosis Láctica manifiestan:

- * Un retraso en la actividad motora así como en el desarrollo psicológico.
- * Una hipersensibilidad auditiva.
- * Mala socialización.
- * Autoagresiones.
- * Un aleteo frecuente.

En el Autismo Purinico se presentan:

- * Convulsiones.
- * Automutilación.
- * Espasticidad.
- * Sordera.
- * Agresión.
- * Retraso mental.

Aunque también pueden presentarse:

- * Ojeras.
- * Una decoloración en la piel con un color amarillo verdoso en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.
- * Cristales en la orina, y esta se puede presentar de color rosado o bien con sedimento rosado.

Según Tustin en su libro “Estados autísticos en los niños” las manifestaciones del Síndrome autista son:

- * Rabia
- * Angustia
- * Terror

que se pueden presentar como:

- * Espasmos de agitación.
- * Pataletas intensas.
- * Aparentes ataques epilépticos.

Al principio de su vida, algunos niños autistas manifiestan una falta de respuesta visual; posteriormente, además de este retraso en la maduración visual, se presentan alteraciones autísticas graves como:

- * Torpeza.
- * Hipotonía.
- * Retraso general en el desarrollo.

Todo esto se describe en el artículo "Delayed visual maturation and autism" realizado por Goodman y Ashby, en el cual explican su trabajo con tres niños varones que presentan Autismo y una alteración en su maduración visual.

Por otra parte en el ***WING SUBGROUPS QUESTIONNAIRE (WSQ)***, Lorna Wing clasificó al Autismo en 3 subgrupos, los cuales según Borden y Ollendick en su artículo "An examination of the validity of social subtypes in autism" (1994), pueden facilitar el desarrollo de los planes de educación y tratamiento, ya que la observación conductual es crítica para el análisis funcional y validación empírica de las conductas para el tratamiento del paciente.

Los subgrupos, según Castelleo y Dawson en la investigación titulada "Subclassification of children with autism and pervasive developmental disorder: A questionnaire based on Wing's subgrouping scheme" (1993), son los siguientes:

- 1) **ALOOF** (de lejos).- Se caracteriza por tener una rara espontaneidad social para aproximarse a los otros, excepto cuando requieren de algo; y por la tendencia a rechazar lo social o el contacto físico.
- 2) **PASSIVE** (pasivo).- Sólo se caracteriza por una falta de espontaneidad social para aproximarse a otros.
- 3) **ACTIVE-BUT-ODD** (activo pero extraño).- Se caracteriza por una buena voluntad para tener un acercamiento social con los otros, sin embargo son hechos de un modo muy peculiar. (p. 230)

Estas clasificaciones tienen concordancia con la "Observación de conducta" que clínicos independientes hacen con los niños. Además Castelleo y Dawson afirmaron que con los resultados de su estudio, se sugiere que el WSQ es una herramienta necesaria para clasificar niños con Autismo y desordenes relativos dentro de los subgrupos basados en el sistema de subclasificación de Wing. Incluso aseguraron que se fundó el soporte empírico para la base conceptual del proyecto del subgrupamiento de Wing.

Por otro lado Charman (1994), afirmó que a partir de 1987 los estudios referentes a los campos social, cognitivo y de lenguaje, se han incrementado comparados con los relacionados a las áreas biológicas, psicológicas y neurológicas, las cuales han disminuido en la última década.

III.1. Autismo y El Síndrome de Asperger.

Szatmari et al, en su artículo titulado "Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome" (1991), encontraron que los niños autistas mostraron una mayor alteración social, una mayor frecuencia de ecolalia y de reversión pronominal, además de un margen de actividades más restringido que grupo del Síndrome de Asperger (SA). Además los autistas permanecieron más tiempo en clases de educación especial, aunque desarrollaron menos síntomas psiquiátricos que los presentados por el grupo de SA. Ante lo cual, los autores concluyeron que el SA debe ser considerado como una forma moderada de Autismo altamente funcional. El que el SA se clasifique dentro del ámbito autista implica estudiar su etiología común así como la prevalencia de su estimación en las alteraciones pervasivas de su desarrollo. Un estudio y un número de casos reportados sugieren que el Autismo y el SA, tienen una etiología genética común, ya que se presentan en las mismas familias; aunque se requieren de futuros estudios para explicar porqué algunos niños son "vulnerables genéticamente" para desarrollar SA, mientras que otros desarrollan Autismo. La prevalencia del Síndrome de Asperger encontrada, se sugiere en 20 de 10,000 nacimientos, con un exceso de varones de aproximadamente 1 de cada 7, según Green en su artículo "Is Asperger's a syndrome?" (1990).

Existen diferencias esenciales entre Autismo y el SA, entre las cuales encontramos la celosa relación que tienen los niños con SA con sus padres, pero tienen gran dificultad para relacionarse con sus compañeros; además pueden tener retardación en el habla pero no tienen signos de desviación en el desarrollo del lenguaje que se puede encontrar en Autismo; tienen un juego simbólico desarrollado pero es usualmente repetitivo y estereotipado, ante lo cual se puede tornar difícil distinguir entre SA y Autismo, en especial entre

niños menores de 4 años de edad, por lo que para asegurar un rango completo de síntomas clínicos para un diagnóstico acertado, éste se debe realizar a los 5 ó 6 años de edad. Aunque es importante recordar que el diagnóstico de SA es usualmente reservado para niños con un CI normal, del cual hablaremos más adelante. En un estudio realizado por Gillberg el cual presenta en su artículo "Asperger syndrome in 23 swedish children"(1989), los niños con el SA comparados con niños autistas mostraron una torpeza motora mayor y una reducida optimalidad en los periodos pre y perinatal; aunque presentaban pocos caracteres clínicos y neurobiológicos que permitieran una distinción más clara entre los dos grupos.

Por otra parte, Asperger y Van Krevelen opinaban que existen diferencias entre el Autismo de Primera Infancia y la Psicopatía Autista respecto a la edad de aparición y otras características clínicas; aunque Wing afirma que la psicopatía autista que se identifica en algunos adultos, es seguramente porque fueron niños típicamente autistas, pero que realizaron grandes progresos en el lenguaje y otras destrezas.⁽²⁴⁾

A continuación encontramos los rasgos del desarrollo normal de un bebé que nos sirven de guía para identificar al Autismo en una edad temprana.

III.2. Desarrollo "normal" de un bebé.

Según Watson y Lowrey en su libro "Crecimiento y desarrollo del niño", las cualidades humanas son dependientes de la interacción social, ya que desde su nacimiento el individuo requiere de una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables, para que lo ayuden alcanzar el tipo de madurez en su personalidad hacia la que todos los humanos tienden. Dicha personalidad es influida de dos maneras: *genética* y *ambiental*. Las limitaciones del sistema nervioso central típicas del individuo se deben al factor genético, aunque estas restricciones son muy amplias por lo que permiten una cierta amplitud para la respuesta al factor ambiental. Este factor comienza desde antes de que se produzca el nacimiento, es decir da inicio con

²⁴ WING, L., Op. cit., p. 57.

los sentimientos de la mujer embarazada hacia su hijo, y estos sentimientos son de importancia fundamental.

Cuando tenemos conocimiento de cuál es el desarrollo normal que un bebé debe tener, podemos detectar de manera temprana y con mayor facilidad trastornos que pueden afectar su vida futura y la de sus padres. Y aunque existen muchas variables en los sujetos y en las situaciones, existen módulos de comportamiento considerados más usuales y característicos que se deben tomar en cuenta.

Así pues, el desarrollo de un bebé “normal” debe seguir las siguientes características:

- Durante el periodo de la primera a la cuarta semana de vida del bebé, manifiesta gritos de hambre, tiene respuesta de sobresalto y casi todos los gritos son sin lágrimas. Y de la cuarta a la octava semana inician gritos diferentes por causas también diferentes (hambre, antes de dormir, dolor, vocalización de agrado, sonrisas).
- Una de las primeras señales de la conducta social en los bebés es la sonrisa. Por ello al mes de edad suelen sonreír al ver el rostro de un adulto o ante su voz y a los 2 meses esta respuesta está bien constituida. También ríe fuertemente y grita menos frecuentemente.
- Reacciona con rapidez ante el rostro de su madre, sonríe, explora, lo mira, lo toca y trata de meter sus deditos en sus ojos, nariz y boca.
- Durante el 1er. año de vida el bebé mantiene una comunicación no verbal. Utilizan gestos simples para comunicarse como sonreír, señalar, levantar los brazos anticipadamente cuando los van a cargar, mover la mano, etc.
- La vocalización suele presentarse a partir de los 2 meses y a los 3 la mayoría de los bebés ya articulan sonidos y expresan sus emociones por medio de estos sonidos.
- A los 6 meses emplea estos sonidos para “hablar” con los demás o con sus juguetes. Además de que se puede observar una reacción ante el tono de voz de su madre. Además grita con facilidad a la menor provocación (por un

cambio de postura, el retiro de un juguete, por sonidos poco usuales), juega solo de manera gustosa, agita brazos y piernas al ser frustrado.

- A los 7 u 8 meses además de incluir consonantes definidas como “ma-má”, “da-da”, ya se sientan; muestran miedo a los extraños y aparece la afección o el amor al grupo familiar; tienen una inestabilidad emocional demostrada por cambios rápidos y fáciles de los gritos a las risas.
- La mayoría de los bebés normales muestran una angustia extraña alrededor de los 8 meses de edad, muestran por ello cierta aprensión ante los extraños y suelen llorar cuando alguien desconocido trata de tomarlos en brazos.
- Alrededor de los 9 meses el bebé comienza a usar su voz con claridad para llamar la atención.
- A los 10 meses los sonidos que articulan ya se relacionan con una persona específica.
- Alrededor de los 12 meses comienza la interiorización de la lengua, en el mismo momento en que comienzan a comprender unas pocas palabras contextualizadas. Inclusive comprende el uso de algunos objetos reales cotidianos utilizándolos para sí mismo. Goza con juegos o trucos sencillos; puede llorar solicitando atención; los gritos a esta edad son asociados más frecuentemente a irritaciones o frustraciones mínimas que antes. Es tozudo en la resistencia.
- A la edad de los 12 meses, los bebés ya realizan gestos cuando desean alguna cosa. Además de que agregan expresiones verbales adicionales a sus primeras palabras. En general los bebés a esta edad ya puede entender mucho más de lo que son capaces de decir. Y a finales de este año comienzan a aprender el significado de las palabras relacionadas con objetos y acontecimientos familiares. Obedecen además, instrucciones sencillas acompañadas de gestos. Aparece la “etiqueta sonora” que son vocalizaciones asociadas a algún acontecimiento definido. Por lo regular a esta edad comienzan a caminar.
- A los 18 meses los bebés usan adecuadamente los objetos en relación con otras personas o con los animales domésticos. Es más dueño de sí mismo,

tiene una nueva percepción de los extraños. Comienza a tener predilección por los juguetes; tiene explosiones temperamentales si algo va mal.

- Alrededor de los 2 años el niño usa correctamente objetos en miniatura. Además tiene un mejor equilibrio emocional, ya que tiende a disminuir el número de reacciones emocionales relativamente violentas. Utiliza un tono de voz de manera simbólica; siente orgullo por sus hazañas por habilidad motora y por vestirse. Puede ser halagado por medio de acciones y expresiones faciales. Siente miedo principalmente de tipo auditivo, además del provocado ante la salida de sus padres.
- A la edad de los 2 ó 3 años los niños comienzan a utilizar pronombres como “mío”, “yo”, “tu” y las palabras “no” y “sí” de una manera rutinaria. Comienzan a vestirse y comer ellos solos, comunican sus deseos y necesidades de una manera verbal, además de jugar con otros niños.
- A los 3 años comienza a gozar del juego cooperativo y en grupo, es más independiente y menos temeroso que a los 2 años. Tiene rituales en algunas actividades como al vestirse, arreglar muñecos, ir a la cama; es amistoso y con deseos de agradar. Tiende a ser celoso con sus hermanos; ríe mucho al jugar, tiene humor relacionado a la actividad en general como con el juego verbal. Tiene un control emocional creciente; su miedo ahora es más visual (a lo grotesco, a lo oscuro, a los animales).
- A los 4 años tiende a discutir, aunque frecuentemente es como un juego y como un deseo de experimentar el uso de palabras y acciones nuevas. Es egoísta, impaciente, orgulloso de sus hazañas, tiene un humor variable y exagerado. Le agrada descubrir, parlotear, es jactancioso, agresivo tanto física como verbalmente, es rudo y poco cuidadoso con los juguetes; cuando se encuentra con otros niños puede ser ligeramente profano u obsceno. Sus temores son muy semejantes a los de los 2 ó 3 años, pero ahora le gusta ser “atemorizado” medianamente al jugar con adultos. Tiene un fuerte sentimiento del “yo”, “mío”, del hogar y de la familia, además de distinguir el “yo” de los demás, y a reconocer a las personas como entidades. Tiene una autocrítica breve y superficial.
- A la edad de los 5 años, la mayoría de los niños son capaces de usar las estructuras gramaticales básicas, aunque continúen ampliando su vocabulario

y aumentando la complejidad de su lenguaje a lo largo de toda la infancia. Utilizan el "yo" y "tu" de manera apropiada.

El desarrollo del lenguaje interiorizado se puede observar conforme sus juegos se hacen más y más complejos, lo que revela el grado de simbolización y abstracción que puede alcanzar el niño y hasta que punto comprende los acontecimientos nuevos contrastándolos con experiencias pasadas, utilizando esta comparación como una base para una acción adecuada.⁽²⁵⁾

Por otra parte, de acuerdo a la Teoría de Piaget, el desarrollo intelectual del niño se divide en 4 periodos principales que son:

- ◇ Periodo Sensomotor. — Desde el nacimiento hasta los 2 años.
- ◇ Periodo Preoperacional. — Desde los 2 hasta los 7 años.
- ◇ Periodo Operativo Concreto. — Desde los 7 hasta los 11 años.
- ◇ Periodo Formal. — Desde los 11 años en adelante.

Los cuales tienen las siguientes características:

El Periodo Sensomotor.- En este periodo la inteligencia es puramente práctica, sin representación ni pensamiento; sólo utiliza la percepción y el movimiento.

- El bebé descubre que los objetos son permanentes y existen aún cuando se les oculten a la vista.
- Logra coordinar desplazamientos espaciales y secuencias de tiempo.
- Además logra construir relaciones de causa-efecto.

Periodo Preoperacional.- En este periodo se continúa el trabajo del Sensomotor, es decir que se sigue desarrollando la inteligencia práctica del niño.

²⁵ PALUSZNY, M. "Autismo. Guía práctica para padres y profesionales". México, edit. Trillas, 1991, p. 19-27.
WING, L., Op. cit., p.120-122.
WATSON, E. y LOWREY, G. "Crecimiento y desarrollo del niño". México, edit. Trillas, 1971, p. 153-154.

- Se debe seguir entregando a la interacción espontánea con materiales cada vez más complejos.
- Se prepara para el siguiente periodo en el sentido de que el pensamiento o representación interna comienza a la edad de 1 año 6 meses o a los 2 años con el lenguaje, las imágenes mentales, el juego simbólico (juegos imaginarios) o el dibujo, aunque este se presente un poco después.
- Las formas de pensamiento que se producen entre los 2 y los 7 años consisten fundamentalmente en la “internalización” de actividades y no constituyen todavía las “operaciones” o “estructuras operativas”. Estas surgen durante el siguiente periodo.

Periodo Operativo Concreto.- Una operación sigue siendo fundamental, un acto internalizado, o al menos un acto susceptible de ser internalizado.

- La operación es un acto reversible: hacia atrás o hacia adelante, por lo tanto, susceptible de reversión o inversión.
- Combinando operaciones directas y contrarias, el niño de 7 u 8 años es capaz de construir estructuras operativas.
- La edad de 6 ó 7 años se caracteriza por el desarrollo espontáneo del niño para la formación de un nuevo conjunto de destrezas intelectuales.
- Este es un periodo de transición y preparación.
- Se presentan ciertas nociones relacionales de conservación. El niño ya puede distribuir un conjunto en varios subconjuntos y, al mismo tiempo, retener la idea del mismo todo, todo esto a través de estas transformaciones. Y son precisamente estas características de reversibilidad y retención las que le faltan en el periodo de los 2 a los 7 años, por esta razón a ese periodo se le denomina “Preoperacional”.
- En este periodo ya existe una manipulación de objetos concretos.
- Se encuentra orientado a la necesidad del pensamiento operativo del siguiente periodo.

Periodo Operativo Formal.- A la edad de los 11 ó 12 años el niño adquiere la destreza para razonar en forma lógica, tanto con respecto a hipótesis expresadas por el lenguaje como con respecto a objetos. Además de las características que no se presentan en la edad preescolar que son la Reversibilidad y la Transitividad.⁽²⁶⁾

²⁶ GINSBURG, H. y otros. “Piaget y la teoría del desarrollo intelectual”. España, edit. Trinitice/may, 1977, p. 25.
PIAGET, J. y otros. “Los años posteriores. La primera infancia”. España, edit. Paidós/UNICEF, 1982, p. 49-57.

Según el mismo Piaget, el hombre tiene un proceso de *Adaptación* y de *Organización*; en los cuales organiza sus experiencias para de esta forma adaptarse a lo que ya ha experimentado. Así pues, la Organización de las experiencias incluye la Integración de estas en diferentes sentidos, además de incluir la tendencia a clasificar y agrupar en conjuntos y sistemas. La Adaptación en su nivel más básico es el proceso para ajustarse al ambiente. La idea fundamental de los principios de Piaget es que la naturaleza del funcionamiento humano está hecha para organizarse y adaptarse, ya sea de manera física o mental, biológica o intelectualmente.

El proceso de Adaptación se encuentra dividido según la teoría de Piaget, en 2 aspectos adicionales del funcionamiento importantes; a los cuales el llama *Asimilación* y *Acomodación*. Además de otro concepto llamado *Esquema*.

- ◇ Asimilación.- Es el proceso de tomar, de incorporar sucesos y experiencias en estrategias y sistemas ya existentes.
- ◇ Acomodación.- Tiene un proceso doble, el de adaptar el concepto o la idea para que se amolde a lo que ya se ha tomado.
- ◇ Esquema.- Todos los esquemas son acciones ya que no existe una representación interna, así pues en el niño son: empujar, succionar, gatear, etc. Estos cambian, se integran y se clasifican pero siguen siendo acciones. Posteriormente, cuando inicia cierta clase de representación interna, los esquemas del niño pueden llegar a ser representaciones de conceptos o de acciones, aunque las experiencias nuevas son asimiladas a ellas y éstas se acomodan como resultado de esas experiencias. En el caso de un niño con edad de alrededor de los 7 años, se desarrolla toda una serie de esquemas complejos que Piaget llama:
 - Operaciones.- Las cuales son acciones mentales complejas, como pueden ser sumar, restar, clasificar, ordenar, etc. Nuevas experiencias se asimilan a estos métodos complejos adicionales de análisis, y ellos a su vez se acomodan complicándose más, esto es debido al encuentro con las nuevas experiencias.⁽²⁷⁾

²⁷ BEE, H. "El desarrollo del niño". México, edit. Harla, 1978, p. 154-155.

Por otra parte, para detectar trastornos en el desarrollo normal de la inteligencia humana, se han hecho clasificaciones a las cuales se llega por medio de tests, los cuales arrojan resultados que se presentan en el cuadro siguiente:

I. Q.	CLASIFICACIÓN.
120 y más.	Superior.
110 - 119	Normal superior o normal excelente.
90 - 109	Promedio.
80 - 89	Promedio bajo o normal bajo.
70 - 79	Límite.
69 y menos.	Defectuoso o retardado mental (28)

Gesell y Amatruda en "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño", indican que las conductas Motriz, Adaptativa, Del Lenguaje y Personal-social, son las herramientas que ayudan a diagnosticar un posible trastorno en el desarrollo del niño; y lo definen de la siguiente manera:

- ◊ Conducta Motriz.- La capacidad motriz del niño constituye el punto de partida en la estimación de su madurez. Las reacciones posturales, el mantenimiento de la cabeza, el sentarse, pararse, el gateo, la marcha, la forma de aproximarse a un objeto, de asirlo y de manejarlo, nos indican esta madurez.
- ◊ Conducta Adaptativa.- Son las adaptaciones sensorio-motrices ante los objetos y las situaciones. La coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidad para utilizar de manera adecuada la dotación motriz en la solución de problemas prácticos; así como la capacidad para realizar nuevas adaptaciones frente a problemas sencillos. El niño se ve obligado a exhibir formas de conducta significativa cuando maneja objetos simples.
- ◊ Conducta de Lenguaje.- Esta conducta da la clave de la organización del sistema nervioso central. Es toda forma de comunicación visible y audible

²⁸ WATSON, E. y LOWREY, G., Op. cit., p. 147.

como son los gestos, los movimientos posturales, las vocalizaciones, las palabras, frases y oraciones; además incluye la imitación y la comprensión de lo que expresan las otras personas. Así pues el lenguaje articulado tiene la función de socializar por lo que requiere de un medio social, pero que depende de que existan las estructuras corticales y sensorio-motrices.

- ◇ Conducta Personal-Social.- Esta conducta comprende las reacciones que el niño de manera personal tiene del medio en el que vive. La conducta está moldeada de acuerdo a los factores intrínsecos del crecimiento, como es el control de la micción y la defecación, ya que este es una exigencia cultural del medio, aunque su adquisición dependa primariamente de la madurez neuromotriz. Otras habilidades y actitudes del niño como la capacidad para alimentarse, la higiene, la independencia en el juego, la colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales, también le ocurre lo mismo. Esta conducta se encuentra sujeta a variaciones de acuerdo a cada individuo, aunque presenta, dentro de la normalidad, ciertos límites.(p. 35-36)

III.3. Signos Precoces del Autismo.

Aunque es difícil hacer un diagnóstico durante el primer año de vida del niño, algunas madres notan algo extraño en sus hijos casi desde su nacimiento, pero no pueden explicar el porqué. En otros casos este descubrimiento se hace muy despacio y pueden pasar de 2 a 3 años antes de que se den cuenta del problema. Estas anomalías se pueden vislumbrar de manera temprana antes de que se presenten los retrocesos que dan la alarma, como lo explica Lorna Wing en su libro "Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos".

Esta misma autora también explica que algunos bebés autista durante su primer año de vida son extraordinariamente tranquilos y apenas lloran o reclaman atención; mientras que existen otros que son inquietos, lloran incansablemente y no se pueden consolar. Tienen un sueño intranquilo, una pauta errática de sueño, problemas de alimentación que incluye una gran dificultad para succionar. Después puede presentarse un continuo balanceo

acompañado de golpes en la cabeza. Además pueden presentarse las siguientes características:

- * Una clara falta de interés en los contactos sociales.
- * Poco interés en la voz humana.
- * Con frecuencia no existe la postura anticipatoria ni levantan los brazos cuando alguien los va a cargar.
- * Es posible que les guste mucho que les hagan cosquillas o que los zarandeen, suban y bajen. Las sonrisas y pequeñas carcajadas pueden desarrollarse a la edad apropiada, pero estas reacciones pueden ser provocadas por un estímulo físico más que por un contacto social.
- * Apenas manifiestan la curiosidad normal que es común al final del 1er. año de vida.
- * No exploran su entorno con interés.
- * No señalan las cosas que quieren ni reclaman la atención de sus padres para compartir su interés por un objeto o un acontecimiento.
- * Se ensimisman y se ven satisfechos de manipular unos pocos juguetes, siempre los mismos, una y otra vez.
- * Tienen una temprana fascinación muy intensa por ciertas experiencias sensoriales como: dar golpecitos, arañar su silla o la funda de su cochecito, o estar absolutamente absorto en la contemplación de una sección del dibujo de papel de la pared.
- * A veces la fascinación se sustituye, en el caso de ciertos objetos o situaciones, por un miedo intenso e inexplicable. (p. 41-42)

Por otra parte, según Regis De Villard en su libro "Psicosis y Autismo del Niño" las manifestaciones precoces difieren dependiendo del contexto histórico y en el que se relaciona cada niño, además de las condiciones de vida y de las alteraciones somáticas de la primera infancia e inclusive son relevantes si persisten, evolucionan o aparecen con la edad; así pues para la autora los signos precoces para detectar el Autismo en niños a una edad muy temprana son los siguientes: (p. 21-22)

PRIMER MES

1. Alteraciones en la alimentación.
2. Alteraciones precoces del sueño.

DE 1 A 3 MESES

1. Anomalías en la mirada.
2. Una particular sensatez.
3. Anomalía de la curva de temperatura.

DE 3 A 6 MESES

1. Alteraciones alimentarias.
2. Defecto de actitud anticipatoria de ajuste postural.
3. La Hipotonía.
4. Interés particular por los juegos con las manos y el desinterés por los juguetes.

DE 6 A 9 MESES

1. Alteraciones alimentarias.
2. Alteraciones visuales y auditivas más visibles e importantes.
3. Ausencia de murmullos, indiferencia a las estimulaciones y a los juegos.
4. Ausencia de angustia del octavo mes.

DE 9 A 18 MESES Y EN ADELANTE

1. El signo del cubo ardiendo.
2. Estereotipos y fobias precoces.
3. Retrasos o desajustes en la deambulaci3n.
4. Alteraciones en el lenguaje.
5. Apego particular a un objeto.
6. Alteraciones del suefio.

Mientras que para Sauvage en el mismo libro de Villard (p. 22), los sntomas segun la edad son:

DE 0 A 6 MESES

1. Indiferencia a la voz, a los juguetes, al mundo sonoro.
2. Anomalías de la mirada, el niño no mira a los ojos, estrabismo, indiferencia, sonrisa pobre o ausente.
3. Problemas alimentarios.
4. No existe actitud anticipatoria.
5. Impresión de bebé muy calmado, fofo o demasiado nervioso.

DE 6 A 15 MESES

1. Actitudes raras, soledad, balanceo, utilización inhabitual de los objetos.
2. Desinterés por las personas, ausencia de reconocimiento de los familiares.
3. No vocaliza, el lenguaje no tiene el valor de la comunicación.

DE 15 A 24 MESES

1. Ausencia de lenguaje o lenguaje perturbado, ecolalia.
2. Juegos estereotipados.
3. Apego a un juguete.

De acuerdo con Ornitz, que es quien ha publicado una buena revisión de testimonios descriptivos, el periodo más vulnerable para llegar a ser autista después de un periodo inicial de desarrollo normal, acaba en torno a la edad de 30 meses. Pero si el niño es un poco mayor cuando llega a ser autista, los síntomas son más claros y reconocibles. En niños que en un principio eran normales se puede observar:

"estereotipias tales como sacudir la cabeza y varias formas de balanceo, falta de desarrollo del habla o regresiones, a partir de un comienzo prometedor; anormalidades todas ellas que son menos fáciles de pasar por alto o ignorar que la mera placidez, la cual es interpretada a menudo como <<satisfacción>>"²⁹

Es muy extraño que un niño muestre todos los rasgos autistas juntos al mismo tiempo, pero es típico que niños con apariencia física normal e incluso atractiva, vivaces, despiertos, con movimientos espontáneos y llenos de

²⁹ TINBERGEN Y TINBERGEN. "Niños autistas. Nuevas esperanzas de curación". Madrid, edit. Alianza, 1984, p. 119.

gracia, aparezca una conducta anormal. En la primera infancia los problemas cognitivos que afectan a la comprensión y el uso del lenguaje (ya sea hablado, escrito, gestual, etc.) son muy importantes, ya que pueden constituir los trastornos primarios que explican todo el conjunto de conductas. De acuerdo a esto entre el primer y quinto año de vida del niño los elementos de conductas autista más comunes son:

- * No manifiestan diferencia entre las personas familiares y las extrañas, ya que no responden con placer a la familia ni demuestran estrés con los extraños. En general parecen ignorar la existencia de nadie que no sea ellos mismos, por lo que manifiestan un desinterés por los demás.
- * No muestran una conducta lúdica.
- * Hacen constantes demandas.
- * Tienen rabietas estremecedoras, berrinches y ataques agresivos que se presentan si se sienten frustrados de alguna forma, o bien sin ninguna provocación.
- * El desarrollo motor puede retrasarse, pero a menudo se encuentra en los límites normales, ya que comienzan a sentarse a los 9 meses y caminar a los 13 ó 14. Aunque algunas veces tienen un desarrollo motor temprano, como caminar a los 9 ó 10 meses, otros llegan a caminar de improviso con gran habilidad y equilibrio; sin embargo este desarrollo no es completamente normal, pues puede caminar de puntas o girando y mostrar una postura poco común al estar de pie.
- * Padecen problemas en la imitación motora y de control motriz como balancearse, hacer muecas, agitar brazos y piernas, dar saltos continuos.
- * Casi siempre existe un retraso en el lenguaje, aunque existen casos en los que hay un desarrollo normal durante el primer y el segundo año que luego se pierde; aunque casi sea enteramente ecolalia.
- * Existen problemas de comprensión de lenguaje que van desde una absoluta falta de comprensión, hasta un ligero problema que limita y concreta su interpretación.
- * Pueden presentarse anomalías en el uso del lenguaje. A la edad de 2 o 3 años, generalmente no utilizan el pronombre "yo", nunca o muy rara vez suelen emplear el "no" y el "sí". Una minoría considerable permanece sin hablar durante toda su vida, y los que hablan pueden tener una ecolalia inmediata o bien retardada que resulta ser su único tipo de lenguaje. Por otra parte, los que tienen cierta capacidad de lenguaje espontáneo,

generalmente muestran cierta confusión con el uso de la estructura gramatical, anomalía parecida a la que se encuentra en los trastornos del desarrollo de la comprensión y expresión del lenguaje. Tienen una tendencia a utilizar frases y palabras de manera repetitiva, estereotipada y rígida, aunque muchas veces los padres y el pediatra no se dan cuenta hasta los 3 ó 4 años de edad.

- * Existe una pobreza en el control del tono de las vocales, del volumen de la voz y de la entonación. Además pueden existir problemas de pronunciación que se pueden detectar mayormente en el lenguaje espontáneo que en la ecolalia. Aunque en algunos casos pueden llegar a aprender varias palabras en unas cuantas horas.
- * No utilizan gestos para compensar sus problemas de lenguaje, ni tampoco para tratar de comunicarse de esta manera ni por imitación; además de que tienen una pobreza de comprensión y uso de todas las formas de lenguaje.
- * Parecen tener problemas para utilizar la información que les llega por los sentidos.
- * No reaccionan a ruidos fuertes pero sí a ruidos suaves, aunque tienen hipersensibilidad a ciertos ruidos. Además sienten fascinación ante algunos sonidos.
- * A los 4 años los niños autistas tienen una conducta poco típica en el vestir y en la alimentación, por lo que existe indiferencia hacia ciertas comidas que los niños normales disfrutaban; detestan abiertamente otras y tienen preferencias por combinaciones extrañas (como pastel de chocolate con plátano). Algunos beben grandes cantidades de líquido y se entristecen si se les impide hacerlo.
- * No comprenden los sentimientos de la gente.
- * Rechazan el contacto físico aunque sienten placer ante los juegos bruscos.
- * No se entretienen con los juegos que comúnmente realizan los niños normales. Actúan de manera aislada sin socializar con otros niños, por lo que juegan solos.
- * No muestran un desarrollo social, por lo que tienen un aislamiento e indiferencia, aunque a menudo se vuelven más sociables conforme van creciendo. El aislamiento se sustituye por una actitud amistosa inmadura e inadecuada, o bien tienen una conducta socialmente difícil.
- * En algunos casos, aunque niños autistas mayores se relacionen de manera marginal, pueden llegar a golpear a niños más pequeños e inclusive a

adultos, y llegar a provocarles heridas graves durante sus ataques, o bien golpearse la cabeza contra el suelo o la pared.

- * Manifiestan resistencia al cambio y tienen gran apego a objetos y rutinas.
- * Pueden carecer de miedo ante un peligro real.
- * La risa, el llanto o los gritos se pueden producir sin razón aparente.
- * Sufren la falta de imaginación.
- * Por lo regular algunos bebés y niños autistas les fascinan las luces, los objetos brillantes y ciertas combinaciones de formas, además de las cosas que giran. Con poca frecuencia la luz brillante les angustia.
- * Antes de los 5 años algunos niños autistas parecen usar una visión periférica en lugar de la central. Por lo general evitan mirar ciertos estímulos visuales, especialmente los rostros humanos, además de que tienen dificultad para reconocer las cosas que ven y pueden ser incapaces de identificar a las personas que ven a cierta distancia.
- * Tienen una indiferencia al dolor y al frío, además de que pueden ser muy resistentes al vértigo y a la náusea; e inclusive también a los sedantes y a los hipnóticos.
- * Tienen destrezas especiales no dependientes del lenguaje, como armar y desarmar aparatos mecánicos o eléctricos, hacer rompecabezas, etc., y destrezas que dependen de una memoria exacta, como almacenar datos en su memoria durante largos periodos de tiempo y de manera exacta.
- * Pueden tener una habilidad musical con un perfecto tono. En raras ocasiones llegan a ser sorprendentemente capaces en sus habilidades musicales, y han existido casos de niños autistas que se han convertido en músicos.
- * Estos niños dan la impresión de ser más jóvenes de lo que son en realidad, además de que tienen una apariencia de inocencia vulnerable.

Después de que el niño cumple los cinco años de edad, puede existir una mejoría de su conducta en general, especialmente en el aislamiento social. Las deficiencias básicas mejoran, aunque no de manera tan notable como en la conducta.⁽³⁰⁾

³⁰ WING, L., Op. cit., p. 41-57
PALUSZNY, M., Op. cit., p. 19-27.

CAPÍTULO IV

UN ENFOQUE
PSICOLÓGICO

IV. UN ENFOQUE PSICOLÓGICO

La manera como los analistas del Autismo nos explican su origen, su desarrollo, así como las terapias a las que recurren para una rehabilitación, resulta interesante e importante para conocer el enfoque psicológico que se le da a este trastorno; así pues, psicoanalistas como Bruno Bettelheim, Melanie Klein, Virginia Axline y Maud Mannoni nos aportan datos relevantes sobre el Autismo en casos encontrados en su práctica clínica.

Bettelheim en su libro “La fortaleza vacía”, afirma que para poder comprender al ser humano, nos debemos conocer primero a sí mismos, para que se pueda conocer al otro, por lo que se utiliza la “introspección”.

Para los lactantes su experiencia del mundo se basa en sus sensaciones táctiles y olfativas, por lo que existe diferencia con la percepción que un adulto tiene del mismo acontecimiento. Así pues, el niño muy pequeño no tiene concepto del sí mismo y de los otros, que posteriormente distinguirá entre sujeto y objeto; por lo que la percepción que tiene del mundo, diferirá de la de nosotros hasta los dos años de edad.

Bettelheim indica que los niños autistas son los que se detienen de manera parcial en ese momento del desarrollo tanto emocional como intelectualmente, y otros regresan en parte a él.

Los niños autistas, a pesar de encontrarse más desarrollados corporalmente que un lactante, su contacto con la realidad y su poca comunicación es la misma; y que, a pesar que su sistema nervioso central se encuentra totalmente desarrollado, su potencial no se ha actualizado por lo que sus reacciones, acciones, o bien la ausencia de ellas, no son provocadas por alguna carencia en esta capacidad.

El niño autista tiene una actividad manipuladora de objetos que el lactante tiene en menor capacidad, por lo que pueden desarrollar una personalidad con gran riqueza, aunque más tarde y no tan compleja como los niños normales de la misma edad.

Así pues, Bettelheim afirma que estos niños puestos en tratamiento y, dado que su sistema nervioso central tiene un desarrollo normal, pueden ser capaces de obtener los rasgos de personalidad que les faltan.

También menciona que durante el tratamiento, al desarrollar rasgos de su personalidad que no presentaban antes, se puede afirmar qué experiencias

le faltaron al niño en la primera etapa de su vida, así como qué acontecimientos ambientales no operaron en el pasado y qué acontecimientos explican sus etapas presentes del desarrollo en su personalidad.

En su trabajo con niños autistas Bettelheim indica que no había ausencia de satisfacciones pasivas, ya que mientras unos aceptaban estas satisfacciones algunos otros las rechazaban, y en los dos casos permanecían en su Autismo; y la única forma de traerlos a la vida era cuando se creaban condiciones que provocaran que los niños obraran por su propia cuenta.

En opinión de Bettelheim, algunos niños autistas observados actuaban de manera normal hasta el segundo año de vida y que además comenzaban a desarrollar el lenguaje, aunque se indicaba que eran muy tranquilos, buenos y que jugaban solos, pero que se volvieron autistas al recibir respuestas destructivas producidas por sus relaciones intencionales, y por esta razón abandonaban toda iniciativa.

El niño debe tener la impresión de una satisfacción paralela con la madre a su búsqueda activa de mutualidad, ya que debe ser un proceso de interacción mutua.

El niño autista adquiere su sentido de identidad cuando se decide a actuar por su propia cuenta, saliendo de su total aislamiento y cuando reconoce que existe otra persona dentro de un campo de experiencia que ya no es amorfo.

El desarreglo en la comunicación visto de una manera intrapersonal, es ocasionado por una angustia aplastante. Lo que provoca que el sujeto reduzca el contacto con el mundo que le provoca la angustia. Posteriormente puede evitar el contacto y perder la confianza en su capacidad para relacionarse con el mundo y si esto no es temporal, puede ser que la angustia lo retire de la realidad y ésta retirada lo conduzca a una angustia mayor y que la retirada sea más permanente. Y si la angustia aumenta y aplasta al organismo provocando pánico, entonces se pierde el contacto con la realidad; todo esto depende de si el sujeto cree que ya no se pueden reducir los peligros que la ocasionaron para de esta forma poder reducir la angustia.

Por lo tanto cuando aún se tiene miedo, el mundo todavía tiene sentido, pero cuando el mundo parece amenazador y ya ni siquiera se reconoce la propia hostilidad, la única protección es no hacer nada ya que cualquier acción realizada acarrea desastres, por lo que la única seguridad es no actuar.

Así pues, el niño para protegerse, se vuelve insensible a lo que le llega del exterior, ya que a una acción la provoca un estímulo, así como su hostilidad interior también provoca una acción, así que es por esto que se

vuelve insensible. Y esta es la manera, según Bettelheim de ver el Autismo desde dentro del sujeto.

El comportamiento estereotipado del autista se debe según Bettelheim, a que esto impide que otros estímulos lo inciten a actuar. La repetición interminable de una cosa idéntica a sí misma les asegura que nada cambie nunca, por lo que es frecuente que los niños autistas reproduzcan tan bien ritmos y aires musicales, así como que escuchen interminablemente la misma melodía por horas y horas, además de que la música opaca los demás ruidos que pudieran distraerlos.

Según Bettelheim y Bosch en 1962 el Autismo tiene relación con acontecimientos producidos durante el segundo año de vida, por lo que el inicio clínico se produce a esta edad y no inmediatamente después del nacimiento como algunos otros autores afirman haber apreciado; y, aunque no dudan que podría existir alguna desviación prenatal en el desarrollo que ayude, creen que como el Autismo es *“una perturbación de la capacidad de relacionarse con el mundo”*³¹, obviamente es más evidente el trastorno en el segundo año de vida porque es cuando se producen los contactos más complicados con el mundo.

Bettelheim menciona que como el Autismo es atribuido por influencia del medio, es este el que puede también reparar estos daños, aunque esta hipótesis no siempre es válida.

Según Bettelheim el concepto de “inversión pronominal” es engañoso, ya que el niño no invierte los pronombres sino que evita utilizar el pronombre “yo”, es decir el que se refiere a sí mismo prefiriendo utilizar el “tú/vosotros”.

Por otra parte para Melanie Klein *“el simbolismo es el fundamento de toda sublimación y de todo talento, ya que es a través de la ecuación simbólica que cosas, actividades e intereses se convierten en tema de fantasías libidinales”*³², también afirma que es en esta fase cuando surge la angustia y es la que inicia el mecanismo de identificación. El simbolismo, además de ser el fundamento de toda fantasía y sublimación, también constituye la relación que existe entre el sujeto, el mundo exterior y la realidad en general.

Klein sugiere que existe una etapa temprana del desarrollo mental durante el cual el sadismo aparece en las diversas fuentes de placer libidinal.

³¹ BETTELHEIM, B. *“La fortaleza vacía”*. Barcelona, edit. Laia, 1987, p. 490.

³² KLEIN, M. *“La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”* En *“Amor, culpa y reparación y otros trabajos”*. Argentina, edit. Paidós, 1975, p. 225.

La fase en la cual es sadismo alcanza su punto culminante es cuando inicia el deseo oral-sádico de devorar el pecho de la madre y termina con la presencia de la primera etapa anal. En esta fase la intención del sujeto es apoderarse del cuerpo de la madre y destruirla con el sadismo, además de que con esta fase se constituye la introducción del complejo de Edipo.

Así pues, las fantasías sádicas que se dirigen al interior del cuerpo materno son la primera y básica relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad, por lo tanto dependerá del grado de éxito con la que supere esta fase para adquirir posteriormente un mundo externo que corresponda con la realidad.

Para que el "yo" se pueda desarrollar con éxito depende de que el "yo" tenga una adecuada capacidad para tolerar la angustia, de tal forma que requiere de una cantidad suficiente de ella para la formación de símbolos y fantasías.

Con el "Caso Dick" Klein confirma sus observaciones, ya que en él se encontraba una desusada inhibición en el desarrollo del "yo".

En este caso, un niño de 4 años con un nivel de 15 ó 18 meses en el cual no existía adaptación a la realidad y a las relaciones emocionales, sin afecto e indiferencia a la presencia o ausencia de las personas cercanas a él, además de utilizar incorrectamente su escaso vocabulario, tenía insensibilidad al dolor y no manifestaba deseo de ser consolado o mimado.

Para Klein en el "yo" de Dick existía una incapacidad completa para tolerar la angustia, y como lo genital apareció prematuramente, el objeto atacado se identificó contribuyendo a formar precozmente una defensa contra el sadismo; y por lo cual el "yo" detuvo el desarrollo de su vida de fantasía y su relación con la realidad, ya que el "yo" se desarrolló prematuramente inhibiendo el desarrollo ulterior del "yo".

La formación de símbolos se detuvo por lo que sus primeras tentativas no servían para nuevas sublimaciones. Según Klein lo que había provocado que la formación de símbolos se detuviera, era el temor al castigo cuando hubiese penetrado en el cuerpo de la madre, ya que lo único que le interesaba eran los trenes y las estaciones, así como las puertas, los picaportes, abrir y cerrar las puertas, lo que relacionaba con la penetración del pene en el cuerpo de la madre, así como las puertas y las cerraduras se relacionaban con los orificios de entrada y de salida del cuerpo materno, además de que los picaportes representaban los penes del padre y de él mismo.

Dick no vivía en fantasías la relación sádica con el cuerpo de la madre, tampoco el simbolismo se había desarrollado debido a la falta de relación

afectiva con las cosas de su ambiente, razón por la cual éstas le eran indiferentes. La falta de relación simbólica con las cosas era lo que provocaba su falta de interés por el ambiente, así como su dificultad para que se estableciera contacto con su mente.

Para Dick en su fantasía, la orina, las materias fecales y el pene, al ser los objetos con los que atacaba el cuerpo de la madre, también representaban un peligro para él, por lo que su temor aumentaba a los contenidos del cuerpo materno, en especial al pene del padre que él imaginaba en el vientre de la madre.

Dick detuvo su vida de fantasía rompiendo sus lazos con la realidad, refugiándose en las fantasías de el cuerpo vacío y oscuro de su madre, así como apartó su atención de los objetos del mundo exterior que representaban el contenido del cuerpo materno, como las heces, el pene del padre y los niños, por lo que tenía que negarlos.

Lo que Melanie Klein hizo con Dick fue explicarle lo que significaban los trenes, las estaciones y los espacios oscuros que formaban las puertas exterior e interior del cuarto donde trabajaban, el hombrecito de juguete que atacaba y que todo esto le generaba angustia, remordimiento, lástima y una sensación de que tenía que reparar. Klein indica que se debía modificar por medio del análisis un factor fundamental de su desarrollo, además de que se tenía que llegar a su inconsciente por medio del "yo" y lograr su desarrollo, así como a la libido por medio del análisis de los conflictos inconscientes, sin necesidad de imponer al "yo" ninguna influencia educacional.

Así pues, a medida que aumentaban los intereses de Dick, aumentaba también su vocabulario y recordaba las palabras usándolas de manera correcta; así como su relación con la madre y la niñera se volvió más afectuosa y normal, además de que su actitud con el padre se tornó en una relación edípica normal.

No existía regresión en el caso de Dick, sino una inhibición del desarrollo, y si bien Klein lo clasifica como un caso de esquizofrenia, no lo hace como la típica que se presenta en los niños, ya que en la mayoría de los casos, estos niños ya superaron con éxito cierta etapa de su desarrollo.

El sadismo domina los estadios tempranos del complejo de Edipo, que surgen en la etapa del desarrollo que inicia con el sadismo oral, en la que se incluyen el sadismo uretral, muscular y anal, que concluye cuando llega a su fin la predominancia del sadismo anal.

Para la psicóloga clínica Virginia Axline todo individuo “tiene su mundo privado de significados, concebido por la integridad y la dignidad de su personalidad”³³.

Axline describe el caso de un niño de 5 años llamado Dibs y su búsqueda del “yo” a través de la psicoterapia en el “Centro Infantil de Guía Psicológica” (Child Guidance Center).

Cuando Axline comenzó a trabajar con Dibs, éste llevaba casi dos años en una escuela particular, y el comportamiento observado en ella es descrito por sus maestras como un niño que no hablaba nada al principio, algunas veces se quedaba sentado, mudo e inmóvil toda la mañana; o bien se arrastraba por el piso del salón de clases, indiferente a los demás niños y a su maestra. A veces era presa de violentos berrinches cuando alguien trataba de forzarlo a realizar algo que no quería hacer y cuando era la hora de regresar a casa, además de que atacaba a la maestra que trataba de ayudarlo a prepararse para la salida. Parecía determinado a mantener a todos alejados de él, no veía a nadie a los ojos y si alguien se le acercaba, se acurrucaba sobre el piso sin moverse, no respondía cuando alguna persona le hablaba, no tomaba directamente nada de nadie. Miraba libros todo el tiempo, gateaba, se escondía bajo las mesas o tras el piano, se mecía de atrás hacia delante masticando el costado de su mano o chupando su pulgar y se postraba rigidamente en el piso cuando alguien trataba de hacer que participara en alguna actividad. Aunque a veces hacía algo rápido y de manera tranquila que mostraba que tal vez poseía una inteligencia superior, otras parecía un retrasado mental. Había hecho algunos progresos, pero lo que las maestras no lograron con éxito fue establecer una relación con él.

De los objetivos que Axline tenía con respecto a Dibs, era ayudarlo para que lograra su independencia emocional, ya que al hacerlo dependiente de ella formando una relación de apoyo, retrasaría su desarrollo en sus sentimientos de seguridad íntima. Así pues, al iniciar la terapia de Dibs con una sesión por semana con duración de una hora, Axline no indica al niño que haga determinada actividad, sino que trata de comunicarse, entenderlo y mantener su reconocimiento dentro del marco de referencia, así como de seguirlo únicamente en lo que él realizara. También se da cuenta de que Dibs debía enfrentar al mundo y que la fuerza para esto tendría que salir de él mismo, por lo que todos los cambios importantes debían surgir de él porque los demás no podían influir para cambiar su mundo exterior.

³³ AXLINE, V. “Dibs en busca del yo”. México, edit. Diana, 1989, p. 21-22.

Por medio de limitaciones predecibles, sólidas y reales el niño va obteniendo los sentimientos de seguridad, por lo que Axlina trata de ayudar a Dibs para que establezca las diferencias entre sus sentimientos y sus acciones, indica que la eficacia de una terapia consiste en que el individuo mantenga un equilibrio entre lo que trae y lo que se lleva, ya que en su opinión, si la terapia tuviera una influencia de manera predominante y decisiva en la vida del sujeto, entonces no tendría eficacia; por lo que su objetivo con Dibs era que obtuviera su independencia psíquica sintiendo la responsabilidad que implica llevarse su capacidad para asumir tal obligación por él mismo.

También indica que en la psicoterapia el valor terapéutico se basa en que el niño experimente que es una persona capaz y responsable; así como que debe aprender el respeto por sí mismo que surge al entender su propio ser, además de que va a aumentar antes de aprender a respetar las personalidades, los derechos y las diferencias de los demás.

Axlina nos indica que los padres de Dibs eran sumamente inteligentes y esto mismo los protegió aislándolos de las emociones que no aprendieron a comprender y a emplear de una manera constructiva, por lo que Dibs actuaba de igual forma esquivando alguna confrontación directa que tuviera relación con algún sentimiento, es decir que la conducta que usaba lo ayudaba para protegerse.

Para Dibs las puertas cerradas habían provocado mucho sufrimiento en su vida, ya que representaban la aceptación que se había cerrado como una puerta echándole llave en su contra; además de privarlo del amor, respeto y comprensión que el niño necesitaba desesperadamente. Dibs se vengaba de las exigencias de su padre, reprimiendo al habla sabiendo que esto lo molestaba.

Axlina explica que no se debe forzar a un niño para que pruebe que puede ser capaz, ya que se provocan resultados desastrosos. Lo que se debe hacer es darle amor, aceptación y comprensión ya que se le puede destruir al enfrentarlo con el rechazo, la duda y a pruebas interminables.

Para que una terapia funcione, es necesario que los padres estén dispuestos a asistir y a cooperar en la solución de los problemas, de lo contrario aunque asistan, si posteriormente se resisten, el avance es muy poco, ya que la postura de defensa ante una amenaza provoca una barrera insuperable. En el caso de Dibs, sus padres cambiaron su forma de verlo y comprendieron sus progresos, así como también se encontraron consigo mismos de la misma manera como Dibs lo estaba haciendo.

Al final de la terapia y, a pesar de que Dibs era intelectualmente superior, en la escuela progresó de igual manera que el resto de sus

compañeros, tal vez porque si demostraba esta superioridad con ellos lo aislarían al considerarlo diferente, y como estaba encontrando su "yo", necesitaba una atmósfera tranquila, optimista y delicada; aunque en el ámbito social y emocional alcanzó nuevos horizontes que lo empezaban a integrar al mundo exterior y que lo llevarían a un desarrollo total.

Por otra parte, hasta que Dibs habló con su padre, convivió con él y sus experiencias fueron más satisfactorias, ante lo cual se sintió seguro de su relación, por lo que pudo expresar de manera más abierta, directa y de forma más completa las expresiones de venganza y odio que sentía hacia su padre.

A base del control responsable que había aprendido, Dibs podía expresar lo que sentía, por lo que tenía mayor conocimiento de sí mismo, que al aumentar le daría la libertad para manejar su capacidad y sus emociones de una manera más positiva.

Al final de las sesiones Dibs aprendió a comprender sus sentimientos, a enfrentarlos y a controlarlos; ya no sentía miedo, ira ni odio o culpa, ya que era una persona por derecho propio y como ya no tenía temor por ser él mismo, ya podía aprender a respetar y aceptar a otros.

Así pues, Axline opina que *"todos somos personalidades que crecen y se desarrollan como resultado de todas nuestras experiencias, relaciones, pensamientos y emociones"*³⁴.

Por otra parte, Maud Mannoni es otra autora que nos explica el Juego Fort-Da que, según Freud es paralelo al nacimiento de un sujeto, en el que la madre al marcharse es el objeto ausente y el signo significante es cualquier objeto de identificación significante con la madre para poder orientarse con respecto a una ausencia.

Así pues, en la Escuela Experimental de Bonneuil se utilizan las bases del juego Fort-Da, pero se le da al niño un espacio significante, en el cual se pierde por lo que tiene la ilusión de renacer, aquí la madre no es la que se va, sino que el niño la abandona y abandona Bonneuil por lo que *"se mantiene idéntico el tipo de discurso que se establece a partir de una presencia perdida"*³⁵.

Mannoni menciona que Winnicott afirmaba que para un el destete acertado, el niño debe pasar sin miedo el trayecto ilusión-desilusión, en el que la ilusión es la pertenencia del seno materno al niño y, al efectuarse este trayecto, se liberan cargas psíquicas que dan lugar poco a poco a que se tengan

³⁴ AXLINE, V., Op. cit., p. 23.

³⁵ MANNONI, M. "La educación imposible". México, edit. Siglo XXI, 1988, p. 70.

intereses culturales. No hay ausencia de este tipo de cargas psíquicas en el Autismo, ya que la etapa de ilusión fue perturbada, por lo que el niño trata de permanecer protegido en su "fortaleza" sin relación con la realidad exterior. Sólo encontrará seguridad para dominar las frustraciones y poder afrontar sin miedo un mundo extraño, si encuentra un sustituto materno.

Los otros son los que estructuran el espacio y el curso del desarrollo del niño, por lo que es el otro el que le da el sentimiento de que tiene un lugar en el mundo y este sentimiento también está ligado a la manera en que su vida "cuenta o no para alguien" más.

En el Autismo no existen terceros en la relación del niño con la madre, por lo que en el plano del cuerpo imaginado el niño y la madre son uno, y el cuerpo real del niño sólo es una prolongación del de la madre. Aún separado espacialmente el niño de su madre, permanece ligado en el plano de los órganos, por lo que las separaciones producen a veces malestares o desórdenes orgánicos pero que son necesarios para que el niño se reconozca como ser separado de su madre.

Quando el niño autista descubre en sí mismo otro cuerpo, puede tener emociones e intereses sexuales que lo pueden llevar a funciones digestivas o a sus excrementos. También puede llevar su objeto de amor hacia otro distinto de sí mismo.

Mannoni describe que en Bonneuil el niño autista además de representar un papel en la escena escolar, también desempeña una función con los demás. Realiza actividades en las que el cuerpo se expresa y el lenguaje queda en suspenso, con lo que el niño trabaja con los recursos de su cuerpo.

También explica que en el tratamiento del niño autista lo primero que acepta es sostener la mirada del otro, después se deja tocar y al final permite que lo oigan.

Para Mannoni ese saber teórico se debe utilizar para orientarse en la búsqueda clínica y no para ocultar la verdad, como le sucedió a Itard en el caso "Victor"^(*), en el que no permitió que éste lo guiara, por lo que la Sra. Guérin obtuvo más progresos, porque en su caso dejó que el Victor ocupara el lugar del docente y le dictara el mensaje que ella le dirigiera, es decir que él guiara el tratamiento.

(*) El cual se menciona en el Capítulo I Antecedentes, p. 11.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO

V. TRATAMIENTO

En recientes escudriñamientos en el área de pragmatismo o bien conducta de comunicación social, se sugiere una nueva línea, potencialmente provechosa, de investigación en esta dirección. Los aspectos sociales del lenguaje son las conductas que acompañan la comunicación verbal, de este modo se permite una comunicación próspera, apropiada y una conversación que se puede percibir de manera normal. Una variedad de diferencias topográficas en las estructuras del lenguaje pueden servir para un niño en una función similar, y no todas de estas pueden ser percibidas como apropiadas socialmente por otros miembros de la sociedad. Muchos autores afirman que aún nos encontramos lejos para comprender completamente el área de la conducta de comunicación social. Sin embargo lo que resulta claro es que en el déficit social, que es primario en el diagnóstico de Autismo, las comunicaciones apropiadas aumentan las dificultades para las personas que padecen estos desórdenes.

Por lo cual se sugiere que tanto el fenómeno del Autismo Infantil Temprano, como las observaciones de un desarrollo normal, son vitalmente importantes en dominios de la función psicológica que fue esencial en la conexión entre la experiencia de niños con relaciones interpersonales y el entendimiento, conocimiento o inteligencia de personas con "mente".

Además de que, en base a extensas investigaciones, así como al principio del respeto a los derechos de los estudiantes, las personas con Autismo pueden y deben ser tratados con dignidad y tienen oportunidad para acceder a una educación.

Así pues, principalmente lo que se persigue en el tratamiento de los niños con Autismo es:

- 1) Terminar con el comportamiento inadecuado, extraño y agresivo del niño que no le permite relacionarse y comunicarse con los demás.

- 2) El desarrollo de destrezas educativas requiere tanto los periodos de fijación de su atención como su capacidad de percepción, por lo que se deben de aumentar.
- 3) Guiar al niño para cuidarse a sí mismo por medio del desarrollo de sus destrezas.
- 4) Proveer de oportunidades al niño para que se relacione con los demás.
- 5) El desarrollo de destrezas de comunicación por medio de una suficiente estimulación para la adquisición de vocabulario y del manejo del lenguaje.
- 6) Proporcionar al niño experiencias educativas y sociales para que puedan relacionarse con los demás de una manera adecuada, por medio de un adiestramiento enfocado hacia los padres.

Para Rutter las necesidades principales que los adultos jóvenes autistas requieren son: una formación profesional idónea y de ayuda para resolver los problemas sociales y comportamentales, los cuales son los que frecuentemente les impiden acceder a puestos de trabajo.

Por lo cual los Objetivos Educativos según Rutter (1970) y Wing (1976) deben ser:

- a) Prevenir o reducir los problemas secundarios de conductas.
- b) Encontrar enfoques que eviten los problemas primarios.
- c) Encontrar formas de ayudar a los niños para adquirir funciones que intervienen en los problemas primarios.

Aunque existía la polémica sobre la forma como estos objetivos se podían contener en los planes de estudio.

Por otra parte, se requiere de un plan individual en el cual se proporcione una educación diseñada especialmente para llenar las necesidades específicas de cada paciente autista. Además de un servicio de consejería para

la familia que le sirva de apoyo y de guía en la educación de un pariente con Autismo.

El valor educacional para cada niño autista se debe determinar de acuerdo a la base del perfil de destrezas y déficits que presenten. Los procedimientos de condicionamiento operante específicos tienen que adaptarse a las necesidades individuales de cada niño y a los detalles prácticos de los ambientes de su hogar y escuela; esto en base a un estudio realizado por Russell (1975), en el cual comparó dos grupos de niños autistas: uno que asistía a centros de entrenamiento diurno administrados por el organismo estatal, encargado de la salud mental para niños retrasados; y el otro con niños que asistían a centros especiales. Los resultados mostraron que, después de un año, estos últimos lograban una mejoría mayor en las destrezas sociales y verbales.⁽³⁶⁾

También Bartak y Pickering (1976) opinaron que era crucial fijar metas concretas, basándose en el estado por el que en ese momento se encontraba el niño en cada una de sus áreas de desarrollo.

Rutter y Sussenwein a principios de los años setentas trataron de diseñar métodos de tratamiento partiendo de la idea de que el Autismo está asociado a alteraciones cognitivas, ya que varios autores además de Rutter, subrayaban que los problemas del niño autista radican en el procesamiento simbólico y no únicamente en la producción del habla. Por lo tanto, Rutter y Sussenwein sugirieron "el juego social" como la manera más adecuada para facilitar el desarrollo social, porque ayuda a desarrollar las destrezas prelingüísticas para la comprensión del lenguaje, y no en la producción de éste, lo cual no es el problema. Para estos autores cuando los niños autistas reciben una terapia óptima, ésta es educación y cuando la educación es óptima entonces es terapia.⁽³⁷⁾

Los resultados de un estudio presentado en el "Journal of abnormal child psychology" titulado "Social stimulation and joint attention in young autistic children" por Lewy y Dawson (1992), suponen la noción que el contexto social puede ser una importante influencia en la expresión de síntomas autistas. Los niños autistas relativamente carecen de respuesta inmediata para las centenas manipulaciones de niños en términos de

³⁶ RUTTER, M.; SHOPLER, E. y otros. "Autismo, Reevaluación de los conceptos y el tratamiento". España, edit. Alhambra, 1984, p. 413

³⁷ IBIDEM, p. 348.

empeño unido coordinado, sin embargo, sugieren que estas destrezas, son solo responsables parcialmente de manipulaciones contornometales; sin embargo, los efectos de un contexto social fácil en atención conjunta, aún cuando es usado por un largo periodo de tiempo, tiene que ser asesorado. De acuerdo a estos descubrimientos, los autores sugieren que el déficit de la atención conjunta puede ser una función de factores inherentes para el Autismo en transacción con el contexto social.

Estos estudios proveen para el crecimiento de la literatura en una prometedora estrategia terapéutica para niños con Autismo Temprano. Los resultados de estos estudios sugieren que la intervención directa con estos niños puede haberles servido para incrementar los niveles de destrezas sociales y cognitivas, tales como la complejidad de jugar con juguetes y el juego simbólico en adición de la atención conjunta. En casos que dan como resultado un deterioramiento autista provocado por influencias genéticas o factores extrínsecos, Perry et al en su artículo "Case study: Deterioration, autism, and recovery in two siblings" (1995), sugieren que esta condición puede ser modificada por medio de una terapia conductual rigurosa, la cual cambia el circuito neuronal antes de que la condición se convierta en permanente.

Por otro lado Hall (1992) determinó que la detección, así como el tratamiento temprano de los desórdenes en inhabilidad permanente, como parálisis cerebral, incapacidad mental y Autismo, aunque no se pueden curar por medio del tratamiento temprano, sí se puede mejorar su calidad de vida y adaptarla por medio de ayuda en la función familiar de la que copian sus habilidades. Hall también sugirió que en la etapa preescolar, todos los niños deberían de tener acceso a un consejero, un grupo de juego y a una enfermería escolar, ya que con ellos es en donde la identificación de problemas potenciales tiene lugar y se puede aconsejar a los padres para proveerlos de un apoyo; por lo que se requieren de profesionales que puedan brindar sus servicios para guiar a los niños pequeños y a sus familias.

En su artículo "Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder. Where are the boundaries?", Bishop (1989) menciona que Rutter en 1985 afirmó que se requiere considerar el nivel y el modelo de incapacidad cuando se debe decidir el lugar educacional en el que se va a tratar al niño autista, ya que en algunos casos los niños se encuentran en condiciones favorables en un centro de atención para deterioramiento del lenguaje o bien con niños incapacitados mentalmente, pero que también si se cuenta con un soporte apropiado, podrían estar hasta en una escuela de educación normal.

Por otra parte, Szatmari en su artículo "Asperger's syndrome: diagnosis, treatment, and outcome"(1991), sugiere una educación para padres y maestros como un tratamiento para los niños con Autismo o SA, en la cual maneja los siguientes puntos:

- Primeramente se debe tener una identificación e intervención temprana, ya que estos son de extrema importancia para el tratamiento.
- Debe existir una intervención en la conversación y en el lenguaje, particularmente en la etapa preescolar y en los años de edad escolar.
- Con adolescentes se sugiere un adiestramiento en grupos de terapia o destrezas sociales; aunque esto puede no tener un efecto apropiado en la conducta social si no es modificada.
- Terapias individuales y familiares.

Dunlap y Fox (1999) sugirieron que se debe tomar en cuenta que los estudiantes con Autismo son primeramente estudiantes, ya que ellos aprenden también con enseñanzas prácticas, apropiadas, sistemáticas e individuales.

En base a todos estos estudios, los tratamientos recomendados para manejar pacientes con Autismo son:

V.1. Tratamientos Bioquímicos.

Según Corzo-Suárez los tratamientos que se deben seguir en pacientes autistas dependen de manera importante en su etiología para poder tener un tratamiento adecuado basado en un diagnóstico específico. Pero como en muchos de los casos el Autismo se produce por una etiología múltiple, lo ideal es diseñar un tratamiento de acuerdo a cada paciente en particular y a su diagnóstico individual. Además de que no se debe manejar ningún tipo de terapéutica como un tratamiento único sino que se deben combinar los conocimientos médicos, del maestro, del terapeuta y de los padres o familiares del paciente.

En los trastornos metabólicos, Corzo-Suárez recomienda restricciones dietéticas como medidas de control, en los que se administra lo que el metabolismo requiere para su buen funcionamiento.

Por lo tanto sugiere que en los casos en que la etiología se deba a una disminución genética de la fenilalanina-4-hidroxilasa, llamada FCU Clásica, se debe tratar al paciente con una dieta baja en fenilalanina, sin descuidar la buena alimentación. Otro tipo de este padecimiento en el que falta un componente del sistema de hidroxilación de la fenilalanina llamado dihidropterina reductasa, pero que si se tiene la fenilalanina hidroxilasa en cantidades normales, se debe administrar precursores de catecolaminas como L-DOPA y 5-hidroxitriptófano. Cuando se sospecha que existe Autismo Purínico, lo que se recomienda en una dieta baja en purinas, además de administrar Alopurinol e incluso magnesio y fósforo como complementos.

Cuando se identifica el Autismo por Acidosis Láctica, el tratamiento recomendado es la administración de Tiamina (Vit. B-1), además de una dieta baja en azúcares.

En la Hipocalcemia se recomiendan suplementos de calcio; aunque la efectividad de estos tratamientos aún no ha sido probada de manera total.

Stern et al en su artículo "A controlled crossover trial of fenfluramine in autism"(1990) manifestaron que, de acuerdo a sus estudios, se descubrió que la Fenfluramina puede conducir hacia mejoramientos modestos en la función cognitiva, en el lenguaje y en la conducta, todo esto en una proporción de niños que padecen desórdenes autistas; aunque la información sobre los

efectos de la Fenfluramina a corto o largo plazo se encuentra hasta ahora incompleta. Baron-Cohen y Bolton (1998) indicaron que la fenfluramina reduce el nivel de serotonina en la sangre y que ésta se encuentra en niveles altos en un tercio de los niños con Autismo, pero que no tiene efectos positivos o bien tiene muy pocos.

Estos autores también indican que la Naltrexona bloquea los efectos de sustancias llamadas opioides que el organismo segrega en el cerebro y que también se manejan como causales de Autismo.

V.2. Terapias Psicológicas.

La psicoterapia utilizada en pacientes con Autismo reporta buenos resultados al trabajar directamente con el origen del trastorno. Autores como Klein y Axline han hecho trabajos donde describen casos con los que se han enfrentado, logrando por medio de la Psicoterapia, obtener cambios de conducta y de personalidad de forma permanente.

Las terapias psicológicas utilizan el “Juego Simbólico” en el niño para encontrar dónde se detuvo el desarrollo y las posibles causas que lo provocaron, además de que se expresan los miedos que de esta manera pueden ser manejados, aunque la recuperación del paciente debe venir de él mismo, porque los demás no pueden influir para cambiar el mundo exterior del niño. Klein en su trabajo indica que se debe llegar al inconsciente por medio del “yo” y lograr su desarrollo sin imponerle ninguna influencia educacional. Para Axline cuando el niño entiende su propio ser, aprende a respetarse a sí mismo, lo que origina que respete las personalidades, los derechos y las diferencias de los demás individuos.

Para Mannoni los niños autistas no han podido simbolizar la relación madre-hijo y lo que tienen es una especie de no-reconocimiento. Esto es debido a que la madre se encuentra muy presente y preocupada por satisfacer a su hijo en el plano del deseo, lo que le dificulta al niño hacerse oír por

medio del habla, ya que las primeras manifestaciones del individuo son la continuación a las señales que la madre da como respuesta, por lo que es necesaria la pérdida y el reencuentro con ella, para que de esta manera exista una llamada por parte del niño y que pueda recibir del Otro el complemento a esta llamada. Mannoni opina que con el niño autista se debe tratar de volver hacer todo el trayecto de forma inventada, iniciando con la situación de ruptura que favorezca el surgimiento del habla; por lo que en su escuela "Bonneuil", ella trabaja el Autismo dándole al niño un cambio de lugar que propicie la ausencia que la madre y el necesitan para metaforizar su relación con el otro, porque muchas veces es el adulto quien impide la separación.

Al regresar el niño autista que habla negativiza su lugar de estancia, aunque le haya agrado; y el niño mutista traduce este rechazo por medio de un desorden orgánico pasajero el cual indica que su protección contra el mundo exterior se está perdiendo. Esta protección que Mannoni menciona como "tela de araña", es un sustituto del vientre materno al que no puede volver, por lo que al separarse *"el niño autista conquista la reaprobación simbólica de un cuerpo que había abandonado -en lo real- al poder de otro (al ser la madre dueña de sus órganos). Surge de ella deseando y hablando."*³⁸

La reintegración al vientre materno, ya sea prohibida o imposible, revela o encubre lo que se refiere a la prohibición de devoración, lo cual es la prohibición de asesinato, que es en lo que se basa la relación entre los humanos y de la que un tipo de familias de psicóticos carecen.

En opinión de Bettelheim, la forma para que un niño autista obre por su cuenta es propiciando condiciones para que esto se realice; es así como va adquiriendo su sentido de identidad y que reconozca que existe otra persona dentro de un campo de experiencia que ya cuenta con forma.

³⁸ MANNONI, M., Op. cit., p. 76.

V.3. Terapias Conductuales.

Zappella en su libro "No veo, no oigo, no hablo", afirma que a través de la práctica terapéutica, a podido comprobar que, si se mantiene al niño en una relación corporal con una estrecha proximidad, además de que se pone en dificultad sus defensas más importantes de manera progresiva, esto desata crisis de rabia con gran violencia, pero que inmediatamente después de estas, se manifiesta una mejor disposición y una creciente colaboración para dejar su mundo cerrado y poder acercarse a los demás. Aunque Baron-Cohen y Bolton en su libro "Autismo. Una guía para padres", afirman que aunque no haya acercamiento o abrazo, pueden encontrarse cambios similares, lo que puede deberse a factores diferentes a la proximidad.

Rutter y Bartak en 1973 afirmaron que las áreas de mayor éxito con la intervención educativa en niños autistas eran en las destrezas de auto-ayuda, lenguaje, lectura y los conceptos de números, así como diversas conductas problema; y las de menos éxito fueron en modificación de algunos déficits de destreza, particularmente las del juego y de desarrollo social, ya que la mayor parte de los niños mejoraban muy poco en estas áreas por la limitada conciencia social y sus pocas destrezas sociales, las cuales provocan los problemas que se presentan en los autistas adolescentes y adultos jóvenes; ante lo cual los autores recomendaban que se estudiaran estas destrezas para tratar de enseñarlas.

Aunque Ross en su libro "Terapia de la conducta infantil" menciona que Romanczyk y sus colaboradores en 1975, reconocieron que en el desarrollo normal del niño, muchas de sus habilidades sociales son producto de las interacciones juego-juguete que se dan con sus compañeros; por lo que el niño seriamente trastornado, al carecer de estas habilidades sociales, tampoco utiliza los juguetes de una manera apropiada. De tal forma que, al realizar algunos estudios con niños diagnosticados con algún síndrome neurótico, como esquizofrenia infantil o bien casos de Autismo Infantil Temprano, los investigadores reconocieron que sus hallazgos demostraron que el juego social de los niños trastornados en forma severa se puede modificar de manera grupal por medio de personal que no requieren mucho entrenamiento.

Ross también menciona que, según un estudio realizado por Strain, Shores y Timm en 1977 sobre la conducta social positiva de niños retraídos

con deficiencias sociales muy marcadas con una edad de entre 3 años 3 meses y 4 años 5 meses, encontraron características como: rabietas frecuentes, un retraso en el desarrollo del lenguaje, además de que en sus pruebas de inteligencia se encontraban dentro de los límites anormales, es decir desde 25 hasta 58, con una media de 42. Cuando los "terapeutas auxiliares", los cuales eran niños de edad similar, normales e inteligentes (con un I.Q. promedio de 129), iniciaban una intervención activa al invitarlos a jugar, los niños respondían y además también iniciaban por su propia cuenta una conducta de juego hacia el auxiliar, pero esta conducta disminuía al no iniciar los terapeutas auxiliares el juego social.

Según Theodore Shapiro, la mayor importancia en el desarrollo del lenguaje del paciente Autista, es una maduración cognitiva y gramatical que se adquiere al aumentar la complejidad lingüística que no se desarrolla a pesar de los cambios en el habla que incluyen un mayor repertorio de elementos léxicos y expresiones.⁽³⁹⁾

María Callias afirma que los programas de lenguaje y comunicación tienen controversias por su contenido, ya que existen diferencias en opiniones con respecto a los niños que tienen una comprensión razonable aunque, no llegan a adquirir el habla a pesar de tener una enseñanza adecuada. Callias también dice que Lansing y Schopler demostraron que para facilitar la comunicación se puede utilizar el lenguaje sistemático de signos y otras innovaciones, pero se encontraron con el inconveniente de que algunos maestros no aceptaron introducir nuevas maneras de comunicación, por el temor de que se suplantarán o se inhibiera el desarrollo del lenguaje hablado.⁽⁴⁰⁾

Por otra parte, de acuerdo a resultados obtenidos en un estudio realizado por Scherer y Olswang presentado en el artículo "Using structured discourse as a language intervention technique with autistic children"(1989), se demostró que el valor del discurso estructurado facilita la literatura lingüística en niños autistas, ya que el niño la refuerza por medio de la consecuencia natural proveniente del proyecto conversacional y del juego.

En otro trabajo titulado "Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism" (1994), presentado por Alcántara, se

³⁹ RUTTER, M., Op. cit., p. 347

⁴⁰ IBIDEM. p. 435

investigó el beneficio que trae consigo el trabajar con el videotape instruccional con niños autistas; en el cual se manifiesta que es una efectiva estrategia para promocionar la adquisición de destrezas y, ya que los instructores o maestros son los que implementan una variedad de enseñanza de técnicas en los salones, ellos pueden ser más receptivos para la conducción de estudios de réplica. El autor afirma que con este estudio se demostró que, en combinación con la técnica modelada de videotape, ésta puede ser asistida de manera deliberada a través de sugerencias y reforzamientos por maestros en la muy familiar estrategia de salón.

Según Alcántara, el videotape instruccional aparece para ser una prometedora técnica que promueve generalización. En adición, es una tarea maestra para todos los estudiantes, en virtud de que se realiza con un reducido número de sesiones. Como el escudriñamiento se basa en el conocimiento para extender la generalización, el uso de técnicas que promuevan conductas generalizadas quiere producir gran impacto en el estilo de vida de gente con incapacidades, para generalizar conductas escolares. En los resultados de este estudio, lo que el videotape instruccional embalaga es una estrategia que puede ofrecer un camino para expandir la instrucción de las destrezas sobrevivientes de la comunidad.

Dyer y Williams (1991) afirmaron que la estrategia de intervención de comunicación naturalística usada por los maestros, facilita la generalización de destrezas de comunicación en un ambiente natural. Dentro de los aspectos positivos se encuentra la reactividad del maestro por la presencia del videotape dentro del salón de clases. Aunque tiene sus limitaciones, porque la disciplina o educación y la evaluación solo son recibidas por el tiempo que están los niños en el ambiente del salón de clases recibiendo instrucción.

Por otra parte, Fejerman et al (1994) en su libro "Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo"(p. 110-120), sugieren que para tratar al Autismo se deben realizar las siguientes Estrategias Terapéuticas:

- Análisis conductuales.
- Técnicas de modificación de conducta.
- Un entrenamiento auditivo.
- Integración sensorial y sensoriomotriz.
- Entrenamiento en pautas sociales.
- Vitaminoterapia.

- Terapias dietéticas.
- Tratamientos farmacológicos.
- Procedimientos de comunicación facilitada.

Por otra parte, en la última década el tratamiento psicoanalítico ha perdido preeminencia para los autistas y sus familiares, por lo que se sugiere extender un entorno terapéutico hacia el hogar y la comunidad, contribuyendo de esta manera para que el niño alcance un desarrollo y un crecimiento óptimos dentro de los límites de su discapacidad.

En este mismo trabajo Fejerman plantea que:

- * Aunque es muy difícil que a un niño autista se le pueda aplicar un test, existen muchos que son más testeables de lo que se puede imaginar.
- * El Autismo se encuentra en todos los niveles cognitivos.
- * Los niños autistas tienen un lenguaje desordenado por lo que:
 - Requieren de terapias específicas de lenguaje, porque si no se les proporcionan, lo más probable es que el niño nunca hable.
- * El lenguaje puede estar alterado en el ingreso, la decodificación, el procesamiento o la ejecución motora, por lo que:
 - Se debe trabajar con especialistas en patología del lenguaje y fonaudiólogos que puedan detectar el problema; ya que el lenguaje puede tener las siguientes características:
 - Mutismo.
 - Disprosodia.
 - Déficit receptivos.
 - Jerga.
 - Retención del lenguaje.
 - Ecolalia.
 - Hiperverbalismo.

➤ Por lo cual se debe buscar una buena comunicación interpersonal y buscar el contacto cara a cara. También para lograr un desarrollo en el Lenguaje Comunicativo se deben establecer:

- ➔ Relaciones interpersonales.
- ➔ Autocontrol.
- ➔ Pautas de juego.

➤ La Terapia formal del lenguaje puede ser:

- ➔ Grupal.
- ➔ Individual.

➤ Dentro de las Actividades Grupales estructuradas se encuentran:

- ➔ La Música.
- ➔ El Arte.
- ➔ Las Sensoriales.


➤ Dentro del Juego Semiestructurado se debe trabajar:

- ➔ Con Adultos.
- ➔ Con los padres.

➤ El manejo de los padres puede acentuar o atenuar los trastornos que el niño presenta, por lo que deben estar integrados al programa de intervención y participar en todos los aspectos.

➤ Se requiere de un equipo interdisciplinario en el que participen un grupo de especialistas que presten sus servicios de manera coordinada, el cual incluya a un profesor de educación especial, un patólogo del habla, un psicólogo clínico y un especialista en el desarrollo del niño,

➤ El entorno adaptado para el desarrollo del niño debe ser:

- ➔ Predecible
 - ➔ Consistente
- 
- Expectativa clara de las condiciones deseadas.
 - Consecuencia clara de las condiciones no deseadas

- Se debe ser firme pero sin mostrar enojo para obtener:
- Control físico.
 - y
 - Control verbal.

Por otra parte, Simons y Oishi en su libro “El niño oculto. El método Linwood para el tratamiento del autismo”, afirman que una intervención temprana, intensiva y prologada puede hacer que los niños con Autismo superen los severos obstáculos con los que se enfrentan. Simons comprendió que se requería de un programa de internado para tener de esta forma un tratamiento consistente, que se pudiera enfocar e individualizar, todo esto tratado en un entorno diseñado y estructurado para amoldarse a las necesidades de cada niño. Además de que a los padres y familiares les proporcionaría un descanso, un periodo durante el cual vivieran una vida normal y tener interacciones familiares normales.

Por lo anterior en 1955 funda La Escuela Linwood, en donde las ideas básicas con las que trabajan son las siguientes:

- 1º. Se acepta al niño en su totalidad. Es decir, no se clasifica su conducta como buena o mala. Se asume que actúa porque es su única opción en ese momento en particular. Lo que Simons y Oishi observaron con esta acción fue que, aunque su entorno se estructura de manera que aliente al cambio, los niños desarrollan conductas más apropiadas, su necesidad de comportarse de cierta manera se respeta y se acepta siempre, disminuyendo las conductas peligrosas e inapropiadas.
- 2º. El punto principal del tratamiento es la salud del niño. Así pues, el tratamiento se enfoca más a la identificación de conductas que a la de suprimir síntomas que puedan interferir en el aprendizaje. Por lo tanto, cualquier conducta del niño puede utilizarse para tener contacto con él, además de que puede convertirse en un medio que mantenga el interés del niño hacia nuevas actividades de su repertorio conductual.
- 3º. Toda la educación es terapia, toda la terapia es educación. Para el Método Linwood la terapia es una forma de vida. Su terapia conductual hace énfasis en que es más importante el contexto o ambiente en el que se lleva a

cabo el aprendizaje que el contenido académico, es decir, lo que se enseña. Las personas que conviven y trabajan con los niños les muestran las normas de conducta a seguir, además de invitarlos a adoptarlas cuando se encuentren listos para ello. Además estas personas trabajan muy de cerca con los padres, profesores, supervisores de las escuelas y trabajos en donde los niños y jóvenes acuden fuera de la escuela Linwood.

- 4º. La terapia es flexible. La ruta por la que se trata de ayudar al niño a salir de su aislamiento autista y convertirse en miembro funcional de la sociedad, puede ser variada para cada individuo. Así pues, todas las expectativas, las recompensas y los límites van dirigidos al nivel del desarrollo de cada niño en particular, más que a su edad cronológica.

Por todo esto Simons y Oishi recomiendan que, con el fin de ayudar a estos niños, se deben tomar en cuenta los siguientes elementos, los cuales se llevan a cabo durante toda la terapia de una manera interrelacionada muy de cerca y frecuentemente combinados:

- ✓ Observación.- Se debe evaluar cuidadosamente el nivel de funcionamiento del niño. Esto debe ser con un enfoque individual para la terapia.
- ✓ Establecimiento de relaciones.- Se debe ayudar al niño para que tome conciencia de su entorno al establecer contacto con él. Esto es con el fin de que soporte las presiones y las frustraciones que inevitablemente se presentarán a medida que se le va ayudando a crecer y a aprender. También se crean puentes entre el aislamiento del niño y el mundo exterior. Esto se maneja con 2 ó 3 adultos responsables de grupos de 5 a 7 niños, con el fin de que interactúen un número de niños y adultos de diferentes personalidades.
- ✓ Cambio de Conductas. Para que la conducta del niño poco a poco sea más variada, más aceptable socialmente y más funcional, la terapia consiste precisamente en iniciar cambios en la conducta que el niño autista presenta, por medio de un reforzamiento positivo de los aspectos de las conductas ya existentes, y no como castigos o un condicionamiento aversivo. Por tanto, tienen “reforzadores naturales”, los cuales se derivan de las necesidades de cada niño en particular, además de sus intereses o

inquietudes; además de que se le permite que sus necesidades determinen las prioridades, por lo que ellos mismo marcan el paso que se debe seguir. El personal no manipula al niño lo único que hace es modificar el entorno, para que la diaria estructura del entorno natural y las consecuencias que surgen de sus propias actividades actúen como reforzadores, y de esta manera se produzcan de manera gradual conductas nuevas.

Comenio dijo que una buena educación consiste en aprender las mismas cosas una y otra vez en una serie de niveles sucesivos, es decir:

- 1o. Mediante y únicamente la **Acción**.
- 2o. La **Palabra Hablada**.
- 3o. Sólo finalmente por la **Reflexión Teórica**.

Según Piaget todo esto se practica muy poco por la falta de colaboración lo bastante estrecha entre la pedagogía experimental y la psicología.

Rutter, Bartak, Pickering y Elgar en los años setentas propusieron una Organización del día escolar, el cual comprendía un horario planificado y bien organizado en el que se asigna un tiempo a distintas actividades. Durante ese día se debe actuar con flexibilidad, de tal forma que se elaboran programas separados y de manera específica para ajustarlos a las necesidades de cada niño en particular. Aunque es una estructuración de cualquier tarea particular de aprendizaje, ya que los estímulos que se dan al niño y sus respuestas producidas deben ser controladas o estructuradas por el maestro de manera que se le facilite la conducta correcta.

Dunlap y Fox recomendaron algunas consideraciones para tener un Contexto Instruccional y son:

- Los estudiantes deben tener buena salud, no deben tener pena o enojo; en caso de existir, se debe estimular un estado placentero.

- ✓ Se deben proveer de herramientas, tales como escritura o pintura, para que las actividades que surjan sean pronosticadas y entendidas.
- ✓ La base del currículum se debe hacer de acuerdo a las características individuales del estudiante, no en el nivel de Autismo, ya que el diagnóstico de éste no nos indica qué o cómo enseñar.
- ✓ El punto de enfoque debe estar en el desarrollo de las destrezas del estudiante para usarlas en el curso y en la futura vida escolar, en su hogar y en la comunidad.
- ✓ Se requiere ser cuidadoso en la elaboración y asistencia de nuevos planes para nuevos estados y nuevas experiencias escolares.
- ✓ Se requiere del apoyo de los padres y otros miembros de la familia para que participen del currículum, instrucción y el monitoreo; ya que ellos tienen el vital recurso de la información sobre el estudiante acerca de su historia y las características de su aprendizaje, lo cual puede ser usado para una efectiva instrucción.

El salón de clases provee a los estudiantes con información de eventos, actividades y expectativas de una manera en la que el estudiante con Autismo pueda fácilmente entender. Las actividades visuales pueden ser usadas para ayudar a los estudiantes y a sus maestros para cumplir las expectativas de entendimiento en el salón de clases, ya que muchos requieren de soportes para comunicarse con los demás. Mientras más estudiantes con Autismo aprenden a usar el habla para comunicarse, muchos todavía tienen grandes dificultades para expresar sus necesidades y sus deseos. Ellos pueden necesitar del uso de sistemas visuales, signos de lenguaje o se deben acrecentar proyectos como una manera adicional de comunicación expresiva.

Es importante que en el salón de clases existan actividades y materiales que sean interesantes y que motiven al estudiante.

El maestro observa al estudiante en diferentes actividades en las que intervienen miembros de la familia, para identificar las actividades u objetos que lo motivan. Esta preferencia por objetos o actividades puede ser usada como instrucción, como reforzamiento o complemento de las actividades

obligadas, ya que si tienen oportunidad de escoger la actividad, lugar o materiales de una tarea, les gustará más realizar las actividades obligatorias.

Dunlap y Fox sugirieron la aplicación de pruebas para tener un formato instruccional efectivo para especificar la enseñanza de las destrezas de una manera intensiva y eficiente. En ella se estructura un formato en el cual se especifica de forma clara y concisa la instrucción, una sugerencia adicional de ser necesaria y el reforzamiento explícito o recompensa para el cumplimiento en lo sucesivo de la destreza. Estas pruebas de instrucción modifican una sola conducta a una forma masiva con sólo una breve pausa entre cada prueba.

Pueden ser incluidos los estudiantes con Autismo en pequeños grupos e inclusive en salones de clases donde existen compañeros sin incapacidades, ya que estos han aportado un soporte instruccional muy efectivo. Grupos de enseñanza cooperativa también aportan un modelo para incluir al estudiante con Autismo, a quien se le puede enseñar destrezas diferentes del resto de sus compañeros.

Por tanto Rutter también afirma que le parece conveniente que niños autistas convivan con una población escolar heterogénea, y no únicamente autista, es decir con niños que hablan para que el desarrollo social reciba más atención y los maestros fomenten esa interacción.

CAPÍTULO VI

EL PEDAGOGO Y EL
AUTISTA

VI. EL PEDAGOGO Y EL AUTISTA

En los casos de Autismo el papel del pedagogo se enfoca en mejorar su estado y, como ya hemos mencionado en el Capítulo de Tratamiento, es necesario un plan para cada caso, por lo que se requiere de una educación diseñada específicamente para las necesidades de cada individuo.

Molina (1994) indica que los objetivos de la intervención psicopedagógica son: promover el desarrollo normal, reducir la rigidez y estereotipias que interfieren en el funcionamiento del niño autista, eliminar las conductas maladaptativas no específicas y disminuir el estrés familiar. Todo esto a través de una atención educativa extremadamente individualizada, partiendo de un análisis específico de las conductas concretas que cada niño presenta.

Así pues, el pedagogo organiza las actividades del estudiante, es decir trabaja en la planeación del currículum, basándose en las necesidades, habilidades y características individuales del autista. Además puede trabajar directamente con el niño en el salón de clases y como apoyo-guía para los padres en la educación de su hijo.

VI.1. La Planeación del Currículum.

Lo que se debe tomar en cuenta al planear el currículum, es que la base para cambiar a los estudiantes con Autismo, según Dunlap y Fox, debe empezar a una edad temprana por medio de programas en la escuela elemental que los prepare para los estados secundarios, es decir para los años posteriores. Aunque se debe iniciar con algunos Programas de Estimulación Temprana en los primeros años de vida del niño donde la instrucción se enfoca al desarrollo de la comunicación, la interacción social y una conducta adaptativa. Al principio, los programas elementales pueden estar basados en

una instrucción académica conjunta con una enseñanza del lenguaje y destrezas de interacción social. En los programas secundarios se prepara al estudiante para la adultez, por lo que la instrucción debe cambiar.

La eficacia de los programas de Intervención Temprana radica en que enseñan directamente la comunicación temprana y las destrezas de interacción social, utilizan un aprovechamiento funcional en dirección al problema de conducta, provee de instrucción intensiva y sistemática, además de que aporta un apoyo a la familia y una instrucción a los padres; también brinda un soporte para la transición que implica la entrada del niño a la escuela preescolar.

Posteriormente, las adaptaciones que se le van haciendo al currículum pueden ser usadas para apoyar al estudiante en el progreso de las áreas académicas tradicionales; además de que estos programas también se enfocan a ayudar al estudiante a aprender como desenvolverse socialmente y a desarrollar relaciones de amistad.

En los siguientes años, la instrucción se basa en identificar las áreas a las que se debe enfocar el Plan de Transición. Este plan se dirige al trabajo, a la vida en comunidad, a la participación dentro de la comunidad y a las actividades recreativas. La instrucción puede incluir: experiencia en el trabajo comunitario, usar el transporte público y aprender destrezas que son importantes para vivir en la comunidad; por lo que la importancia de la instrucción en los últimos años de escuela se enfoca principalmente al aprendizaje de destrezas post-escolares, es decir que se puede enseñar a los estudiantes: computación y cocina, en lugar de cursos de química, álgebra y literatura americana.

Para la planeación del currículum del niño autista, es importante conocer los diferentes aspectos que se presentan en este trastorno, por lo que se debe tomar en cuenta que:

- La mayoría de los niños autistas tienen una discapacidad mental, así que su progreso es más lento de lo normal. Por lo que únicamente dominan habilidades básicas como la lectura simple, la escritura, la comprensión del dinero y la aritmética elemental; además de que pueden adquirir con éxito algunas habilidades básicas de autoayuda como cocinar, vestirse y lavar la ropa. Aunque se debe tomar en cuenta que no se puede asegurar la adquisición de estas habilidades.

- Por otra parte, también algunos niños con Autismo poseen un CI promedio o bien por encima de la media, por lo que a la edad de los 5 años se puede llegar a predecir que sus logros académicos lleguen a ser normales. A este respecto Baron-Cohen y Bolton refirieron que algunos adultos autistas han logrado alcanzar la educación superior e inclusive han obtenido títulos universitarios, como es el caso de Temple Grandin que consiguió un doctorado en agronomía.
- Niños autistas con inteligencia normal prefieren las matemáticas, los trabajos manuales y la música, probablemente porque las aprenden más fácilmente, ya que no requieren de amplias habilidades sociales o comunicativas. También las materias en las que pueden utilizar la buena memoria que poseen son de su preferencia, aunque en el caso del estudio de la literatura, en la que se implica la interpretación de los significados e intenciones de las personas se les dificulta.
- En algunos casos las señas son más concretas y fáciles de comprender que la palabra hablada, por lo que se cree que los autistas pueden por este medio descubrir más fácilmente el significado del lenguaje. Aunque sólo se debe utilizar como ayuda en el desarrollo de la comunicación y del habla, porque se corre el riesgo de que la comunicación del niño se concrete únicamente con aquellas personas que entienden el lenguaje a señas. *“No obstante, no todos los niños son capaces de desarrollar el habla y para estos niños puede resultar crucial el lenguaje por señas”*⁴¹
- Para el entrenamiento en habilidades sociales, se requieren de técnicas que incluyen la representación de papeles, así como una retroalimentación por medio de videos, además de incluir una enseñanza cara a cara en situaciones reales. Aunque se debe tomar en cuenta que si bien se pueden enseñar estas habilidades, es difícil que un autista generalice la habilidad en nuevas situaciones o bien que recuerde que debe utilizarla, ya que esta “conducta social” es aprendida de manera sistemática y no “naturalmente”. Algunos aspectos importantes de las habilidades sociales como la “empatía” o sensibilidad a los sentimientos y pensamientos de los demás, son muy difíciles de enseñar.

⁴¹ BARON-COHEN, S. y BOLTON, P. “Autismo. Una guía para padres”. España, edit. Alianza, 1998, p. 95.

VI.2. El Trabajo en el Salón de Clases.

De acuerdo con Piaget, la Pedagogía que se debe seguir con respecto al Autismo al trabajar en el salón de clases es la siguiente:

- El niño debe contar con un ambiente apropiado en donde pueda actuar con cierto grado de espontaneidad y libertad con los materiales adecuados. Este material debe contar con las características de poder clasificarse, serializarse, enumerarse, disponerse de forma geométrica o espacial para la formación de operaciones lógicas; esto es para que el niño a la edad de los 7 u 8 años se inicie en las matemáticas. Además debe disponer de juegos mecánicos y de construcción, para lograr la comprensión de la causalidad.
- Se debe despertar la curiosidad del niño y estimular su investigación, animándole a plantearse sus propios problemas y no imponiéndoselos ni ofreciéndole soluciones.
- Debe estimularse la actividad del niño y modificar el método a medida que vaya planteando nuevas preguntas o imagina nuevas respuestas; de manera que pueda corregir o encontrar otras soluciones a sus errores por medio de su propia actividad.
- Enseñando al niño a observar los hechos de una manera cuidadosa, se le capacita en el arte de interpretar y registrar experimentos. Además se pueden incluir más de un niño, formando equipos de 2 ó 3 para realizar experimentos de control.
- Las actividades del niño deben ser lo más espontáneas posibles, y que se dé cuenta de ellas aprendiendo a describirlas en palabras y cuadros.
- Para evitar que utilicen el lenguaje egocéntrico, es decir que hablen para sí mismos, deben trabajar el mayor tiempo posible en equipo; además de

las actividades individuales, ya que es importante para su socialización y su desarrollo intelectual.⁴²⁾

"Comprender siempre significa inventar o reinventar y cada vez que el maestro da una lección en vez de hacer que actúe el niño, impide que el niño reinvente las respuestas."⁴³

Según Baron-Cohen y Bolton lo que se debe buscar al trabajar en el salón de clases es:

- Tener programas de enseñanza muy estructurados, ya que son los que parecen tener mejores efectos.
- Las tareas deben ser en pasos simples y claros, en los que la meta se haya definido de forma precisa.
- Se deben tener horarios específicos para cada actividad, ya que los cambios súbitos y sin justificación pueden provocar rabietas y malestar.
- Debe permitirse flexibilidad y espontaneidad, de lo contrario se puede conducir al fracaso todo el trabajo, ya que la conducta social normal es flexible precisamente.
- Como no existe un método único, los pedagogos que trabajan como profesores de niños autistas, deben experimentar para adaptar los métodos a cada individuo.
- Debe haber una proporción de 3 alumnos por profesor como máximo, ya que si no tienen atención individual regresan a sus actividades repetitivas y a su soledad. Y aunque a los 8 ó 10 años algunos niños pueden trabajar por su cuenta sin tener alguien a su lado a veces por largos periodos de tiempo, es necesario enseñárselos específicamente.

⁴² PIAGET, J., Op. cit., p. 65-69.

⁴³ IBIDEM, p. 69.

- ✓ Se deben analizar las causas y consecuencias del comportamiento, porque al identificar los factores que alientan las conductas adecuadas y los que son útiles para desalentar las inadecuadas, se logrará mejorar la conducta del alumno.

Por otra parte, en 1966 surge en Carolina del Norte, Estados Unidos, un programa llamado TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped), TENAC (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Discapacidades de Comunicación) desarrollado por Erich Schopler y sus colegas, en el cual además de que el niño cuenta con un Programa Instruccional Individualizado (PDI), participa en programas regulares específicos que son ajustados a sus necesidades educativas, e inclusive se integra a las escuelas públicas en aulas que cuentan con 5 ó 6 niños autistas con Deficiencia Mental Severa a Ligera desde el grado de preescolar a quinto de primaria.

En este programa los educadores están capacitados para sensibilizar, motivar e implicar a los compañeros "normales" de la clase para que se establezca un contacto y una comunicación entre ellos y el niño autista, lo que significa una condición indispensable para llevar a cabo con éxito el programa. Aunque en algunos casos los niños "normales" son los que acuden al aula de los niños autistas en una "integración a la inversa", para trabajar con ellos en algunas actividades, por lo que niños de 12 años pueden elegir un compañero/a autista durante todo el ciclo escolar, lo que los convierte en "tutores"; todo esto porque los autistas tienen dificultades para tolerar los cambios, por lo que se mantienen en sus aulas.

En México el Centro Educativo Domus en conjunto con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) proponen una integración de las personas con discapacidad (particularmente con Autismo), a las escuelas de educación regular por medio del "Programa de Integración para Niños con Autismo a Escuelas Regulares", porque indican que el 10% de la población en México sufre alguna discapacidad, por lo que la convivencia de niños "normales" con autistas y/o con discapacidad en sus primeros años de vida escolar, hará que sean adultos con una visión más abierta y familiarizada ante la adversidad, ya que podrán convivir con ellos sin miedo e inseguridad. En este programa se manifiesta que la discapacidad no es un problema de las personas que lo

padecen sino que es un problema social, por lo que la integración de estas personas debe comenzar con la aceptación en una de las primeras formas de socialización, la cual es la escuela.

En esta propuesta se indica que la escuela no va a tener la función de que los niños autistas superen sus problemas, sino que el programa de integración escolar únicamente está enfocado a su integración a la comunidad. El objetivo es que el niño crezca junto a sus iguales, forme parte de su comunidad y de esta manera todos aprendan que no importan las diferencias, porque los niños no discapacitados aceptarán y respetarán estas diferencias por medio de la integración escolar.

Por otra parte, la función del maestro es dar una atención normal sin sobreproteger a nadie, porque el niño autista o discapacitado integrado a una escuela regular se encuentra preparado para ello, ya que tiene control de esfínteres, sabe esperar su turno, es tolerante a la frustración, pone atención (aunque sea por periodos cortos), se entretiene solo aunque sea por un rato, no es agresivo y sabe comer solo. Además de que debe encontrarse una maestra especializada para apoyar al niño en todas sus actividades, a esta forma de integración se le denomina "El niño con discapacidad dentro del aula regular con una maestra de apoyo". Esta maestra ayuda al niño integrado a cumplir con las tareas, además de apoyar a la maestra regular en la atención del resto de su grupo sin que surjan dificultades.

Además de los profesionales, la familia tiene un papel importante en esta integración, porque es necesario que aporten las características que ellos observan en su hijo, si tiene algún talento, si tiene algún problema visual o auditivo, o bien una discapacidad intelectual.

En este programa se expresa la necesidad de integrar a personas con discapacidad para que se conviertan en parte de la sociedad, para que no sean segregadas y aisladas; además de que prepara a ésta para recibirlas y convivir con ellas.

VI.3. El Trabajo con los Padres.

Al proporcionar a los padres de un niño autista el apoyo-guía, se debe comenzar explicándoles de una manera precisa en qué consiste el trastorno de su hijo y sus diferentes Etiologías, para que exista una mejor comprensión del problema y, en el caso de que existieran sentimientos de culpa tratar de erradicarlos por medio de una información completa; se debe tratar de contestar sus dudas, orientarlos en todos los aspectos importantes que tienen que observar en su hogar, así como el trato que deben tener con sus hijos para ayudarlos y apoyarlos en su tratamiento y educación, para que de esta forma logren una convivencia sana con ellos. Es necesario explicarles la importancia que tiene la integración a una psicoterapia para ellos mismos (de ser necesaria) o buscar grupos de padres con problemas similares como un apoyo para la superación de los periodos difíciles, o bien las depresiones que se pueden llegar a presentar.

Al recibir el diagnóstico de Autismo, la situación familiar cambia de por vida, por lo que el pedagogo debe hacer énfasis en la importancia que implica el dedicar la misma cantidad de tiempo y esfuerzo de todos los miembros de la familia para el proceso de integración del autista. Si existen hermanos, deben dejarlos expresar sus sentimientos y dudas con respecto al Autismo, brindarles información apropiada de acuerdo a su edad sobre el padecimiento de su hermano, propiciar que platicquen con un profesional o que conozcan a otros hermanos en la misma situación, dedicarles tiempo sin la presencia de su hermano autista. Además de que se deben dar tiempo para convivir como pareja, controlar los sentimientos de enojo y amargura que en muchas ocasiones provocan discusiones, expresar los sentimientos, estados de ánimo y pensamientos, así como festejar cada logro poniéndose metas cortas y simples, por lo que tendrán muchas ocasiones para festejar. También deben de tratar de descansar lo suficiente, alimentarse bien y buscar platicar con alguna persona de confianza con la que se puedan desahogar.

En algunos casos los padres sobreprotegen al niño, lo que provoca complicaciones a su estado, ante lo cual es importante remarcar que deben preparar a su hijo para enfrentar las situaciones difíciles y no tratar de evitárselas; también es necesario indicarles la importancia de proporcionar

ocasiones al autista para que conviva con niños normales, porque es de gran ayuda no fomentar relaciones únicamente con otros niños con Autismo, lo que podría complicar más sus problemas. Además se necesita que el niño crezca y se desarrolle (en lo posible) en el medio familiar, contando con la ayuda de sus padres los cuales pueden asumir el papel de terapeutas de apoyo, porque la convivencia en familia es la base para que el niño se sienta aceptado y pueda integrarse a la comunidad ya que se le enseña a convivir con los otros. Esto lo pueden hacer llevándolo a fiestas familiares o de amigos, a celebraciones religiosas, al cine, al teatro, o a conciertos de manera paulatina, es decir poco a poco y aumentando el tiempo según el comportamiento del niño.

VI.4. La Formación del Pedagogo y el Autismo:

De acuerdo a la investigación bibliográfica realizada para la presentación de este trabajo, el inconveniente que se encuentra presente para los pedagogos interesados en el Autismo, desde su etiología, manifestaciones y tratamiento, es que la información obtenida en investigaciones más recientes, se localiza en artículos de revistas psicológicas, de psiquiatría y educativas (en menor medida) editadas en el extranjero y aunque en México tenemos acceso a ellas, no se encuentran aún traducidas lo que dificulta un poco su revisión, además de que no todas las bibliotecas o hemerotecas cuentan con ellas, por lo cual su búsqueda resulta complicada.

Por otra parte, la formación pedagógica recibida en la facultad con referencia a la educación especial, se enfoca principalmente a los problemas de aprendizaje que se encuentran regularmente, es decir que se presentan con mayor incidencia en los centros educativos como son: dislexia, psicomotores, lento aprendizaje, problemas visuales, de audición, de lenguaje, entre otros; por lo que al Autismo, desde mi punto de vista, no se le ha dado la difusión necesaria para la realización de investigaciones con carácter pedagógico que nos ofrezcan los elementos suficientes para la creación de un programa

completo que los pedagogos podamos utilizar en nuestro trabajo en el Tratamiento de niños autistas.

Esto puede ser debido a que existe un índice muy bajo de Autismo en México (un total de 5,224 personas) ⁽²⁾, por lo cual es posible que no se encuentre información suficiente referente a la práctica pedagógica que se lleva a cabo en el tratamiento a niños autistas y mucha investigación con respecto a lo que psicólogos y psiquiatras han descubierto en cuanto a tratamientos bioquímicos y terapias psicológicas, porque los primeros que tienen relación con los niños son los médicos, ya que ellos diagnostican las deficiencias y por lo regular canalizan al niño con Autismo a hospitales psiquiátricos o bien con psicoanalistas.

También es probable que, debido a la creencia de muchas personas en el sentido de que una discapacidad es producto de un castigo, en México las familias de niños con trastornos como el Autismo, además de sentirse culpables, procuren no exponer a su hijo con los demás, ya sea por vergüenza o ignorancia, lo que puede originar que no encontremos muchas personas autistas en nuestra vida cotidiana.

Por otra parte, al ser este trabajo una investigación bibliográfica, no presenta la experiencia de campo en la práctica del pedagogo con el niño autista, aunque en México existen centros como: La Asociación de Padres para el Tratamiento del Autismo "El Niño Oculto"; el Centro Especial Nueva Luz, A. C.; El Centro Educativo Domus A.C.; la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C. (Clima); donde se puede acudir si se requiere de este tipo de investigación, o bien cuando se necesite del apoyo y guía que estos lugares pueden ofrecer tanto al niño autista como a sus padres y familiares.

⁽²⁾ Como se observa en la tabla del Capítulo II Etiología, p. 15.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El Autismo, como ya hemos observado en este trabajo, es un trastorno con apenas 50 años de haber sido identificado, por lo que sigue teniendo rasgos que faltan por identificar e investigar, ya que continúan descubriéndose más características en su Etiología, aunque el área de mayor investigación y de más interés para los pedagogos es, por supuesto, el de su Tratamiento y las diversas estrategias con las que se trabaja en la actualidad; además debemos conocer las Manifestaciones propias del autista ya en algunos casos se pueden llegar a confundir con los síntomas de la Deficiencia Mental (DM) o Retardo Mental (RM), que en muchas ocasiones también se encuentra presente en un paciente con Autismo. La confusión tal vez se deba a que en la DM la persona sufre un retraso en diferentes áreas del lenguaje (desarrollo del vocabulario, discriminación auditiva, estructura gramatical y longitud de las frases), por lo que se puede llegar a confundir con Autismo, aunque en algunos casos de niños autistas, éste trastorno del lenguaje se presenta en el segundo año de vida después de haber tenido un desarrollo normal, además de que se encuentra acompañado por otras características como el aislamiento social, el rechazo a los cambios, balanceo, desinterés por las personas, ataques agresivos, entre otros. Los niños con DM logran el lenguaje en una manera más lenta que los niños “normales” ya que las dificultades en la articulación y la voz son atribuidas al desarrollo motor, por lo cual estos trastornos del lenguaje tienen una alta incidencia en la población con DM. Y aunque en ambos trastornos existe un retraso en el lenguaje, no puede ser atribuible por sí solo para un diagnóstico de Autismo.

En este trabajo se menciona la importancia de la Terapia Psicológica que autores como Mannoni utilizan en niños autistas, con la cual intentan integrar al niño al mundo real por medio de la reapropiación simbólica de un cuerpo que había abandonado, porque otro (la madre) era el dueño de sus órganos, por lo que el cuerpo del niño sólo era una extensión de otro cuerpo. Por su parte Axline también intenta lograr cambios de conducta y de personalidad permanentes en los niños autistas utilizando la Terapia Psicológica.

Por otra parte, al realizar la presente tesis, nos encontramos que en las investigaciones más recientes, los descubrimientos están enfocados al tratamiento psiquiátrico y psicológico, por lo cual la pedagogía se encuentra un poco en desventaja, aunque las Estrategias Educativas coadyuvan de manera clara en el Tratamiento de este trastorno, de ahí la importancia que el pedagogo se interese e investigue su papel dentro del Tratamiento que se lleva a cabo hoy día en el trabajo de rehabilitación en el niño autista, dentro de la cual se busca desaparecer las conductas inapropiadas o indeseables y propiciar las adecuadas y, de esta manera, lograr en lo posible su integración a una sociedad a la que no parece pertenecer.

El pedagogo debe tener toda la información necesaria para asumir su papel como apoyo a los padres de un niño autista, ya que esto adquiere gran importancia por la necesidad que ellos tienen de aclarar sus dudas con respecto al trastorno que su hijo padece, así como la manera como lo deben tratar y el apoyo que tienen que darle a las estrategias trabajadas en la institución donde lo atiendan, haciendo lo propio en el hogar y propiciando en lo posible la convivencia con otros niños sin trastornos, la cual es necesaria para el buen desarrollo social del niño autista. También debe trabajar muy de cerca con la familia al elaborar el currículum, por medio del cual se plantearán las estrategias educativas con las que se trabajarán en el salón de clases y que se emplearán de manera individual con el niño.

Por otra parte, no se debe olvidar que el Autismo es un trastorno al que se le tiene que tratar de manera multidisciplinaria por las diferentes necesidades que presenta. Por lo que los pedagogos se incluyen en la diversa gama de profesionales como los médicos, psicólogos y terapeutas de lenguaje, que participan activamente en el mejoramiento de la vida afectiva y social del niño autista.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - ALCANTARA, PAULO R. "Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism". En "EXCEPTIONAL CHILDREN". Estados Unidos. Vol. 61, núm. 1. Edit. The Council for exceptional children, Virginia. Septiembre, 1994. p. 40-55.
- 2.- AXLINE, VIRGINIA M. "Dibs en busca del yo". 16ª ed. Trad. Cristina M de Rodríguez. México, Edit. Diana, 1989. 236 pp.
- 3 - BAILEY, A.; BOLTON, P.; BUTLER, L.; LE COUTEUR, A y otros. "Prevalence of the fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons". En "JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Gran Bretaña. Vol 34, núm. 5. Edit. Pergamon Press. 1993. p. 673-688.
- 4.- BAKER, PEGGY; PIVEN, JOSEPH; SCHWARTZ, STUART y PATIL, SHIVA. "Duplication of chromosome 15q11-13 in two individuals with autistic disorder". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York y Londres. Vol. 20, núm. 1. Edit. Plenum Press. Abril, 1994. p. 529-535.
- 5.- BARON-COHEN, SIMON y BOLTON, PATRICK. "Autismo. Una guía para padres". Trad. Jesús Martín Cordero. España, Edit. Alianza, 1998. 150 pp.
- 6.- BEE, HELEN. "El desarrollo del niño". Trad. Jeanette Insignares Melo. México, Edit. Haria, 1978. 359 pp.
- 7.- BETTELHEIM, BRUNO. "La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo". 4a. ed. Trad. Ángel Abad. Barcelona, Edit. Laia, 1987. 582 pp.
- 8.- BISHOP, D. V. M. "Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries?" En "THE BRITISH JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION". Londres. Vol. 24, núm 2. Edit. The College of speech therapists. Agosto, 1989. p. 107-121.
- 9.- BLESCH, GUNTER. "Die sprache der hande. Erwerb und anwendung der gebard ensprache bei autistischen und geistig behinderten menschen./The language of gestures: How do autistic and mentally handicapped people learn and use sign language?". En "VIERTEL JAHRESSCHRIFT FUR HEILPADAGOGIK UND IHRE NACHBARGEBIETE". Alemania. Vol. 62, núm. 2. Junio, 1993. p. 214-224.
- 10.- BOLTON, P.; MACDONALD, H.; PICKLES, A.; RIOS P. y otros. "A case control family history study of autism". En "JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND DEVELOPMENTAL PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Inglaterra. Vol. 35, núm. 5. Edit. Pergamon Press. Julio, 1994. p. 877-900.
- 11.- BORDEN M., CHRISTOPHER y OLLENDICK, THOMAS H. "An examination of the validity of social subtypes in autism". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 24, núm. 1. Edit. Pergamon Press. Febrero, 1994. p. 23-37.

- 12.-BUCHSBAUM, MONTE S.; SIEGEL, B. V.; WU, J. C.; HAZLETT, E. y otros. "Brief report: Attention performance in autism and regional brain metabolic rate assessed by positron emission tomography". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York e Inglaterra. Vol 22, núm. 1. Edit. Plenum Press. Marzo, 1992. p. 115-125.
- 13.-CASTAÑEDO, CELEDONIO. "Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Evaluación e Intervención". 2ª. ed. Madrid, Edit. CCS, 1998. 360 pp.
- 14.-CASTELLOE, PAUL y DAWSON, GERALDINE. "Subclassification of children with autism and pervasive developmental disorder: A questionnaire based on Wing's subgrouping scheme". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 23, núm. 2. Edit. Plenum Press. Junio, 1993. p. 229-241.
- 15.-CHARMAN, TONY. "Brief report: An analysis of subject characteristics in research reported in the Journal of autism and developmental disorders 1982-1991". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 24, núm. 2. Edit. Plenum Publishing Corporation. Abril, 1994. p. 209-213.
- 16.-DAVIS, EVELYN; FENNOY, ILENE; LARAQUE, DANIELLE; KANEM, NATALIA y otros. "Autism and developmental abnormalities in children with perinatal Cocaine exposure". En "JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION". Estados Unidos. Vol. 84, núm. 4. Abril, 1992. p. 315-319.
- 17.-DAWSON, GERALDINE; FINLEY, CHARLES; PHILLIPS, SHEILA y LEWY, ART. "A comparison of hemispheric asymmetries in speech-related brain potentials of autistic and dysphasic children". En "BRAIN AND LANGUAGE". San Diego, California. Vol. 37, núm. 1. Edit. Academic Press, Inc. Julio, 1989. p. 26-41.
- 18.-DE VILLARD, REGIS. "Psicosis y autismo del niño". 1a ed. Trad. Mercedes Torres Viñals. México, Edit. Masson, 1986. 156 pp.
- 19.-DOMUS y SEDESOL. "Programa de Integración para niños con Autismo a Escuelas Regulares". México, Edit. SEDESOL y Domus, 2000. 19 pp.
- 20.-DUKER, PIETER C.; WELLES, KARIN; SEYS, DANIEL; RENSEN, HANNEKE; VIS, AGNES y VAN DEN BERG, GERARD. "Brief report: Effects of fenfluramine on communicative, stereotypic, and inappropriate behaviors of autistic type mentally handicapped individuals". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 21, núm. 3. Edit. Plenum publishing corporation. 1991. p. 355-363.
- 21.-DUNLAP, GLEN y FOX, LISE. "Teaching students with Autism". En "ERIC CLEARINGHOUSE ON DISABILITIES AND GIFTED EDUCATION. COUNCIL FOR EXCEPTIONAL CHILDREN". Arlington, October, 1999.
- 22.-DYER, KATHLEEN; WILLIAMS, LORI y LUCE, STEPHEN C. "Training teachers to use naturalistic communication strategies in classrooms for students with Autism and other severe handicaps". En "LANGUAGE, SPEECH AND HEARING SERVICES IN SCHOOLS". Rockville, Maryland. Vol. 22, núm. 1. Edit. The American Speech-Language-Hearing Ass. Enero, 1991. p. 313-321.

- 23.-FRITH, UTA. "A new look at language and communication in autism. Special issue: Autism". En "THE BRITISH JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION". Londres. Vol. 24, núm. 2. Edit. The College of speech therapists. Agosto, 1989. p.123-150.
- 24.-FRITH, UTA. "Autismo. Hacia una explicación del enigma". Trad. Ángel Rivière y María Nuñez Bernardos. Madrid, Edit. Alianza Psicología minor, 1991. 274 pp.
- 25.-FRITH, UTA; MORTON, JOHN y LESLIE, ALAN M. "The cognitive basis of a biological disorder: autism". En "TRENDS IN NEUROSCIENCIAS". Estados Unidos. Vol 14, núm. 10. Edit. Elsevier trends journals. Octubre, 1991. p. 433-438.
- 26.-FEJERMAN, NATALIO; ARROYO, HUGO y otros. "Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo". 1a. ed., Buenos Aires, Edit. Paidós, 1994. 249 pp.
- 27.-GALLAGHER, BERNARD J.; JONES, BRIAN J. y BYRNE, MEOGHAN M. "A national survey of mental health professionals concerning the causes of early infantile autism". En "JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY". Vermont. Vol. 46, núm. 6. Edit. Clinical Psychology. Noviembre, 1990. p. 934-939.
- 28.-GARANTO ALOS, JESÚS. "El autismo. Aproximación nosográfica-descriptiva y apuntes psicopedagógicos". 2a. ed., Barcelona, Edit. Herder, 1990. 155 pp.
- 29.-GARANTO ALOS, JESÚS. "Trastornos de conducta en la infancia". 2a. ed., Barcelona, Edit. PPV., 1993. 426 pp.
- 30.-GESELL, ARNOLD y AMATRUDA, C. "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño". Trad. Dr. Bernardo Serebrinsky. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1971. 402 pp.
- 31.-GILLBERG, CHRISTOPHER. "Asperger syndrome in 23 swedish children". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Suecia. Vol. 31, núm. 4. Agosto, 1989. p. 520-531.
- 32.-GILLBERG, CHRISTOPHER; EHLERS, STEPHAN; SCHAUMANN, HELEN; JAKOBSSON, GUN y otros. "Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy". En "THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Gran Bretaña. Vol. 31, núm. 6. Edit. Pergamon Press. 1990. p. 921-934.
- 33.-GILLBERG, CHRISTOPHER; GILLBERG, I. CARINA y STEFFENBURG, SUZANNE. "Siblings and parents of children with autism: a controlled population-based study". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Suecia. Vol. 34, núm. 5. Mayo, 1992. p. 389-398.
- 34.-GILLBERG, I. CARINA. "Autistic syndrome with onset at age 31 years: Herpes encephalitis as a possible model for childhood autism". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Suecia. Vol. 33, núm. 10. Octubre, 1991. p. 920-924.
- 35.-GINSBURG, HERBERT y OPPER, SYLVIA. "Piaget y la teoría del desarrollo intelectual". Trad. Alfonso Alvarez Villar. España, Edit. Trentice/Hall internacional, 1977. 228 pp.

36. GOODMAN, ROBERT y ASHBY, LESLEY. "Delayed visual maturation and autism". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Inglaterra. Vol. 32, núm. 9. Septiembre, 1990. p. 814-819.
37. GREEN, JONATHAN. "Is Asperger's a syndrome?". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Inglaterra. Vol. 32, núm. 8. Agosto, 1990. p. 743-747.
38. GROSS, JEAN. "Asperger syndrome: A label worth having?". En "EDUCATIONAL PSYCHOLOGY IN PRACTICE". Inglaterra. Vol. 10, núm. 2. Julio, 1994. p. 104-110.
39. GROVE, NICOLA; WALKER, MARGARET. "The Makaton Vocabulary: Using manual signs and graphic symbols to develop interpersonal communication". En "A. A. C. AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION". Inglaterra. Vol. 6, núm. 1. 1990. p. 15-28.
40. HALL, DAVID M. "Annotation: child health promotion, screening and surveillance". En "THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Estados Unidos. Vol. 33, núm. 4. Edit. Pergamon Press. Mayo, 1992. p. 649-657.
41. HERMLE, L y OEPPEN, G. "Hemisphärenlateralität un fruhkindlicher autismus: Eine kasuistische studie zom etiologischen und nosologischen problem des autistischen syndroms im kindesalter./More right than left hemisphere dysfunction as a primary cause of early childhood autism: A case study". En "NERVENARZT". Rep. Fed. de Alemania. Vol. 58, núm. 10. Octubre, 1987. p. 644-647.
42. HOBSON, R. PETER. "On developing a mind". En "BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY". Londres. Vol. 165, núm. 5. Edit. The Royal College of Psychiatrists. Noviembre, 1994. p. 577-581.
43. HOLROYD, SARAH y BARON-COHEN, SIMON. "Brief report: How far can people with autism go in developing a theory of mind?". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 23, núm. 2. Edit. Plenum Press. Junio, 1993. p. 379-385.
44. JERUSALINSKY, ALFREDO. "Psicoanálisis del Autismo". Trad. Ofelia Castillo. Argentina, Edit. Nueva Visión, 1988. 139 pp.
45. JOHNSON, MARK H.; SIDDONS, FRANCES; FRITH, UTA y MORTON, JOHN. "Can autism be predicted on the basis of infant screening tests?". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Estados Unidos. Vol. 34, núm. 4. Abril, 1992. p. 316-320.
46. KANNER, LEO. "Autismo infantil precoz". En "PSIQUIATRÍA INFANTIL". 4a. ed. Buenos Aires, Edit. Siglo Veinte, 1976. 763 pp.
47. KANNER, LEO. "Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. 102d. Annual meeting of the american psychiatric association (1946, Chicago, Illinois)". En "SUPPLEMENT TO THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY". Estados Unidos. Vol. 151, núm. 6. Junio, 1994. p. 161-164.

- 48.-KERBY, DAVE y DAWSON, BRENDA L. "Autistic features, personality, and adaptive behavior in males with the fragile X syndrome and no autism". En "AMERICAN JOURNAL ON MENTAL RETARDATION". Washington, D. C. Vol. 98, núm. 4. Edit. Policy Enero, 1994 p. 455-462.
- 49.-KLEIN, MELANIE. "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo" En "AMOR, CULPA Y REPARACIÓN Y OTROS TRABAJOS". 2ª. ed. Trad. Hebe Friedenthal. Argentina, Edit Paidós, 1975. 451 pp.
- 50.-KLIN, AML, "Listening preferences in regard to speech in four children with developmental disabilities". En "THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Estados Unidos. Vol. 33, núm. 4. Edit. Pergamon Press. Mayo, 1992. p 161-172.
- 51.-KOEGEL, ROBERT L. y FREA, WILLIAM D. "Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills". En "JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS". Estados Unidos. Vol. 26, núm. 3. Edit. Society for the Experimental analysis of behavior, Inc., Indiana University. 1993. p. 369-377.
- 52.-KOEGEL, ROBERT L.; KOEGEL, LYNN K. y SURRETT, ALAN. "Language intervention and disruptive behavior in preschool children with autism". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". Estados Unidos. Vol. 22, núm. 2. Junio, 1992. p. 141-153.
- 53.-LANDA, REBECCA; FOLSTEIN, SUSAN E e ISAACS, CRYSTAL. "Spontaneous narrative-discourse performance of parents of autistic individuals". En "JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH". Estados Unidos. Vol. 34, núm. 6. Edit. American speech language hearing association. Diciembre, 1991. p. 1339-1345
- 54.-LEINER, HENRIETTA C.; LEINER, ALAN L. y DOW, ROBERT S. "Reappraising the cerebellum: What does the hindbrain contribute to the forebrain?" En "BEHAVIORAL NEUROSCIENCE". Arlington. Vol. 103, núm. 5. Edit. American psychological association. Octubre, 1989. p. 998-1008.
- 55.-LEUNG, JIN-PANG. "Teaching spontaneous requests to children with autism a Time Delay Procedure with multi-component toys". En "JOURNAL OF BEHAVIORAL EDUCATION". Hong Kong. Vol. 4, núm. 1. Marzo, 1994. p. 21-31.
- 56.-LEWY, ARTHUR L. y DAWSON, GERALDINE. "Social stimulation and joint attention in young autistic children" En "JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY". New York. Vol. 20, núm. 6. Edit. Plenum Press. Diciembre, 1992. p. 555-566.
- 57.-LIEN DE ROZENTAL, MARIA CECILIA. "El autismo: enfoque fonocardiológico". Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1983. 128 pp
- 58.-LOVELAND, KATHERINE A.; McEVOY, ROBIN E.; TUNALI, BELGIN y KELLEY, MICHELLE L. "Narrative story telling in autism and Down's syndrome". En "BRITISH JOURNAL OF DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY". Reino Unido. Vol. 8, núm. 1. Edit. British psychological society. Marzo, 1990. p. 9-23.

- 59.-MANNONI, MAUD. "La educación imposible". 6ª. Ed. Trad. Pilar Soto. México, Edit. Siglo XXI, 1988. 272 pp.
- 60.-MASSIE, HENRY y ROSENTHAL, J. "Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida". 1a. ed. Trad. José L. Etcheverry. Argentina, Edit. Paidós, 1986. 275 pp.
- 61.-MATESE, MARY; MATSON, JOHNNY L. y SEVIN, JAY. "Comparison of psychotic and autistic children using behavioral observation". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York. Vol. 24, núm. 1. Edit. Plenum Publishing Corporation. Febrero, 1994. p. 83-94.
- 62.-McKINLAY, IAN. "Autism: The paediatric neurologist's tale. Special Issue: Autism". En "BRITISH JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION". Londres. Vol. 24, núm 2. Edit. Cole and Whurr. Agosto, 1989. p. 201-207.
- 63.-MINSHEW, NANCY J.; GOLDSTEIN, G.; DOMBROWSKI, S.; PANCHALINGAM, K. y PETTEGREW, J. W. "A preliminary 31PMRS study of autism: Evidence for undersynthesis and increased degradation of brain membranes". En "BIOLOGICAL PSYCHIATRY". Estados Unidos. Vol. 33, núm. 11-12. Junio, 1993. p. 762-773.
- 64.-MOLINA GARCÍA, SANTIAGO y otros. "Bases psicopedagógicas de la Educación Especial". España, Edit. Marfil, 1994. 585 pp. Colección Ciencias de la Educación.
- 65.-NARAYAN, SUKHDEV; MOYES, BARBARA y WOLFF, SULA. "Family characteristics of autistic children: A further report". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York y Londres. Vol. 20, núm. 4. Edit. Plenum Press. Diciembre, 1990. p. 523-535.
- 66.-OLLENDICK, THOMAS H. y HERSEN, M. "Psicopatología infantil". Trad. Josefina Castro y otros. España, Edit. Martínez Roca, 1986. 708 pp.
- 67.-PALUSZNY, MARIA. "Autismo. Guía práctica para padres y profesionales". Trad. Elisa María González. México, Edit. Trillas, 1991. 213 pp.
- 68.-PARQUET, PHILIPPE-JEAN, BURSZTEJN, CLAUDE y GOLSE, BERNARD. "Autismo: cuidados, educación y tratamiento". 1a. ed. Trad. Jesús Garanto Alos y Montse Freixa Niella. España, Edit. Masson, 1992. 222 pp.
- 69.-PERRY, RICHARD; COHEN, IRA y DE CARLO, REGINA. "Case study: Deterioration, autism, and recovery in two siblings". En "JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY". Estados Unidos. Vol. 34, núm. 2. Edit. American academy of child and adolescent psychiatry. Febrero 1995. p. 232-237.
- 70.-PIAGET, JEAN y otros. "Los años postergados. La primera infancia". España, Edit. Paidós/Unicef, 1982. 191 pp.
- 71.-PINEL, PHILIPPE e ITARD, JEAN. "El salvaje del Aveyrón: Psiquiatría y pedagogía en el iluminismo tardío". Barcelona, Edit. Herder, 1984. 155 pp.
- 72.-POLAINO-LORENTE, A. "Introducción al estudio científico del autismo infantil". 1a. ed. España, Edit. Alhambra, 1982. 204 pp.

73. PRIOR, MARGOT R. "Biological and neuropsychological approaches to childhood autism". En "ANNUAL PROGRESS IN CHILD PSYCHIATRY AND CHILD DEVELOPMENT". New York. Edit. Brunner/Mazel. 1988. p. 495-513.
74. RITVO, EDWARD R., FREEMAN, B. J. y otros. "Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins. 137th Annual meeting of the American Psychiatric Association (1984, Los Angeles, California)". En "ANNUAL PROGRESS IN CHILD PSYCHIATRY AND CHILD DEVELOPMENT". New York. 1986. Edit. Brunner/Mazel. p. 549-556.
75. ROGERS, SALLY J., DiLALLA, DAVID L. "A comparative study of the effects of a developmentally based instructional model on young children with autism and young children with other disorders of behavior and development". En "TOPICS IN EARLY CHILDHOOD SPECIAL EDUCATION". Estados Unidos. Vol. 11, núm 2. 1991. p. 29-47.
76. ROSS, ALAN O. "Terapia de la conducta infantil". Trad. José Hurtado Vega. México, Edit. Limusa, 1991. 514 pp.
77. RUTTER, MICHAEL; SCHOPLER, E. y otros. "Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento". 1 ed. Trad. A. López-Lago. España, Edit. Alhambra, 1984. 505 p.
78. SANUA, VICTOR D. "Studies in infantile autism". En "CHILD PSYCHIATRY AND HUMAN DEVELOPMENT". New York. Vol. 19, núm. 3. Edit. Human Sciences Press. 1989. p. 207-223.
79. SATO, MAYUMI; NISHIMURA, BENSAKU; WATAMAKI, TORU y WAKABAYASHI, SHINICHIRO. "Sign language acquisition in totally mute autistic child". En "JAPANESE JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY". Japón. Vol. 58, núm. 10. Octubre, 1987. p. 644-647.
80. SCHERER, NANCY J. y OLSWANG, LESLEY B. "Using structured discourse as a language intervention technique with autistic children". En "JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS". Estados Unidos. Vol. 54, núm. 3. Edit. American speech-language-hearing association. Agosto, 1989. p. 383-394.
81. SHAPIRO, THEODORE y HERTZIG, MARGARET E. "Social deviance in autism: A central integrative failure as a model for social nonengagement". En "The psychiatric clinics of North America". Estados Unidos. Vol. 14, núm.1. Edit. W. B. Saunders company. Marzo, 1991. p. 19-32.
82. SIMONS, JEANNE y OISHI, SABINE. "El niño oculto. El método Linwood para el tratamiento del autismo". Trad. Luz Ma. Vargas Escobedo. México, Edit. Universidad Intercontinental, 1993. 333 pp.
83. SMALLEY, SUSAN L.; TANGUAY, PETER E.; SMITH, MOYRA y GUTIERREZ, GRISELDA. "Autism and tuberous sclerosis". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York y Londres. Vol. 22, núm. 3. Edit. Plenum Press. 1992. p. 339-355.
84. STERN, L.M.; WALKER, M.K.; SAWYER, M.G.; OADES, R.D.; BADCOCK, N.R. y SPENCE, J.G. "A controlled crossover trial of fenfluramine in autism". En "THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Estados Unidos. Vol. 31, núm. 4. Edit. Pergamon Press. Mayo, 1990. p. 569-585.

- 85.-SYDENSTRICKER, THELMA. "Musicoterapia: una alternativa para psicóticos./Music therapy: An alternative for psychosis". En "JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA". Brasil. Vol. 40, núm. 10. Noviembre-Diciembre, 1991. p. 509-513.
- 86.-SZATMARI, PETER. "Asperger's syndrome: diagnosis, treatment, and outcome". En "THE PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA". Estados Unidos. Vol. 14, núm. 1. Edit. W. B Saunders company. Marzo, 1991. p. 81-93.
- 87.-SZATMARI, PETER; BARTOLUCC, G v BREMMER, REBECA. "Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome". En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Canadá. Vol. 31, núm. 6. Diciembre, 1989. p. 709-720.
- 88.-SZATMARI, PETER y JONES, MARSHALL B. "IQ and the genetics of autism". En "JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES". Gran Bretaña. Vol. 32, núm. 6. Edit. Pergamon Press. Septiembre, 1991. p. 897-908.
- 89.-TAGER-FLUSBERG, HELEN. "Autistic children's talk about psychological states: Deficits in the early adquisition of a theory of mind". En "CHILD DEVELOPMENT". Chicago. Vol. 63, núm. 1. Edit. University of Chicago press. Society for research in child development. Febrero, 1992. p. 161-172.
- 90.-TAGER-FLUSBERG, HELEN, CALKINS, SUSAN; NOLIN, TINA; BAUMBERGER, THERESE y otros. "A longitudinal study of language acquisition in autistic and Down syndrome children". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". Estados Unidos. Vol. 20, núm. 1. Marzo, 1990. p. 1-21.
- 91.-TANQUE, YOKO y ODA, SUSUMU. "Weaning time of children with infantile autism". En "JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS". New York y Londres. Vol. 19, núm. 3. Edit. Plenum Press. Septiembre, 1989. p. 425-434.
- 92.-TINBERGEN, NIKO y TINBERGEN, ELIZABETH A. "Niños autistas. Nuevas esperanzas de curación". Trad. Tomás R. Fernández. Madrid, Edit. Alianza Psicología, 1984. 368 pp.
- 93.-TUSTIN, FRANCES. "El cascarón protector en niños y adultos". Trad. José Luis Etcheverry. Buenos Aires, Edit. Amorrortu editores, 1992. 249 pp.
- 94.-TUSTIN, FRANCES. "Estados autísticos en los niños". 1a. ed. Trad. Graziella Baravalle. Argentina, Edit. Paidós, 1987. 303 pp.
- 95.-WANG, PAUL P.; HESSELINK, J.R.; JERNIGAN, T.L.; DOHERTY, S. y BELLUGI, V. "Specific neurobehavioral profile of William's syndrome is associated with neocerebellar hemispheric preservation". En "NEUROLOGY". Estados Unidos. Vol. 42, núm. 10. Octubre, 1992. p. 1999-2002.
- 96.-WATSON, ERNEST H. y LOWREY, GEORGE H. "Crecimiento y desarrollo del niño". Trad. Lesmes Zabal Schmidt. México, Edit. Trillas, 1971. 406 pp.
- 97.-WHITE, C.P. y ROSENBLUM, L. En "DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY". Estados Unidos. Vol. 34, núm. 4. Abril, 1992. p. 558-559.

- 98.- WING, LORNA. "Autismo infantil Aspectos médicos y educativos". Trad. Miguel Valiente Roncalés. Madrid, Edit. Santillana. Aula XXI, 1982. 472 pp.
- 99 - ZAGON, IAN S.; GIBO, DENISE M. y McLAUGHLIN, PATRICIA J. "Zeta (z), a growth related opioid receptor in developing rat cerebellum. identification and characterization". En "BRAIN RESEARCH". Amsterdam. Vol. 551, núm. 1-2. Edit. Elsevier science publishers B.V. Junio, 1991. p. 28-35.
- 100.-ZAPPELLA, MICHELE. "No veo, No oigo, No Hablo". Trad. Isidro Arias Pérez. España, Edit. Paidós, 1992. 168 pp.
- 101.-ZAPPELLA, MICHELE. "Young autistic children treated with ethologically oriented family therapy". En "FAMILY SYSTEMS MEDICINE". Italia. Vol. 8, núm. 1. 1990. p. 14-27.
- 102.-ZAPPELLA, MICHELE; CHIARUCCI, PATRIZIA; PINASSI, DANIELA; FIDANZI, PAOLO y otros. "Parental bonding in the treatment of autistic behavior". En "ETHOLOGY AND SOCIOBIOLOGY". Italia. Vol. 12, núm. 1. Enero, 1991. p. 1-11.

Internet.

www.ine.es

www.dgbibljio.unam.mx Consulta a Eric.

www.unafamiliaespecial.org