

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**“ALCANCES CONTEMPORÁNEOS DE LA PSICOLOGÍA
EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS
AUTISTAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

IMELDA VERDUGO ESPINOSA

DIRECTOR:

LIC. JESÚS BARROSO OCHOA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARÍA
TÉCNICA
PSICOLOGÍA

2004



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.

AGRADECIMIENTOS

**Agradezco a Dios por permitirme
concluir mi
carrera profesional.**

A Mi Mamá:

Rosalía

**Por tu inmenso amor desde siempre
sin mirar mis errores has estado
día a día siendo mi fortaleza,
mi guía en todo momento
y ayudándome a crecer
conciente de donde estoy
y hacia donde voy
buscando siempre mi estabilidad
emocional.**

Por todo esto MIL GRACIAS

**Tu hija:
Imelda**

A Mi Hermano:

Julio César

¡Hola investigador!

**Por los gratos recuerdos de todo lo vivido,
y el amor que siempre nos ha unido.**

Mil gracias.

**Tu hermana:
Imelda.**

A Mis Abuelos:

**Herminio y Ofelia (q.p.d)
Mi agradecimiento por amarnos
y ser los pilares de nuestra familia.**

**Su nieta:
Imelda.**

A mi Abuela:

**Georgina
Por tu cariño infinito para con nosotros
Tu nieta:
Imelda.**

Agradezco a mi Asesor:

**Lic. Jesús Barroso Ochoa
De quien siempre tuve palabras de aliento
para continuar.**

**Su guía y sugerencias fueron invaluable
para llegar a buen término y hacerme
sentir satisfecha por los resultados
obtenidos.**

Imelda.

Gracias a mis sinodales:

**Lic. Cruz del Carmen Montes Cartas
Lic. Heriberto Abaroa Almanza
Lic. Alfonso Correa Reyes
Mta. Ma. Del Refugio Cuevas Martínez
Por su paciencia en la revisión y señalamiento
en los temas tratados en el presente volumen.**

Imelda

Gracias:

**Lic. Héctor R. Santiago Hernández
Por su apoyo invaluable a lo largo
de toda mi formación profesional.**

Imelda.

Gracias:

**Lic. O. Leticia Gómez Martínez
Por haber compartido conmigo todos sus
conocimientos
y ser mi guía en el largo camino del trabajo
profesional.**

Imelda

Gracias:

**A mis amigos
Guadalupe y Francisco por estar siempre
a mi lado apoyándome.**

Imelda.

Gracias:

**Lic En Educación Especial
Clara Hernández Granados
por tu apoyo incondicional y tus
palabras de aliento.**

Imelda.

INDICE

	Páginas
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
I.- <i>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</i>	3
II.- <i>CONCEPTUALIZACIÓN DEL AUTISMO</i>	14
III.- <i>SINTOMATOLOGÍA</i>	24
-PROBLEMAS EN LA COMPRESIÓN DEL LENGUAJE.....	26
-DIFICULTADES DE CONDUCTA Y PROBLEMAS EMOCIONALES.....	28
-DIAGNÓSTICO.....	29
IV.- <i>ETIOLOGÍA</i>	34
-TEORÍA PSICOGENÉTICA.....	35
-TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO.....	36
-TEORÍA ORGÁNICA.....	37
-TEORÍA NEUROLÓGICA.....	38
-BASES MORFOLÓGICAS.....	38
-TEORÍA GENÉTICA.....	41
-BASES NEUROBIOLÓGICAS.....	41
-HIPOTESIS PSICOLÓGICAS.....	43
V.- <i>TRATAMIENTO</i>	44
-EDUCATIVO.....	46

-FARMACOLÓGICO.....	48
-PSICOLÓGICO.....	49
* <u>CONDUCTISMO</u>	50
-PRINCIPIOS TEÓRICOS.....	50
-REPERTORIOS PRINCIPALES.....	52
-APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA.....	53
* <u>APRENDIZAJE SOCIAL</u>	55
-PRINCIPIOS TEÓRICOS.....	55
-CONDUCTAS BÁSICAS.....	56
-APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA.....	56
* <u>PSICOANALÍTICO</u>	57
-PRINCIPIOS TEÓRICOS.....	57
-APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA.....	59
* <u>COGNITIVO – CONDUCTUAL</u>	60
-PRINCIPIOS TEÓRICOS.....	60
-MECANISMOS BÁSICOS.....	60
* <u>SISTEMICO</u>	61
-PRINCIPIOS TEÓRICOS.....	61
-SINTOMATOLOGÍA BÁSICA.....	62
-APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA.....	62
* <u>FENOMENOLÓGICO</u>	63
<i>CONCLUSIONES</i>	64
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	68

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años el interés por el autismo ha emergido en nuestro mundo con una fuerza inusitada, desfavorablemente, no siempre con la propiedad y seriedad que se debiera manifestar. Al mencionar este trastorno para algunos profesionales es etiquetar a un niño como si se tratará de cualquier patología.

Este trastorno ha sido difícil de caracterizar adecuadamente ya que en un inicio los pacientes eran etiquetados como seres endemoniados o embrujados, a los cuales después de ser objeto de estudio los liberan de estas etiquetas para llegar a tener la primera visión del concepto que es describirlos como psicóticos, pero aún así no lograban captar todas las conductas presentadas por lo que intentan hablar de esquizofrenia infantil pero tampoco se logra un cuadro aceptable por lo que se continua con la línea de estudio, llegando al primer contacto que es a través de leyendas místicas que nos hablan de conductas presentadas por los infantes; determinando que el autismo proviene de la raíz griega "autos" que significa "uno mismo" o "propio" y que podría referirse mucho mejor a comportamientos centrados en el propio sujeto; por lo que se continua con esta línea hasta llegar a Kanner que es el primero que trata de hablar de una definición más clara y acertada referente a este padecimiento y es el momento en el cual diferentes autores mencionan que ellos habían tenido contacto con niños con características mencionadas por Kanner, por lo que se trata de fundamentar dichas conductas para lograr una definición conceptual clara que nos lleve a hablar ya no solamente de niños autistas sino de niños con Trastorno Global del Desarrollo.

Aunque utilizando cualquiera de las etiquetas cada niño es un individuo con muchos aspectos diferentes; pero siempre se presentan en común deficiencias en tres áreas: la primera es el área social, la segunda es el área de lenguaje y comunicación y la tercera es el área del pensamiento y la conducta; con esto se ha alcanzado un acuerdo sobre el cuadro de síntomas y el diagnóstico del autismo, siendo este la culminación de una larga búsqueda de respuestas para los padres.

Pero ahora el problema ya no sería para los padres sino ahora es para los profesionales porque es de suma importancia conocer las causas funcionales que originan dicho padecimiento para conseguir una definición más clara del este trastorno.

Y por último conocer los diferentes tratamientos existentes con el fin de incrementar el conocimiento multidisciplinario inmerso en las diferentes corrientes de la Psicología.

Por lo que el objetivo del presente trabajo es dar a conocer como se ha abordado el tratamiento de niños autistas desde las diferentes corrientes de la Psicología.

Handwritten text in a cursive script, possibly reading "Handwritten" or similar.



ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La existencia de las enfermedades mentales se remonta, seguramente a los orígenes del hombre, como todo el resto de la medicina, no es sino hasta el periodo hipocrático (siglo IV a. C.), que se intenta sistematizar la existencia de la enfermedad mental. Efectivamente, es el propio Hipócrates, no en vano considerado el padre de la medicina quien intenta describir el papel fundamental que el cerebro desempeña en funciones tales como pensar, soñar y sentir, siendo este órgano el que enferma cuando hay delirios o alteraciones.

La patrística; primera filosofía cristiana aún sujeta a la influencia de los pensadores griegos durante toda la Edad Media, ocupó a la mayoría de las mentes lúcidas para llegar a tener algunas ideas avanzadas sobre dichas enfermedades, tal es el caso de San Agustín quien asegura que los conflictos emocionales del hombre tienen su origen en la sexualidad. Alberto el Grande y Tomás de Aquino decían que la enfermedad mental es un mal del cuerpo y no del alma, ya que ésta por ser una creación de Dios, es perfecta y por lo mismo no puede enfermarse. Cualquiera que deseara encontrar explicaciones orgánicas del origen de las psicosis debería sentirse satisfecho con ésta explicación.

De esta manera, el siglo XV recibe con beneplácito el edicto del Papa Inocencio VIII titulado "Summis Desiderantes Affectibus" (1484), en el que se condena oficialmente a la brujería y formaliza la posición de la iglesia católica ante la brujería y apoya enérgicamente las posiciones adoptadas por la inquisición ante cualquier conducta que hiciera sospechar la intervención del demonio. Pero además se permite la publicación de un libro llamado "El martillo de las brujas" (1486), el cual se convierte en el código de los castigos, tormentos y exorcismos que la inquisición aplicó a los hechizados durante los dos siguientes años.

Gracias al surgimiento del humanismo durante el Renacimiento (siglo XVI) terminan las prácticas sádicas inquisitoriales y Johann Weyer se interesa en estudiar a estos hombres acusados de brujería y fue tal su pasión que decide defenderlos aunque sin demasiados logros porque no había para entonces ni un nombre científico ni especialidad que los tratara. Sin embargo, el peso de las ideas religiosas inquisitoriales resultó, como siempre, superior a los argumentos de este modesto pensador.

De cualquier manera y salvo verdaderas excepciones, la enfermedad mental no existe como tal hasta el siglo XIX ya que tenía más éxito el pensamiento mágico y la trivía que el conocimiento racional (Garnica, 1991).

La figura del médico surgió, como una creación desde lo morboso e impositivo en personas que sólo se reconocían enfermas, en donde su ejercicio siempre era en contra de usos y costumbres sociales que no acertaron ver en el <<loco >> un enfermo merecedor de tratamiento; el médico trató de cumplir una dura tarea abriéndose paso frente al diablo, las iglesias, la justicia y sus propios colegas médicos, acorralado además por el peso del libro denominado "martillo de las brujas o hechiceros".

Si la conquista en el campo de la enfermedad mental esta lejos de ser completa, la de la esquizofrenia arquetipo de la locura esta rodeada de todas las fuerzas poderosas que dificultan su explicación, siendo la esquizofrenia el núcleo de los trastornos mentales frente al que se delimitaron poco a poco los grandes síndromes de la psicopatología. Las continuas pendencias sobre la locura generaron un grave desorden, pero en el fragor de la batalla se encendieron ideas valiosas; muchas, todavía hoy vigentes.

El siglo XVIII llamado Siglo de las Luces fue donde se proclamaron los derechos del hombre, se liberan a los locos de sus cadenas y se humaniza el trato hacia ellos, aunque se decía que la República no necesitaba sabios, varios médicos empiezan a tejer la historia de la esquizofrenia, la más enigmática enfermedad.

Dentro de todos éstos médicos Philippe Pinel en Francia libera a los locos de sus cadenas y surge silenciosamente una actitud científica frente a la locura o es mejor decir surge una actitud clínica cada día más lejos de las especulaciones teóricas, Pinel aparece como un gran médico, amante del conocimiento filosófico, esperaba convertir a la medicina en ciencia exacta. Antes de romper las cadenas de los locos, observó, anotó y describió minuciosamente las conductas de los enfermos. Fue uno de los pioneros de las historias clínicas psiquiátricas y de las observaciones hospitalarias.

Otro médico Joseph Daquin es mandado al hospicio de Chamberry, en donde abundan los <<locos>>, pide que sean trasladados a otro tipo de hospital para observar las formas en las cuales aparece la enfermedad.

En los albores del siglo XIX, en Alemania la Psiquiatría se inicia con el reconocimiento de los

derechos del individuo, se impregna del espíritu de la Filosofía Natural y de las posiciones metafísicas; lo que los llevó a decidir que las enfermedades mentales obedecían más a alteraciones del soma (somáticas); es así que en Alemania se dan los primeros pilares de la medicina psicosomática y las alteraciones del espacio anímico. Sin duda el representante más conspicuo es Johann Christian Heinroth que define a la Psicología como un auto conocimiento moral, o sea el conocimiento religioso sobre uno mismo.

Friedrich Groos, pilar importante enseñó que las enfermedades mentales se estructuran como resultado de dos supuestos un positivo (los impedimentos orgánicos) y un negativo (la falta del oportuno impulso hacia lo bueno),

Por lo que en este siglo se apegan a dicho pensamiento, entendiendo que la esencia de la psicosis estriba en una insuficiencia para cumplir determinadas exigencias culturales (Colodrón, 1990).

Melanie Klein fue la primera en tener una visión moderna, describió a las psicosis infantiles como organizaciones psicopatológicas propias del niño y no como simples reproducciones miniaturizadas de la esquizofrenia del adulto; por lo que el término de psicosis tal como se presenta en la infancia debe ser ampliado para establecer diagnósticos diferenciales más exactos entre las distintas enfermedades (Manzano, 1984).

Hablar de esquizofrenia exige referirse de continuo a Kraepelin que consiguió finalmente, aislar un cierto número de síntomas presentes en afecciones con prognosis muy pobres, y ausentes en otros grupos de enfermedades. Las esquizofrenias caracterizadas por la presencia de esos síntomas fueron reunidas bajo el término de "Demencia Precoz", que se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, cuyo curso es a veces crónico y a veces esta marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa.

Con Kraepelin la Psiquiatría clínica intenta, una exposición completa de la génesis del concepto. En 1863 en su "Agrupamiento de las enfermedades psíquicas" le llamó la atención el complejo cuadro de síntomas catatónicos. En 1896, incluyó el término hebefrénico y tres años más tarde, siendo el paso más importante presenta un nuevo término denominado paranoia.

Paralelamente a la elaboración del concepto de demencia precoz fueron definidas otras entidades patológicas, en particular la psicosis maniaco – depresiva, de este modo, se otorgó a la

demencia precoz un relieve nítido; y sus límites ya no fueron trazados unilateralmente desde adentro, sino también sólidamente desde el exterior.

En conclusión, Kraepelin describió otras formas de presentación de los síndromes psicóticos paranoides: 1) Paranoide: las alucinaciones ocupan el primer plano, 2) Catatonia: los síntomas dominan continuamente o durante períodos de tiempo muy largos, 3) Hebefrenia: aparecen síntomas nuevos pero no dominan el cuadro clínico continuamente, 4) Esquizofrenia simple, 5) Estados epilépticos, 6) Paranoia, 7) Alcoholismo y 8) Delirium tremens (Bleuler, 1993).

Más tarde Bleuler, consciente con la amplitud de su concepto acerca de la esquizofrenia, designa al grupo con un curso a veces crónico, a veces con brotes, que pueden detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero que no permite una completa restitución e integración.

Bleuler crea una definición, esquizofrenia (skizeb – romper, escindir, phremos – espíritu) y con él un nuevo modo de aprender la noción de ese modo de enfermar; tratando de describir una estructura psíquica patológica y con esto Bleuler difiere fundamentalmente de Kraepelin en los siguientes aspectos:

- 1) El rasgo fundamental de la enfermedad no es el curso, sino un estadio, la escisión de la personalidad.
- 2) La esquizofrenia no puede verse como algo unitario.
- 3) La enfermedad en sí misma no puede entenderse y, en consecuencia, se precisa en sus síntomas.
- 4) La teoría de los síntomas conduce a ordenarlos en primarios y secundarios.
- 5) Como consecuencia directa de la escisión se produce la interiorización de la vida psíquica y la pérdida de contacto con el medio social (autismo).
- 6) Se distinguen los síntomas fundamentales de los accesorios.
- 7) Aunque se sabe hacia donde va la psicosis no cabe predecir hasta que punto llegará ni la celeridad con que se desarrollará.
- 8) Existe un déficit de función, pero también se forman estructuras psíquicas patológicas.

Hay, pues margen para un cierto optimismo terapéutico, porque, junto a un negativo hay un positivo modificable por lo que se dice que las causas que predisponen al fenómeno negativo son: la ambitendencia, la ambivalencia y la escisión esquizofrénica (Jung, 1990).

El aporte de Bleuler fue, sin duda, cardinal aunque con su parecer sobre la escisión y el modo de ser escindido abriera una vía a la turbiedad, porque se arroja un nuevo estado de enfermarse al que denomina autismo.

Es probable que siempre existieran niños autistas; aunque solamente durante los últimos veinticinco años se les haya dado un nombre y considerándolos por separado de otros con graves enfermedades mentales.

Por lo que se retoma el pensamiento de los griegos para tratar de definir el concepto de autismo, aunque también se mencionan algunas leyendas ya que es el primer contacto que se tiene sobre dicho padecimiento.

Iniciaremos hablando de Shakespeare que nos menciona el mito de los niños ferales (niños criados por animales) que hallan crédito en el cuento de Invierno, el rey Leontes quiere que su hijo recién nacido sea quemado hasta morir, pero no se atreve a cometer él mismo el asesinato. Por eso ordena a Antígono que lo haga, pero el queda aterrorizado y aboga por la vida del pequeño hasta que el rey accede a no matarlo pero si a dejarlo abandonado en plena naturaleza para que se muera.

Shakespeare comprendió que tras la creencia en la existencia de los niños ferales se escondía el hecho de que algunos padres si desean la muerte de su hijo, pero al mismo tiempo temen matarlo y prefieren abandonarlo a una suerte que equivale prácticamente a lo mismo.

El mito expresa una fantasía popular que remodela la realidad del universo según sus deseos dominantes y no se trata de las desilusiones espantosas de los niños autistas sino de la forma en como los adultos han tratado de explicar porque y como existen estos niños.

A nosotros nos interesa sobre todo el hecho de que el mito sirve para explicar la existencia de estos niños radicalmente diferentes de los demás; pero esto se vuelve peligroso cuando interrumpe la búsqueda de conocimiento y nos hace creer que el problema ya está resuelto, ya que el autismo tiene muchas formas de observarse y la más antigua era considerar a estos niños como débiles mentales o con lesiones cerebrales (Bettelheim, 1981).

Cuenta otra antigua leyenda Irlandesa que en ocasiones, las Ninfas, deidades que personificaban la fecundidad de la naturaleza, los bosques y las montañas por equivocación robaban un bebé humano y lo cambiaban por un hijo suyo. En ciertas versiones el niño cambiado era notablemente hermoso, no

miraba a los ojos de su madre humana, porque en realidad dirigía su vista hacia su verdadera madre, parecían extraños y alejados de la especie humana. No hablaban y sí lo hacían era en forma extraña para las personas y sólo su verdadera madre podía entenderlos, lloraban inconsolables por horas sin que la mujer humana pudiera calmar su angustia. (Escobedo, 1992).

Uta Fritt (1991), en su libro "Autismo. Hacia una explicación del enigma", explica algunos casos fascinantes de individuos reales que hubieran sufrido diversas formas legendarias de trastornos autistas. Se mencionará uno: una niña guapa, ojos en color castaño, bucles rubios, expresión dulce aunque lejana, sus padres mantenían la ilusión de que era una niña de desarrollo inicial lento, pero al llegar con los especialistas; éstos les mencionan a los padres que se encuentran ante una imagen típica del autismo infantil y a los padres les es difícil entender que les están hablando de una muñeca aunque en este caso con una alteración sutil pero devastadora.

El término "autismo" proviene de la raíz griega autos, que significa "uno mismo", "propio", es empleado con frecuencia aunque con cierta imprecisión, para referirse a comportamientos centrados en el propio sujeto.

Ya en la literatura relacionada con el autismo infantil podría suponerse que el primer reporte del autismo infantil, se da en 1799 cuando Jean Marc Gaspar Itard médico francés de una nueva institución para sordomudos descubre a un niño al que decide llamar Víctor, aproximadamente de once años, el cual es un niño salvaje nacido en Aveyron, Francia, lo encuentra desnudo, sucio y con múltiples heridas, siendo su único alimento las avellanas y los frutos silvestres, era mudo y se comportaba como un animal furioso, no miraba directamente a las personas, ni jugaba con los juguetes, pero mostraba una memoria sorprendente respecto a la posición de los objetos en su habitación y se resistía a que fueran cambiados de lugar. Con esta descripción realizada por Itard se sugiere que Víctor mostraba muchos rasgos autistas.

Itard intentó educar a este niño, utilizando reforzadores muy simples; la educación no fue del todo exitosa, ya que el tuvo una conducta poco normal y nunca habló, pero logró mostrar cierto afecto por las personas y aprendió a comunicarse, aunque no de manera verbal (Paluszny, 1987).

Diversos investigadores a partir de este primer reporte han encontrado otros ejemplos de niños que probablemente eran autistas.

Algunos años más tarde en 1809 John Haslam en Inglaterra, describió la conducta de un niño de cinco años que había sufrido una infección severa de sarampión a la edad de un año. Este niño no permitía ningún contacto, tenía buena salud física y una buena capacidad de imitación, se mantenía absorto en juegos solitarios, negándose a participar con otras personas y mostrando cierta insatisfacción cuando veía jugar a otros niños. No caminó sino hasta los tres años, no habló sino hasta los cuatro años. Tanto el estudio de Itard como el de Haslam podrían considerarse como características del autismo (Wing, 1998).

Más adelante en el año de 1896 Kraepelin clasificó diferentes tipos de psicosis deteriorantes como (hebefrénica, catanonia y paranoide) en un sólo grupo al que denominó "Demencia Precoz" porque aparecía a edad temprana y su curso siempre terminaba en deterioro completo, también surgen los términos "Psicosis Infantil y Esquizofrenia Infantil" que sirven de antecedentes al término "Autismo" aplicado en este sentido y así comienzan a diferenciarse las entidades nosográficas relativas a la locura infantil (AMERPI, 1988).

Con arreglo a la terminología de Kraepelin, lo que continuo con la Psiquiatría fue en buena parte el estudio de las demencias de la niñez y destacaron dos psiquiatras: el primero fue Sanctus que en 1906 escribió sobre la demencia precoz infantil, llegando a la conclusión de que la declinación en los niños sicóticos no era deterioro, sino una regresión reversible, su contribución tuvo dos aspectos: la introducción del concepto de regresión y la claridad entre perturbación emocional grave y el retardo en los niños; el segundo fue Sëller que en 1908, hablará de los niños hospitalizados, informando sobre seis casos que presentaban una afección mental infantil, teniendo un curso insólito (Massie, et. al., 1986).

Desde el inicio de la Psiquiatría, es poco lo escrito sobre el tema del autismo y es importante conocer a fondo los estudios para rastrear la línea histórica del tema.

Se iniciará este rastreo con Bleuler, que en 1906 empleará por primera vez el término autismo, introduciéndolo así a la literatura psiquiátrica. Con este término el autor describió una alteración del pensamiento específica de los pacientes psicóticos, consistente en referir a sí mismo cualquier acontecimiento que sucediese. Según Bleuler estos pacientes también huían o evitaban cualquier estímulo de tipo social.

Pero lo acertado de este término - de mantener su primera significación - no permite su aplicación

al autismo infantil propiamente dicho; porque el autismo no es un cuadro psicopatológico que pueda suponerse. Además, en el niño autista no hay tal huida o evasión de todo lo que pudiera significar interacción personal, ni refiere a sí cuantos acontecimientos suceden a su alrededor. En el autismo infantil acontece, como se vera más adelante otra cosa, muy diferente: una dificultad extrema para desarrollar hábitos que sirvan al buen contacto interpersonal (Polaino, 1981).

Bleuler, publica en 1911, *El Manual de Psiquiatría*, y propone dos cambios de nomenclatura. En primer lugar el término "esquizofrenia" sustituye al que había propuesto Kraepelin como Demencia Precoz. En segundo lugar, en armonía con la división de la enfermedad en síndromes llevada a cabo por Kraepelin, Bleuler, sostuvo que no existía una única esquizofrenia, sino una multiplicidad de afecciones, superó a Kraepelin, con su intento de atribuir a los síntomas psicóticos una función o un contenido mental y una estructura psicológica (Massie, et. al. 1986).

Continúa E. Bleuler con sus estudios y dejando atrás los términos imprecisos de "condición lunática, "insania" y "locura", introduce el término de autismo como sinónimo de "la pérdida de contacto con la realidad que se produce en el proceso del pensamiento en el síndrome esquizofrénico del adolescente y del adulto", este desorden ocasiona gran dificultad o imposibilidad para la comunicación y contacto con las demás personas (Lien de Rozental, 1983).

En 1919 un psicólogo norteamericano Lightner Witmer, escribió un artículo sobre Don, un niño de dos años y siete meses, que se comportaba como un niño con autismo en su forma típica, fue aceptado en la escuela especial de Witmer. Una enseñanza individual mantenida durante un largo periodo contribuyó a que este niño hiciera progresos en el trabajo escolar y en la adquisición de destrezas prácticas (Wing, 1998).

Witmer en 1919, fue el primero en llamar "psicosis de la niñez" a una profunda ruptura con la realidad; su propósito fue distinguir esta afección de sus paralelos en el adulto, en 1929 Kasinin y Kaufman informaron sobre todos los casos observados durante tres años y solamente descubrieron seis casos, llegando a la conclusión de que se trataba de una afección rara aunque un psiquiatra del hospital Santa Elizabeth de Washington afirmó que muchos de estos niños podían ser esquizofrénicos y así a mediados de la década de 1930, la esquizofrenia de la niñez obtiene reconocimiento como entidad nosológica en la Psiquiatría Infantil ya creada para entonces (Massie et. al., 1986).

Casi trece años después de que en junio de 1943 un psiquiatra de la John Hopkins University, llamado Leo Kanner escribe un artículo intitulado "Autistic Disturbances of Afective Contac" en la revista "The Nervous Child" en la cual el concepto de autismo era introducido dentro del grupo de las esquizofrenias de la niñez, describe este trastorno, a partir de su observación de once niños en la Clínica Psiquiátrica infantil y después reporta lo que acontece con estos niños, los cuales mostraban incapacidad para desarrollar interacciones con otras personas, aislamiento afectivo, insistencia en las actividades habituales y así lo denominó "Síndrome de Kanner" (Paluszny, 1996).

Un año después, Kanner en 1944, con el estudio más a fondo de estos niños el síndrome fue llamado "Autismo de la infancia temprana" y de manera retrospectiva, otros investigadores informaron que habían descubierto casos similares de niños autistas, pero fue hasta 1943 que el síntoma se constituyó entidad diagnóstica identificada (Kanner, 1943).

Y es así como en 1944 Hans Asperger (citado en Fritt, 1991) psiquiatra infantil vienés quien a través de su trabajo se interesó en la incapacidad de algunos niños para formar grupos, aunque eran niños inteligentes con peculiaridades interesantes y conductas incontrolables era difícil mantenerlos en escuelas o en su propia familia; este trastorno constituía un ejemplo de incapacidad para formar grupos y de la falta de contacto y decide describirlos como "Psicopatía autista", siendo este término atraído por casos reportados y estudiados, empieza a causar controversias y existe un alto nivel de acuerdos para utilizar el nombre de "Síndrome de Asperger".

En 1949 Kanner distinguió un subtipo de autismo en el que los niños se desarrollaban normalmente durante dieciocho a veinticuatro meses y después se retraían, perdían el lenguaje, detenían su desarrollo social y había una reducción en las actividades normales, llamando a este subtipo autismo secundario.

De 1960 a 1970 se inicia un fecundo período de observación de la sintomatología autista. Timbergen en 1962 enfatiza la falta de contacto ocular, Rimband en 1964 sostuvo que el autismo era una psicosis singular distinta de la esquizofrenia y del retardo mental, Loovas en 1965 hará hincapié en el retraso intelectual, Makista en 1966 en la edad de comienzo y Eisenberg en el mismo año formuló una clasificación basada en la etiología, teniendo dos categorías: la primera estaba asociada a una patología dada por trastornos en el tejido encefálico y la segunda por la existencia de bases orgánicas, Ruther y

Lockyer en 1967 sintetizan los criterios sintomáticos del autismo, Ornitz y Ritvo en 1968 sintetizan las alteraciones de la percepción y de la psicomotricidad autista etc. (Massie et. al., 1986).

Tanto la definición original de Kanner como la de Asperger han ido cambiando a lo largo del tiempo en la medida en que se ha ido reconociendo que el mismo trastorno puede manifestarse de varias maneras diferentes, así como presentar variaciones entre los individuos, lo que nos lleva a observar y entender al autismo como un cuadro indefinido.

En los setenta y los ochenta, comenzó a considerarse seriamente la idea de que el autismo de Kanner formaba parte de un espectro más amplio de trastornos autistas; por lo que los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se pueden observar en la historia de dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría; estos dos sistemas desde su aparición han ido cambiando su terminología por ejemplo en la primera edición del ICD no se incluía en absoluto el autismo, pero en la octava edición ya se menciona pero como una forma de esquizofrenia y en la novena edición lo incluyen bajo el encabezado de psicosis infantil. Pero ya en la décima edición y la cuarta del DSM adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastorno autista y que son trastornos del desarrollo, no psicosis, entonces el término utilizado en ambos sistemas es el de Trastorno Generalizado del Desarrollo (Wing, 1998).

Lord y Risi desde el año 2000, dicen que esta patología puede presentarse en conjuntos continuos o discontinuos que ocurren en el autismo pero que no cumplen completamente los criterios de diagnóstico de autismo. En este sentido los términos Trastorno del Espectro Autista / Trastorno Generalizado del Desarrollo se usan habitualmente de forma sinónima para referirse a un amplio espectro de trastornos neurológicos evolutivos (Martos, 2001).

Handwritten text in a cursive script, possibly representing the name "KARL" or similar, written in a stylized, flowing manner.

2

CONCEPTUALIZACIÓN DEL AUTISMO

Desde que E. Bleuler introdujo el término de autismo en 1911, como sinónimo de "la pérdida del contacto con la realidad que se produce en el proceso del pensamiento en el síndrome esquizofrénico del adolescente y del adulto", este desorden ocasiona gran dificultad o imposibilidad para la comunicación y contacto con las demás personas (Lien de Rozental, 1983).

De acuerdo con Bleuler los síntomas fundamentalmente pueden ser divididos en dos categorías: la primera sería simple (disturbios asociados con la afectividad y la ambivalencia) y la segunda sería compleja (autismo, disturbios en atención, en conducta, en personalidad y conductuales y la enfermedad esquizofrénica); después de esto en una importante reorganización menciona una variedad de manifestaciones clínicas como son: pobre contacto con otras personas, indiferencia emocional, actitudes conductuales rígidas etc. a las que les dio el nombre de "autismo". Esta enumeración de manifestaciones ilustra la dificultad para lograr una clara definición de autismo. Por lo que Bleuler considera al autismo una cadena compleja de síntomas y además es una consecuencia directa de la esquizofrenia (Parnas, 1991).

El adjetivo "autista" (derivado de la palabra griega "autos" que significa "a sí mismo", "propio") había sido originariamente usado en psiquiatría para significar "retraído o encerrado en sí mismo" y podía ser utilizado para cualquier persona (Wing, 1985).

Por lo que Leo Kanner en 1943, publicó un trabajo titulado "Perturbaciones autísticas del contacto afectivo" en donde reporta que desde 1938 han aparecido niños cuyas condiciones difieren marcadamente de todo lo conocido hasta ahora; de esta manera Kanner comienza la descripción detallada y aguda de la conducta anormal en estos niños. Siendo "la soledad autista" la característica conductual más notable en los primeros años acompañada de severas dificultades para desarrollarse con la gente, retraso o perturbación del lenguaje, las conductas ritualistas, la angustia producida por cambios medio ambientales y básicamente el desarrollo en los primeros años de vida, es lo que lleva a designar

por primera vez a este cuadro como "autismo infantil temprano" (Massie, et. al., 1986).

Al continuar Kanner con el estudio de los once niños; describe además de la soledad extrema, varias características del síndrome, entre las cuales se incluyen el deseo obsesivo de mantenerse igual, la falta de posturas anticipatorias, la falta de lenguaje comunicativo y en lugar de éste un lenguaje que se repetía como el de un loro, fenómeno que se llamó ecolalia. Kanner también encontró una buena habilidad motora fina y una aparente inteligencia y una extraordinaria memorización (Paluszny, 1987).

Habremos pues de suponer que estos niños han venido al mundo con una incapacidad innata para establecer el contacto afectivo en la forma en que lo hace toda la gente en diversas situaciones y desde el inicio de la vida, así como carencias de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio (Kanner, 1972),

También se dice que el autismo es bastante extraño, un caso por cada dos mil o tres mil nacimientos, con un predominio muy claro, aunque inexplicablemente por el sexo masculino (tres o cuatro niños por una niña), se manifiesta esquemáticamente: 1) por una grave y precoz alteración de las modalidades de contacto con el mundo exterior y las actividades lúdicas habituales del niño no aparecen o son remplazadas por manipulaciones estereotipadas de objetos o movimientos rítmicos del cuerpo y 2) por graves trastornos del lenguaje que van desde la ausencia total (mutismo) hasta las anomalías en su estructuración (Parquet, 1992).

Indudablemente Kanner marcó un hito y a la vez dio un notable auge al estudio de este desorden psiquiátrico, por lo que se ha tratado de manejar una mejor definición.

En 1944 Asperger describe un síndrome, "psicopatía autística" que aparece hacia los cuatro o cinco años y se caracteriza por un contacto muy perturbado pero posible sólo en forma superficial en niños de buen nivel intelectual, en los cuales se encuentran alterados la mímica, el gesto y estereotipadas las actividades lúdicas, el síndrome se caracteriza por la ausencia de progreso, de trastornos del pensamiento y de disociación afectiva (Tantam, 1988).

Más adelante, en 1956 se señala haber identificado a más niños con autismo, encontrando en los padres características de frialdad, formalismo, lejanía en sus relaciones, etc. Quizá a esto se deba, el que la mayoría de los profesionales de los 40's y 50's recogieran solamente el factor de la personalidad en sus hipótesis, por lo que para la mayoría de ellos, hablar de autismo infantil significa referirse a los rasgos

específicos, que encierra el "Síndrome de Kanner", es decir a la inhabilidad de los niños para relacionarse en forma ordinaria con la gente desde su nacimiento así como también el que procedieran de familias altamente inteligentes (Herrera, 1990).

Otros conceptos importantes que se dan sobre el autismo es la diferencia que realiza J. Anthony en 1958 sobre el autismo idiopático primario y el autismo secundario. El primero provendría de un retraimiento neonatal por lesión cerebral o disminución sensorial y el autismo secundario aparecería en niños con un desarrollo aparentemente normal hasta la edad de un año y medio, y un posterior retraimiento psicótico. También se habla de la importancia gnoseológica de la edad del niño en el comienzo de la enfermedad, haciendo claras separaciones entre 1) el síndrome de Kanner, 2) los desórdenes orgánicos que comienzan en la edad media, y 3) el síndrome de esquizofrenia, que comienza en la última etapa de la niñez, siendo más clara esta separación entre el síndrome de Kanner, que comienza en los primeros dos años, y los desórdenes de la última etapa de la infancia que parecen ser similares a la esquizofrenia adulta (Lien de Rozental, 1983).

De acuerdo con el Manual de Psiquiatría Infantil, Ajuriaguerra define al "autismo infantil precoz" en un tipo de psicosis infantil, quizás el tipo más común: "la psicosis infantil puede definirse como un trastorno de la personalidad, independiente de un desorden en la organización del "Yo" y de la relación del niño con el mundo circundante", que se caracteriza por: 1) una conducta inapropiada frente a la realidad, 2) una restricción del campo de utilización de los objetos, 3) catexis cognitivas afectivas y de la actividad que producen conductas rígidas o inconsistentes, 4) una vida imaginativa pobre o de tipo mágico alucinatorio, 5) una actitud demasiado abstracta o concreta, 6) una comunicación restringida y/o distorsionada y 7) una relación inadecuada con las personas (Ajuriaguerra, 1980).

Un grupo de Paidopsiquiatras en 1960 (citado en Murrow, 1985) lo definen de la siguiente manera: 1) relación inadecuada con las personas, 2) identidad personal confusa y falta de conciencia de sí mismo, 3) preocupación anormal por ciertos objetos, 4) resistencia al cambio, 5) reacciones de ansiedad excesiva y 6) desorden en el movimiento.

Para Hermelin en 1971 (citado en Sattler, 1993), el autismo infantil es un trastorno conductual muy grave de los niños, aparece antes de los dos años y medio de edad. Estos niños suelen reaccionar de manera impropia a los estímulos sensoriales, no reconocen a las personas que les rodean. Algunos

niños presentan angustia durante largos períodos y su alimentación y sueño suelen ser erráticos e impredecibles.

En 1976 la Organización Mundial de la Salud, lo define como un síndrome que se presenta desde el nacimiento o durante los primeros treinta meses de vida, hay ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para utilizar términos abstractos, es frecuente el comportamiento ritualista, hay resistencia al cambio y el pensamiento aparece disminuido (Garantos, 1992).

Frances Tustin (1977) describe que el niño autista no es capaz de mantener un adecuado vínculo afectivo ni siquiera en el mínimo grado biológicamente necesario, lo cual le imposibilita no sólo aprender sino incluso responder a los estímulos del ambiente, en consecuencia vive en un nivel infrahumano, casi llegando a un nivel vegetativo, muy a menudo no llega a desarrollar ninguna forma de lenguaje y apenas dispone de los mecanismos primarios indispensables para subsistir, esta condición autística se manifiesta desde el nacimiento abriendo una discusión acerca de si es un factor hereditario y constitucional o una defectuosa comunicación y falta de entendimiento. Así distinguió tres formas: 1) primario anormal: el niño presenta un cuadro de pasividad tipo ameba, 2) secundario encapsulado: el niño construye una especie de armadura, caparazón o "segunda piel", detrás de la cual puede refugiarse del mundo externo y 3) secundario regresivo: el niño acusa en un comienzo una sobre adaptación (bebe "modelo", "bueno") a la que le sigue un período corto de desarrollo normal para desembocar finalmente en la ruptura con la realidad.

Al igual que Tustin, la National Society for Autistic Children (NSAC) de Estados Unidos en 1977 hace referencia a un síndrome conductual y cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos (Belloch, 1995).

Rutter en 1978 plantea un origen orgánico cerebral, aunque concibe al autismo como un "síndrome conductual" caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas y específicos de este trastorno. Además, hace hincapié en las alteraciones lingüísticas como síntoma primario, dada la incapacidad de la alteración emocional para explicar por sí sola este trastorno (Ibid, 1995).

En 1980 el psiquiatra Henry Maudsley planteó la posibilidad de que la <<psicosis infantil>> se diera en niños, no teniendo esta palabra un significado preciso, pero tiende a utilizarse como una etiqueta general para la conducta extraña y extravagante (Wing, 1988).

En 1984 en el Manual de Diagnóstico y Estadístico en su tercera edición, describe al autismo como el deterioro cualitativo en la interacción social reciproca, existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, repertorio notablemente restringido de actividades e intereses y comienza en la infancia o la niñez; presentando asociación con causas orgánicas como la rubéola materna o la fenilcetonuria (DSM – III, 1984).

La Organización Mundial de la Salud en 1992 define al autismo como <<una innata alteración autista del contacto afectivo>>, lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse normalmente con la gente, dando especial relevancia a los déficits interpersonales y aunque se incluyen los problemas lingüísticos y cognitivos en la definición, éstos pasan a segundo lugar, por tener un menor peso, lo que indujo a redefinir el autismo en términos de carencias emocionales y dificultades en las relaciones sociales (Belloch, 1995).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su versión décima define al autismo de Kanner, también conocido como Autismo Infantil Temprano como un cuadro que presenta un desarrollo marcadamente anormal o con deficiencias en la interacción, comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses, se manifiesta antes de los tres años, se manifiestan actividades repetitivas y restringidas, variando éstas en función del nivel de desarrollo y edad cronológica del sujeto (CIE - 10, 1992).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) versión cuarta (1994) el trastorno es denominado autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner y lo define como una alteración que debe manifestarse antes de los tres años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social, juego simbólico o imaginativo, en algunos casos se ha descrito un desarrollo relativamente normal durante uno o dos años, pero no existe típicamente período alguno de desarrollo normal, ya que en la minoría de los casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente manifestada por el cese del habla después de que el infante ha adquirido de

cinco a diez palabras y si existe un período normal, éste no puede extenderse más allá de los tres años, las alteraciones cualitativas que definen a este trastorno son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto; este trastorno suele ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida por lo que debe codificarse en el Eje I y si además se asocia con un retraso mental entonces deberá codificarse en el Eje II, en algunas ocasiones con el autismo se observan otras enfermedades médicas (por ejemplo: anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, anomalías estructurales del sistema nervioso central etc.). Si existen estas enfermedades, entonces se codifica en el Eje III, los cuales son elementos participantes de un sistema denominado multiaxial que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de ellos concerniente a un área de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados, esta clasificación incluye cinco ejes: Eje I trastorno clínico (descripción de todos los trastornos reconocidos en esta clasificación), Eje II trastorno de la personalidad (todo lo referente a los trastornos de la personalidad), Eje III enfermedades médicas (son los síntomas potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto), Eje IV problemas psicosociales y ambientales (se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales) y Eje V evaluación de la actividad global (incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto). A continuación se describen otros problemas que se abarcan en cada eje.

**EJE I
TRASTORNOS CLÍNICOS
OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN
CLÍNICA**

TRASTORNO DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA
DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y COGNOSCITIVOS
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO
TRASTORNOS DE ANSIEDAD
TRASTORNOS SOMATOMORFOS
TRASTORNOS FACTICIOS
TRASTORNOS DISOCIATIVOS
TRASTORNOS SEXUALES
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
TRASTORNOS DEL SUEÑO
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS
TRASTORNOS ADAPTATIVOS
OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA.

EJE II
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
RETRASO MENTAL

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO ESQUIZOTÓPICO DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO NARCICISTA DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA
TRASTORNO OBSESIVO – COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO.

EJE III
ENFERMEDADES MÉDICAS

ALGUNAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
NEOPLASIAS
ENFERMEDADES DE LA SANGRE
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, CIRCULATORIO, RESPIRATORIO Y DIGESTIVO
ENFERMEDADES DEL OJO Y DEL OIDO
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
PATOLOGÍA PERINATAL
MALFORMACIONES, DEFORMACIONES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS CONGÉNITAS
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS
HERIDAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS PROCESOS DE CAUSA EXTERNA
MORBIDIDAD Y MORTALIDAD DE CAUSA EXTERNA
FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y EL CONTACTO CON LOS CENTROS SANITARIOS.

EJE IV
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO DE APOYO
PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL
PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA
PROBLEMAS LABORALES
PROBLEMAS DE VIVIENDA
PROBLEMAS ECONÓMICOS
PROBLEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA
PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL O CON EL CRIMEN
OTROS PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Nos podemos dar cuenta de que todas las definiciones son una larga lista de conceptos o características del autismo, lo importante es recordar que todas parten de un mismo inicio que puede ser: "síndrome que se manifiesta antes de los tres años, presenta inhabilidad hacia las relaciones con otros, pobre comunicación, preocupación anormal por ciertos objetos, resistencia al cambio y rituales compulsivos, etc.", aunque algunos autores toman en cuenta éstas características enfatizan más los siguientes aspectos como son: la ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para utilizar términos abstractos y por consiguiente su pensamiento aparece disminuido para conversar adecuadamente en el ámbito social.

La descripción original de Kanner ha ido cambiando a lo largo del tiempo en la medida en que se ha ido reconociendo que el mismo trastorno puede manifestarse de varias maneras diferentes y puede variar entre los individuos (incluso dentro de un mismo individuo), y para poder explicar éstas variaciones en los individuos o hasta en el mismo sujeto, es ideal considerar al autismo como un trastorno continuo más que como una categoría bien definida, lo que nos lleva a pensar en un espectro autista ya que los rasgos pueden situarse en conjuntos continuos o dimensiones que no sólo se alteran en el autismo sino también en otros cuadros que afectan al desarrollo, teniendo origen en el estudio muy importante realizado por Wing y Gould, el cual tiene varios objetivos, entre ellos el más importante es donde tratan de explicar y conocer características de los niños menores de quince años con deficiencias importantes en las capacidades de relación para así dar respuesta a preguntas como que si el autismo es un autentico síndrome o es un conjunto de alteraciones sin ninguna causa en común. En donde aplicaron el estudio encontraron 132 niños con problemas en las capacidades de relación y ellos concluyeron que

todos los niños tenían un comportamiento estereotipado y repetitivo, y casi todos presentaban una ausencia total o una anormalidad en el lenguaje y en las actividades simbólicas, por lo tanto el estudio demostraba una fuerte tendencia a que estos problemas se den juntos (Martos, 2001).

Por lo que hoy por hoy el grupo de las tres alteraciones (la ausencia o la deficiencia de la interacción social, la comunicación y el desarrollo de la imaginación) se conozcan como la tríada de Wing, siendo la base para obtener los síntomas del autismo (Wing, 1998).

Handwritten cursive text, possibly a signature or name, rendered in a pixelated black font.

Handwritten cursive number 3, rendered in a pixelated black font.

SINTOMATOLOGÍA

Cada niño autista es un individuo y en muchos aspectos es diferente de otros niños con igual diagnóstico. En parte esto se debe a que este estado puede hallarse en grados que van de muy leve a muy grave, pero también a que cada niño tiene su personalidad propia. La mayoría de ellos cambian al crecer, puesto que los problemas pueden hacerse menos notables y algunos desaparecen totalmente. Sin embargo los niños tienen un tipo especial de esquemas de conducta en común, especialmente en los primeros años de su niñez. Algunos bebés que llegarán a ser autistas parecen desarrollarse normalmente durante un tiempo, y sus padres no observan nada fuera de lo común en los primeros dos años. Otros bebés dan a sus padres motivo para preocuparse casi desde el nacimiento, por lo que parece haber dos clases de bebés autistas entre los que obviamente no son normales desde el nacimiento. Algunos lloran gritando mucho durante el día y la noche, especialmente al despertar; puede estar rígido y ser difícil de tener en brazos, y es posible que luche contra todo, incluyendo que lo laven, vistan o cambien. El bebé autista de la otra clase es plácido y nada exigente; se contenta con estar tranquilo en su cochecito todo el día (Wing, 1998). A veces las madres de estos niños no saben cuándo tienen apetito porque nunca lloran para pedir alimento y se morirían de hambre si no los alimentan rutinariamente; una de las cosas que las madres observan con más frecuencia es que su bebé nunca levanta los brazos ni se prepara para que lo levanten. De los dos a los cinco años es una etapa en que la conducta autista se torna más evidente ya que si el niño ha sido desde el nacimiento, puede transcurrir mucho tiempo antes de que sus padres se atrevan a expresar en palabras sus temores y sospechas; generalmente se preocupan seriamente hacia la edad de dos o tres años y si por otra parte, el niño ha parecido normal desde que nació, pero tiene un cambio notable en la conducta que se produce en el transcurso de pocas semanas, es probable que sus padres se alarmen rápidamente ante la gravedad del problema. Los niños pequeños parecen físicamente sanos y a menudo son excepcionalmente atractivos, tienen ojos grandes que no se miran directamente a los demás. Parecen sentirse alejados e indiferentes ante el mundo, interesados solamente en algún objeto espacial, pero si pierden este objeto o si se perturba una rutina familiar, entonces el niño tranquilo y distante se convierte en un haz de furia hasta que la rabieta se extingue tan

rápido como se originó. Estos síntomas "característicos" son tan notables en la primera niñez que tienden a atraer toda la atención. Esto es lamentable, porque esta conducta extraña es consecuencia de otras desventajas, fundamentales, y es imposible entender y ayudar a un niño autista a menos que se conozcan los problemas subyacentes que le hacen tan difícil comprender al mundo (Wing, 1985).

Problemas en la comprensión del lenguaje

***Respuestas desusadas a los sonidos**

Con frecuencia se piensa que un niño autista es sordo porque tiende a ignorar los sonidos muy fuertes y no parpadea siquiera si alguien deja caer una pila de platos detrás de él, a un niño pueden fascinarle ciertos sonidos pero algunos puede sentirlos intensamente amenazadores y se tapa las orejas o se agacha; estas diferentes respuestas pueden verse en el mismo niño en el transcurso de un tiempo breve (Clarkson, 2000).

***Dificultades en la comprensión del lenguaje**

La respuesta de un niño autista a lo que se le habla es tan poco usual como sus reacciones ante otros sonidos, cuando los niños tienen como un año les gusta oír que su madre les hable, pero el niño autista no presta atención a lo que ella dice; parece no advertir que el lenguaje tiene un significado aunque puede atender si oye una de las palabras que él conoce y que están relacionadas a cosas que a él le gusten. Más adelante, generalmente cuando se acercan a los cinco años, muchos comienzan a adquirir cierta comprensión limitada del lenguaje obedeciendo instrucciones simples dentro del mismo espacio físico, habiendo alguna complicación él se confundirá tanto que se enojará o angustiara llegando a no hacer nada (Furieux, 1983).

***Dificultad en el habla**

Algunos niños autistas nunca hablan, permanecen mudos toda su vida, otros aprenden a decir por lo menos algunas palabras, aunque casi siempre comienzan mucho después de lo normal. Por lo general se inician repitiendo palabras dichas por otras personas, especialmente la última palabra o frase, con frecuencia pueden copiar el acento de quien habla y el tono de su voz a lo que se denomina "ecolalia" y cuando repiten palabras o frases que han oído anteriormente; esto se denomina "ecolalia demorada", ocasionalmente ocurre que el niño produce una de estas frases repetidas en un momento adecuado y pareciera que él sabe lo que habla. Algunos se quedan indefinidamente en esta etapa, pero

otros avanzan ya que comienzan a decir algunas palabras o frases que elaboran por sí mismos y que tienen un significado; es fácil comprender la diferencia entre una frase que el niño repite porque la ha oído usar y la que él ha formado por sí mismo, lo primero ocurre rápida y fácilmente, en el tono de voz de quien habló en un principio y lo segundo se produce con un doloroso esfuerzo y con muchos errores de gramática y de semántica, con frecuencia invierten el orden de las letras dentro de las palabras. Aquellos niños que realizan progresos no pueden utilizar las palabras con flexibilidad, ni expresar ideas sutiles; cuando el niño comienza a comprender, oye algo y si puede hablar repite lo que oye, pareciendo como si se llamara a sí mismo "tú" en lugar de "yo" a esto se le conoce como "inversión de pronombres".

*Deficiencias en la pronunciación y en el control de la voz

Generalmente tienen dificultades para controlar el volumen de su voz, le resulta arduo pronunciar con fluidez y suavidad constantes, su voz sube y baja en los momentos inadecuados, muchos niños pasan por una fase en la cual dicen algunas cosas en una voz especial, tratan de sortear obstáculos formando oraciones lo más cortas posibles (Mesibov, 1996).

*Problemas en la comprensión de lo que se ve

Los niños autistas tienen exactamente los mismos inconvenientes para comprender lo que ven y lo que oyen, cuando son muy pequeños tienden a mirar algo que se mueve, pero pierden interés cuando el movimiento cesa; por lo que resulta interesante el hecho de que algunos niños caminan escaleras abajo y hasta montan un triciclo sin mirar aparentemente a dónde van y puedan encontrar su camino en la oscuridad con casi tanta facilidad como en la luz. Un grupo de psicólogos han demostrado que los niños autistas no fijan la vista en las personas o en los objetos sino que echan rápidas miradas y apartan los ojos, teniendo la impresión de que evitan deliberadamente mirar los rostros de otras personas (Brauner, 1981).

*Problemas en la comprensión de los gestos

Las personas pueden comunicarse entre sí de diversas formas aparte del lenguaje, utilizando gestos, las expresiones faciales y los movimientos corporales, los niños autistas están en desventaja también en el uso de estos lenguajes "corporales"; en el primer año el único "lenguaje" que poseen es el llanto indiscriminado, posteriormente muestran lo que necesitan tomando a alguien de la mano y colocándola sobre el objeto deseado, estos niños no tienen capacidad de hacer mímica, con frecuencia

se les debe enseñar el empleo de gestos tan simples como una sonrisa o un abrazo para saludar al llegar a un lugar (Powers, 1989).

*Los sentidos del tacto, el gusto y el olfato

Los niños autistas exploran el mundo por medio de sus sentidos aunque esto ocurre mucho después de que ha pasado la etapa del bebé y el deambular, les encanta tocar cosas comunes y a la vez raras parece que así reconocieran a los demás y es posible que les guste oler por ejemplo las manos de sus padres y explorar su rostro con un toque suave y delicado; al parecer gozan con los juegos violentos que implican el contacto físico, aunque a veces se retraen ante un roce más tierno o un beso, Presentan dificultad para aprender a masticar trozos grandes de alimentos y se les debe de desmenuzar la comida, los más pequeños pueden parecer insensibles al frío o al dolor.

*Movimientos poco usuales del cuerpo

En un niño autista lo que más llama la atención son los movimientos extraños que realiza, aletea con brazos y manos, salta en el mismo sitio y hace muecas, tiende a caminar en puntas y a veces mantener piernas rígidas, giran sobre sí mismos incesantemente sin marearse y casi todos doblan y hacen girar los dedos o los objetos cerca de sus ojos. También presentan movimientos graciosos como al caminar y les es posible trepar y mantener el equilibrio, otros son bastante "torpes" y caminan como si tuvieran alguna dificultad para equilibrarse; es posible que tengan dedos hábiles y veloces, sin embargo aunque casi todos presenten habilidad o inhabilidad son inmaduros en la forma de moverse; muchos niños colocan los brazos en forma especial cuando no están ocupados. También es común comprobar que los niños encuentran obstáculos para imitar los movimientos que hacen otras personas, aunque hayan llegado a la época en que se muestran dispuestos a cooperar, tienden a hacer a la inversa las actividades que ven, dicha inversión de secuencias afecta en muchas actividades de su vida diaria (Villard, 1986).

Dificultades de conducta y problemas emocionales

*Alejamiento y retraimiento social

La mayoría de los niños pequeños con autismo se conducen como si las personas no existieran, es posible enumerar los puntos en la conducta de un niño autista que lo hacen parecer tan alejado y esquivo: no viene cuando se le llama, no escucha cuando le hablan, su faz puede mostrarse vacía de

expresión, rara vez mira a la cara directamente, es posible que se encoja si lo tocan, no pone los brazos alrededor del cuello de quien lo alza y puede caminar pasando junto a una persona sin detener su marcha (Meltzer, 1984).

*Resistencia al cambio

Muchos niños insisten en la repetición de las mismas rutinas, cuando son muy pequeños nunca logran asentarse en ningún programa ordenado, pero hacia el momento en que pueden caminar habitualmente insisten en que ciertas cosas se hagan en forma exactamente igual en todo momento; con frecuencia se encariñan mucho con ciertos objetos y se rehúsan a que los separen de ellos, también esta resistencia al cambio se puede ver reflejada en la alimentación y aunque algunos tienen buen apetito desde que nacen, otros pasan por una etapa en la que se rehúsan a comer más de dos o tres alimentos distintos (Rutter, 1984).

*Incapacidad de jugar

Los niños autistas tienen problemas con todas las clases de lenguaje y a consecuencia de esto se perjudica su capacidad para el juego, para ellos un tren de juguete no es lo que están viendo; es simplemente un objeto frío, duro, pesado que hace ruido etc., por lo que concierne al juego permanecen en la etapa del bebé que apenas es capaz de sostener las cosas en las manos. Los de autismo más profundos juegan con agua, arena o barro durante horas (aunque algunos de ellos sienten intenso disgusto al mojarse o ensuciarse), les encanta observar pautas de movimiento y algunos son notablemente hábiles en hacer girar monedas u otros objetos. Al faltarles el lenguaje y la imaginación no pueden unirse a otros niños en sus juegos por no saber como hacerlo (Winnicott, 1981).

DIAGNÓSTICO

Para muchos padres, el diagnóstico es la culminación de una larga búsqueda, seguramente han visitado a muchos médicos antes de que alguien mencionara la palabra autismo. Antes que nada, deben saber que ningún pronóstico será igual a otro porque cada niño es distinto y existe una gama muy amplia de niveles de funcionalidad entre los chicos con autismo; este diagnóstico no debe convertirse en una etiqueta pues no define el límite al que el niño puede llegar, sino el punto de partida desde el cual

habremos de diseñar estrategias con el fin de explotar al máximo su potencial y proporcionarte oportunidades de aprendizaje (Ararú, nov. '02 – ene. '03).

Los criterios diagnósticos del autismo se han ido modificando en el transcurso de los años paralelamente a los cambios conceptuales que ha sufrido el término. Desde la concepción del autismo como una psicosis infantil en la que los criterios diagnósticos se centraban en las conductas bizarras hasta la inclusión del autismo dentro del término genérico Trastorno Generalizado del Desarrollo, se han enfatizado los déficits cognitivos que presentan estos niños. Por estas razones, los principales sistemas de clasificación nosológica DSM – IV y ICD – 10 han reagrupado los criterios diagnósticos en tres comportamientos mentales y un criterio cronológico, con respecto a este último se considera que debe manifestarse un retraso o desviación de al menos uno de los otros tres criterios antes de los treinta y seis meses de edad (Belloch, 1995).

Por lo que en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM – IV, 1994) propone los siguientes criterios para diagnosticar al trastorno.

A Un total de seis o más ítems de los puntos (1), (2) y (3), con por lo menos dos ítems del punto (1), y un ítem de los puntos (2) y (3).

1) Alteración cualitativa de la interacción social

- 1.1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales
- 1.2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo
- 1.3) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas
- 1.4) Falta de reciprocidad social o emocional

2) Alteración cualitativa de la comunicación

- 2.1) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje oral
- 2.2) Alteración importante para iniciar o mantener una conversación
- 2.3) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje idiosincrásico
- 2.4) Ausencia de juego realista espontáneo

3) Patrones de comportamiento

3.1) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados

3.2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas

3.3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos

3.4) Preocupación persistente por parte de objetos

B) Retraso o funcionamiento anormal

1) Interacción social

2) Lenguaje utilizado en la comunicación social

3) Juego simbólico o imaginativo

C) No cumplir los criterios del trastorno de Rett o trastorno infantil desintegrativo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades mentales (CIE – 10, 1992) esquematiza de la siguiente forma los criterios para el diagnóstico del autismo infantil

A Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas.

1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.

2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca

3. Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3) incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

1) Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.

b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.

c) Ausencia de reciprocidad socio – emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuestas al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.

d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos.

2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías en, por lo menos, una de las siguientes áreas:

a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de gestos alternativos para comunicarse.

b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor.

c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.

d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades tempranas.

3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes áreas:

a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.

b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos de propósito aparente.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con movimientos completos de todo el cuerpo.

d) preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos.

C El cuadro no es atribuible a otras variedades de trastornos profundos del desarrollo etc.

Al presentar los cuadros anteriores se puede observar que desde la aparición con Kanner en 1943 hasta nuestros días la sintomatología empleada para presentar el diagnóstico de este síndrome son las siguientes alteraciones: presencia de un desarrollo anormal o alterado antes de los tres años de edad, indiferencia total en su interacción social, alteración en la comunicación, patrones de comportamiento estereotipados, retraso en el juego simbólico, deficiencias en el contacto visual etc., lo que nos lleva a remarcar que no en todos los casos se presentan todas las conductas antes mencionadas, por lo que hay que observar perfectamente al niño para poder dar un diagnóstico certero y no confundirnos con algunas otras patologías que comparten las deficiencias anteriores.

Handwritten text in a cursive script, possibly representing the name "Margaret" or a similar word.

4

ETIOLOGÍA

A lo largo de la última década, científicos de todo el mundo han alcanzado un acuerdo sobre los criterios de diagnóstico y las causas probables del autismo. En la actualidad se considera que el autismo es un síndrome neurológico que puede ser definido de manera conductual y que al manifestarse presenta alteraciones características: a) del ritmo y secuencias del desarrollo; b) de la capacidad para relacionarse con las personas, los objetos y los acontecimientos; c) del desarrollo y uso del habla y del lenguaje y d) reacciones anormales a los estímulos sensoriales, produciéndose todo ello antes de los treinta meses de edad. Se está de acuerdo también en que esos retrasos del desarrollo y esos síntomas son debidos a disfunciones cerebrales.

Las primeras teorías sostenían que los pacientes autistas tenían un funcionamiento cerebral normal, pero que estaban psicológicamente dañados, y se han esforzado por identificar factores psicológicos propios, específicos de los padres de niños autistas (Sánchez, 1986).

TEORIA PSICOGENÉTICA

Las primeras relaciones entre la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias, serían consideradas por estas teorías como las generadoras del autismo. Estas relaciones tienen una gran incidencia en los primeros momentos de la vida hasta que el niño comienza a andar, que es propiamente cuando siguiendo el desarrollo normal el niño se individualiza de la madre. En realidad, en estas primeras relaciones se produciría un fracaso en la formación del yo, una escisión del mismo que incidiría en la desadaptación y desintegración de sus estructuras psicológicas, una detención o regresión a un estadio primario del desarrollo en el cual se fija (Garantos, 1990).

Tustin en 1977 menciona que existe un período normal del desarrollo en el que aparece el autismo de la primera infancia como paso obligado y totalmente normal en el que el recién nacido será muy vulnerable, se protege del encuentro brutal con el mundo exterior; siendo un período en el que el

niño no tiene conciencia del mundo exterior aunque si es normal sale de este período. A partir de este momento comienzan a despertar funciones mentales como el reconocimiento, la clarificación, la creación del objeto y la misma empatía. Y es precisamente a partir de estas funciones como el niño puede elaborar una representación interior de la realidad y llega a tener conciencia de sí mismo y entra en contacto con el mundo exterior.

Cuando estas funciones se encuentran exageradamente perturbadas es cuando podemos vislumbrar el autismo patológico, No se produce el esperado y necesario contacto con la realidad. De alguna forma, el niño permanece o regresa a un estadio donde se encuentra dominado por la sensación sin ser capaz de llegar a la percepción y es así como el desarrollo de sus funciones cognitivas y afectivas se deteriora o se estanca (Garantos, 1990).

TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO

King, en una investigación recalcó la importancia etiológica de las actitudes maternas de "doble vínculo" (contacto cálido superficial acompañado de frialdad y rechazo), respecto del distanciamiento agresivo e intelectual empleado por los niños autistas; dicha investigación fue realizada con doce chicos con autismo y dos grupos control. A través de entrevistas y test psicológicos, reportando que en el grupo de autistas encontró más observaciones relativas al doble vínculo. A continuación se sintetizan los datos encontrados:

- * La interacción de la madre – hijo suele estar influida por el aumento de la ansiedad de las madres al ser evaluadas.
- * Las aportaciones presentadas en las relaciones familiares.
- * Existe ambigüedad en los criterios empleados para observar la conducta del doble vínculo, se refiere al contacto táctil, a las respuestas visuales y/o al rechazo/aceptación verbal, no informando acerca de que secuencias parciales de estas interacciones se deben específicamente al rechazo de la madre o a la conducta de escape de su hijo.
- * No se concede el suficiente valor a la ausencia de contacto visual en los niños autistas, ausencia sobre la que descansa en buena parte el comportamiento de esta interacción madre – hijo.

* La apelación que hace el autor al gran potencial intelectual y a la agresividad de estos niños es insuficiente para explicar la severidad del aislamiento infantil.

* El doble vínculo se hace depender exclusivamente de la madre, mientras se omite la importancia que pueda tener el comportamiento del padre en estas relaciones, lo mismo acontece respecto de otros miembros de la familia que pueden sostener o ignorar otras secuencias de comportamiento.

* Tampoco se ha controlado el papel modulador que pueden tener otras relaciones establecidas entre el niño y su medio.

*Se ha ignorado por completo en estos niños los déficit en el procesamiento de la información (Polaino, 1982).

Otras investigaciones acerca de la etiología del autismo han demostrado que esta vinculado con un desajuste orgánico.

TEORÍA ORGÁNICA

El autismo infantil es un síndrome resultado de varios factores endógenos y del ambiente que actúan en combinaciones complejas y con distinta intensidad, el déficit orgánico cerebral como causa del autismo, con frecuencia evidencia su base orgánica causante del síndrome, presentando una desviación en la maduración del sistema nervioso central, caracterizada por desorganización y desintegración de los patrones normales del desarrollo, también este síndrome se encuentra asociado a síndromes neurológicos establecidos tales como la fenilcetonuria, la hipsarritmia, la encefalitis por rubéola, la hidrocefalia, antecedentes de hiperbilirrubinemia, asociación también al cromosoma X frágil. Hausser demostró atrofia cerebral regional con predominio sobre el lóbulo temporal izquierdo, con el TAC (tomografía axial computarizada) se encontró una asimetría cerebral invertida, también se observaron moderadas anomalías del sistema ventricular (Calderón, 1990).

El síndrome autista también es considerado como procedente de una alteración orgánica en lo que se llama " equipamiento de base" (inmadurez del SNC, vegetativo o motor) que imposibilita a estos niños para poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismo, la única región del cerebro que puede haberse visto afectada por un traumatismo precoz es el tálamo ya que es

una región que se halla vascularizada por la arteria cerebral posterior, habiendo un desperfecto prenatal o perinatal en estos vasos sería suficiente para explicar el déficit autista (Garantos, 1990).

El problema etiológico señala el hecho de que aproximadamente un tercio del total de estos niños tienen otras anomalías del cerebro y del sistema nervioso, centrandose el estudio en posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas (Wing, 1985).

TEORIA NEUROLÓGICA

En esta teoría diremos que el daño cerebral que causa el autismo puede ser de dos formas: estructural o funcional.

En el tipo estructural hay una disminución generalizada o localizada de la cantidad de tejido cerebral, comprobado en grupos de pacientes autistas mediante técnicas especializadas como rayos X, el TAC, el Ct Scans y la ventriculografía.

En el tipo funcional hay presencia disminuida de respuestas reflejo, respuestas anormales de ondas cerebrales al sonido y electroencefalogramas anormales, también han sido hallados otros factores: Genéticos, infecciones y desórdenes metabólicos (Sánchez, 1986).

Entre las áreas estudiadas, el cerebelo ha sido la estructura en la cual se ha encontrado la mayor evidencia de anomalías neuronales en individuos autistas. El cerebelo se divide en una porción medial conocida como vermis y dos lóbulos laterales que constituyen los hemisferios cerebrales. En términos funcionales el cerebelo se divide en tres partes: la porción filogenéticamente más antigua denominada el arquicerebelo, el paleocerebelo y el neocerebelo. Estudios de resonancia magnética han demostrado una reducción significativa en el tamaño de la vermis, lo cual se debe a la pérdida selectiva de neuronas (Martínez, 1993).

BASES MORFOLÓGICAS

En esta entidad patológica encontramos una gran cantidad de manifestaciones neurológicas y de la conducta, que presenta una serie de alteraciones anatómicas tanto en el sistema nervioso central como fuera de él. Sabemos actualmente que el autismo es un trastorno de base genética quizá oligogénica en el que pueden intervenir varios genes. No existe una cura para esta entidad

patológica aunque algunas terapias puedan mejorar su sintomatología: Actualmente se está haciendo un esfuerzo para encontrar todos los genes responsables del autismo con lo que se podría entrever la instauración de un tratamiento farmacológico.

Localización regional

Una de las características del autismo es que es un trastorno orgánico como así lo atestigua la plétora de trabajos realizados a partir de la década de los 50's sobre las alteraciones estructurales que estos pacientes tienen en su sistema nervioso central. Se describen alteraciones morfológicas y volumétricas con resonancia magnética nuclear en las tres grandes divisiones del encéfalo; cerebelo y tronco del encéfalo.

Cerebro

Se describe un aumento del volumen cerebral y del líquido cefalorraquídeo, del parénquima, o sólo del volumen ventricular lateral. Tales volúmenes parecen no ser tan generales como se pensó inicialmente sino que van asociados fundamentalmente a los lóbulos temporal, parietal y occipital. La posible explicación del aumento tisular podría residir en un incremento de la neurogénesis, en una disminución de la muerte celular, en un aumento de la producción de glía o de los vasos.

Lóbulo frontal

Se aprecian alteraciones corticales en el sentido de un aumento de grosor del cortex y alteraciones del patrón laminar. Estas anomalías pueden presentarse en cambio en otras regiones de los hemisferios cerebrales. También se detectan fallos en la maduración metabólica del lóbulo frontal manifestándose por una hipofusión transitoria que sugiere un retraso en el proceso de maduración del lóbulo frontal.

Lóbulo temporal y sistema límbico

Aparecen anomalías de diversa índole en el hipocampo, amígdala, cortex entorhinal adyacente, cuerpos mamilares y septum. Así mismo existe una disminución de volumen, bilateral, más marcada en la amígdala que en el hipocampo. La disminución de volumen del hipocampo y de la amígdala se acompaña de un valor normal en las dimensiones volumétricas del cerebro, esto está en concordancia con la observación neurohistológica ya que comprueba tanto en el hipocampo como en los núcleos

cortical, medial y central pero no en el lateral de la amígdala la presencia de un aumento de la densidad celular, esto quiere decir que el número de neuronas permanece más o menos estable.

Tronco del encéfalo

Apreciamos una gran disminución en el número de neuronas del núcleo motor ocular lateral, VI par craneal, una disminución muy marcada de neuronas del núcleo motor nervio facial VII par craneal, da la sensación de que este núcleo casi ha desaparecido, en las zonas ausentes de neuronas puede apreciarse una gran cantidad de fibras mielinizadas que pasan en todas las direcciones. Hay que hacer hincapié en que el núcleo motor del facial aunque mermado en el número de neuronas ocupa el lugar que le corresponde, es decir, no está por lo tanto mal colocado, además existe en el tronco del encéfalo del autista un acortamiento de la distancia entre el cuerpo trapezoides y el polo rostral del núcleo olivar principal, en esta zona ha desaparecido la parte del núcleo motor facial correspondiente.

Cerebelo

El estudio con resonancia magnética nuclear indica la existencia de una hipoplasia de los hemisferios cerebelosos y a veces de la región del vermis pudiendo quedar afectados todos los folios vermales. En todos los estudios neuroanatómicos realizados se observa una marcada reducción en el número de las neuronas de Purkije cuya disminución es del 35 al 50 %.

Las tres regiones más afectadas del sistema nervioso central y alrededor de las cuales gira la sintomatología de este desorden son: el sistema límbico, particularmente la amígdala y el hipocampo, el cerebelo y la región caudal de la protuberancia. Mientras que las alteraciones protuberanciales que afectan al núcleo motor de facial y la oliva superior son muy llamativas anatómicamente, las del cerebelo también lo son pero funcionalmente. Dichas alteraciones pueden explicar algunos de los síntomas del autismo como la falta de expresión facial, las alteraciones en la mirada se deben también estar asociadas a la alteración que presenta el núcleo motor del VI par y las conexiones que ambos núcleos tienen como centros del tronco del encéfalo y con sus estructuras cerebrales. Se ha relacionado al autismo, además de las alteraciones puntuales sobre determinadas zonas del sistema nervioso central, con anomalías funcionales de determinados neurotransmisores como el GABA, la serotonina y la noradrenalina. En el caso de la serotonina un tercio de la población autista suele presentar hiperserotoninemia cuya causa es muy debatida. Asimismo las alteraciones funcionales podrían

explicarse por la existencia del gen HTT mutado que codifica una proteína alterada de transporte, impidiendo que la serotonina vertida al espacio extracelular sea reutilizada por la neurona, bloqueando su paso al interior de la misma (Martos, 2001).

TEORÍA GENÉTICA

Se ha explorado la posibilidad de que exista una anomalía cromosómica en el autismo, pero los estudios cromosómicos no han mostrado evidencias de este tipo de anomalías en niños autistas. Cada cromosoma contiene múltiples genes que transmiten información a la célula, pero, a diferencia de los cromosomas, los genes no pueden observarse de manera directa. Un gen mutante o anormal frecuentemente se puede identificar, porque es capaz de reproducirse y transmitir un mensaje distorsionado no sólo a las células del individuo del que forme parte, sino también a las generaciones subsiguientes que heredan ese gen. Otro aspecto de la regulación genética que merece mencionarse es un mecanismo de retroalimentación de la célula y de los productos celulares, lo cual parece indicar una interacción entre el gen y su ambiente; si se estudia la relación entre el autismo y los genes podría especularse que el autismo es un trastorno heredado como un gen dominante autosómico, un gen recesivo autosómico o una transmisión vinculada con el sexo (Paluszny, 1996).

BASES NEUROBIOLÓGICAS

Varios investigadores empiezan a realizar estudios sobre los componentes biológicos y fisiológicos del autismo. Esta labor, la cual toma mayormente sus fundamentos en los años setenta ha aportado nuevos e insospechados ángulos, los cuales parecen dirigirnos a una comprensión científica de este síndrome. Aunque la etiología específica del autismo aún no ha sido dilucidada, al día de hoy ya se encuentra un cúmulo impresionante de hallazgos que revelan que esta condición tiene unos referentes biológicos innegables.

Cromosoma X frágil

El síndrome de Martín – Bell, mejor conocido como el síndrome del cromosoma X frágil, fue descrito por primera vez en 1943. Sin embargo no fue sino hasta 1982 que se sugirió una posible relación entre éste síndrome y el autismo; esta condición se caracteriza por la presencia de una región en el

extremo final del brazo largo del cromosoma X cuya condensación no se lleva a cabo de modo normal durante la mitosis. En términos conductuales, las personas con este desorden cromosómico suelen manifestar movimientos estereotipados con las manos, poco contacto visual y manoteo. Aún existen un sin número de interrogantes sobre el patrón de transmisión de esta anomalía; sin embargo, la evidencia sugiere que las madres de los varones que manifiestan la condición son portadoras de la misma. Dado que este desorden cromosómico suele estar acompañado de conductas que a su vez caracterizan el síndrome autista, tales como la evitación de miradas fijas y manoteos, varios investigadores han sugerido que la aparente ocurrencia de ambos síndromes no refleja una relación real entre ellos sino un sesgo de parte de los investigadores que al observar estas conductas automáticamente diagnostican autismo en el individuo.

Encefalografías

Un número considerable de investigadores han asociado el autismo con diversos desórdenes que inciden en algún daño neurológico, entre estos vamos a resaltar el de la epilepsia ya que ha sido uno de los más ampliamente documentados, se han reportado una alta incidencia de epilepsia entre personas autistas, se estima que entre un 25 a un 35% de las personas autistas desarrollan durante su vida algún tipo de epilepsia. Se han identificado dos momentos críticos durante el desarrollo donde la probabilidad de inicio de la epilepsia es mayor en la población autista: en la niñez, específicamente durante los primeros tres años de vida y al comienzo de la adolescencia.

Hallazgos neurofisiológicos.

Uno de los hallazgos más consistentes en la psicofisiología del autismo es la reducción en el componente de larga latencia conocido como P3 en la producción de los potenciales evocados, los potenciales evocados consisten de un tipo de actividad eléctrica que es registrado en una parte particular del cerebro cuando un órgano sensorial específico es estimulado. En el caso de la P3, éste es asociado con la detección de estímulos impredecibles y noveles, la reducción de P3 en personas autistas sugiere fuertemente que estas personas logran detectar estímulos noveles, pero que su procesamiento resulta deficiente y anómalo (Martínez, 1993).

HIPÓTESIS PSICOLÓGICAS

De lo visto hasta ahora quedan dos cosas claras: 1) que el trastorno se encuentra en el sistema nervioso de los niños y no en el ambiente o en sus padres y 2) que existe una amplia heterogeneidad biológica que causa diferentes subtipos de autismo o por el contrario las técnicas y metodología actuales no han logrado dar con la causa primaria común a todos los autistas. Sin embargo, están de acuerdo la mayoría de los autores en las deficiencias cognitivas que presentan los niños autistas, y que dan lugar a otros déficits del comportamiento y de su relación social. La contribución de los modelos psicológicos al estudio del autismo se ha centrado en los problemas de comunicación, en las relaciones sociales y en los déficits cognitivos subyacentes.

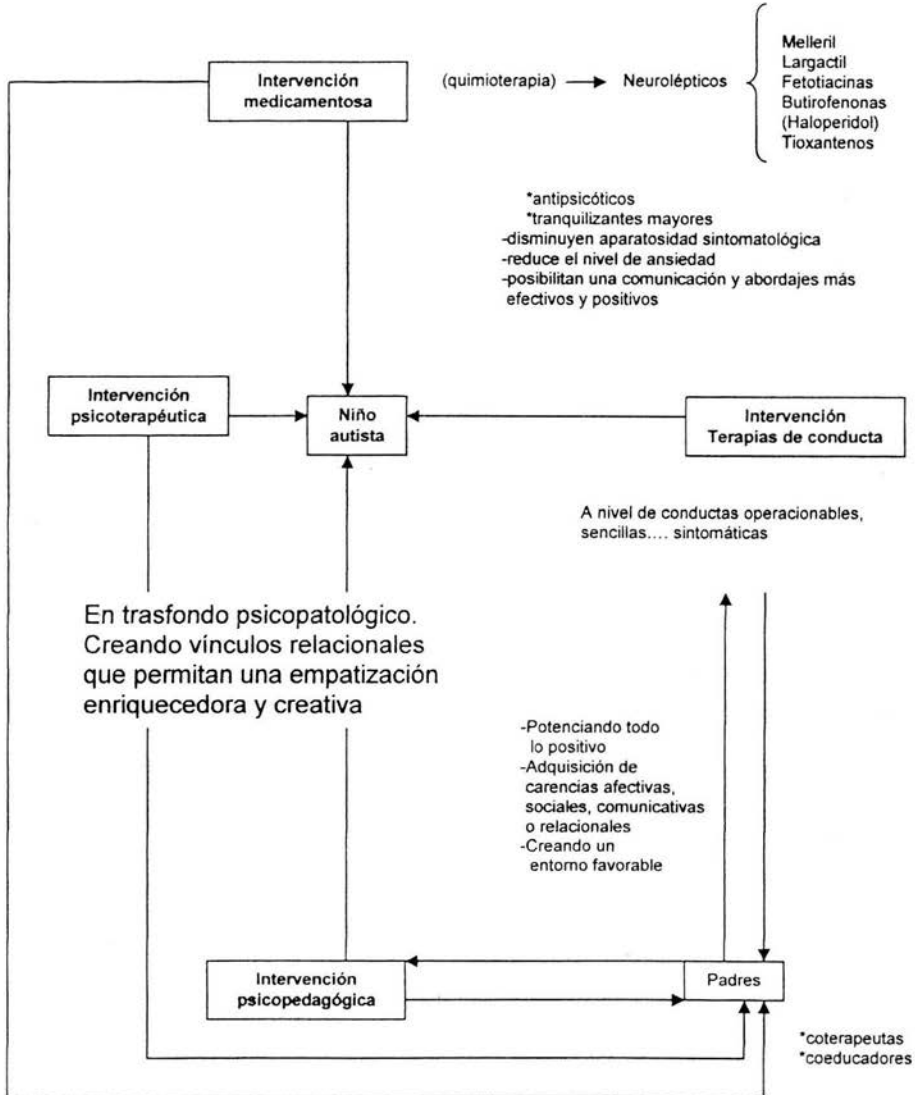
Hobson en 1984 postula en su teoría que la alteración en la comunicación que sufren los niños autistas es primariamente afectiva, parte de que el ser humano, desde que nace, está orientado a lo social, lo que le da la capacidad de comprender las emociones de las demás personas, además sugiere que esta capacidad del niño para comprender las emociones es algo más que cognición, por lo que esos estados mentales pueden ser percibidos directamente a partir del lenguaje no verbal gestual. Esta percepción de estados mentales es lo que denomina "empatía no inferencial" que se puede entender como un proceso propugnado biológicamente para comprender las emociones. Esta teoría puede sintetizarse en cuatro axiomas: 1) los autistas carecen de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas, 2) tales relaciones personales son necesarias para la comunicación de un mundo propio y común con los demás, 3) la carencia de participación de los niños autistas en la experiencia social tiene dos consecuencias relevantes: a) un fallo relativo para reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones etc. Y b) una severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente y 4) la mayor parte de los déficits cognitivos y del lenguaje de los niños autistas son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social (Belloch, 1995).

Handwritten text in a cursive script, possibly representing a name or a signature.

5

TRATAMIENTO

A continuación se presenta un esquema que trata de abordar las distintas terapias que son válidas en función de la configuración que el cuadro autista presenta en cada niño.



De "El autismo Aproximación nosográfica – descriptiva y apuntes psicopedagógicos", por Jesús Garantos Alós, 1990, Barcelona, Herder.

Al conocer en su totalidad, el síndrome con sus pros y contras ahora lo importante es llegar lo más temprano posible a un tratamiento adecuado para este trastorno, no olvidando que se debe conocer el potencial de cada sujeto para así ayudarlo mejor y en este camino podemos mencionar tres tipos de tratamiento: el educativo, el farmacológico y el psicológico (Ararú , nov.'02 – ene.'03).

TRATAMIENTO EDUCATIVO

El área educativa entre 1960 y 1970 crea programas con la finalidad de aplicarlos como tratamiento a los niños con rasgos autistas, pero ha detectado defectos cognitivos específicos en el área social, en el desarrollo lingüístico y en las funciones cognitivas por lo que Rutter en 1971 recomienda que estos programas al conocer los defectos deberían enfocarse particularmente al área de la comunicación social para que los déficit dejen de ser el foco de atención y se busque incrementar las funciones o habilidades conductuales que lleven a estos niños a logros particularmente importantes (Howlin, 1987).

Los niños autistas necesitan tener la posibilidad de asistir a una escuela adecuada desde los cinco años y en muchos casos desde antes de esa edad hasta el fin de la adolescencia, por lo que se ha discutido mucho cual sería el mejor logro, si mezclarlos con niños normales o ingresarlos a escuelas especiales (Wing, 1985).

Normalmente hay división de opiniones en cuanto a la educación de los niños discapacitados, algunos presionan a favor de la integración en escuelas ordinarias para todos los niños, sea cual sea la naturaleza de su discapacidad; sin duda muchos niños se benefician con una escuela normal, pero en el caso de los niños con trastornos autistas, la situación es complicada debido a las amplias variaciones en sus niveles de capacidad y en sus patrones de conducta, por esto dichas escuelas argumentan que a estos niños les beneficia relacionarse con niños normales para que logren desarrollar habilidades sociales; pero es importante remarcar que no todos los niños autistas aprenden igual ya que algunos, imitando a sus compañeros, logran aprender habilidades sociales de manera mecánica pero otros necesitan de mayor ayuda para realizar todo el trabajo escolar lo que los lleva a una notable diferencia ante el grupo escolar, haciendo difícil a los profesores la comunicación con dichos niños; por lo que estas escuelas ante este problema han sugerido que para la permanencia satisfactoria de estos niños debería de haber un auxiliar capacitado que no sea ni los padres ni el profesor, para que ayude al niño a una

integración exitosa dentro de la institución. Pero aunado a este problema aparecen otros dos que van de la mano; el primero es la actitud de los demás niños ya que en los niños de corta edad se pueden observar mejorías en la convivencia diaria y en la aceptación a diferencia de los adolescentes y adultos que tienden a ejercer presión hacia estos niños para que se ajusten a las normas grupales y son intolerantes con los que no lo hacen provocando burlas e intimidaciones si el niño que es diferente no esta protegido por un adulto, la mayor parte de esta persecución se produce en el recreo. El niño afectado, debido a las deficiencias en la comunicación se le dificulta expresar lo que siente y puede vivir estas experiencias en silencio y el segundo problema es que por el interés y desesperación de los padres para que éstos niños sean aceptados en dichas escuelas prefieren no mencionar que son niños especiales, entonces los profesores al iniciar el trabajo se encuentran con muchas limitaciones que por desconocer el problema pueden causar mayores problemas por querer que el niño responda adecuadamente al contexto que se le presenta. Por lo que lo más razonable es que el niño con esta discapacidad sea evaluado en todas sus capacidades para decidir su inscripción, por que si no se puede desenvolver correctamente es preferible encontrar un lugar en otro tipo de escuela siendo esta las especiales (Wing, 1998).

Ahora bien abordaremos de forma más sistemática, la actuación del educador o del profesional de la educación en este tipo de escuelas especiales, centrando su trabajo en el niño como sujeto que necesita ayuda y que de alguna forma tiene que crecer a partir de él mismo y de todo su micro ambiente; pero no es solamente un crecer biológico o fisiológico, sino un crecimiento global a nivel de persona humana, de unidad total y absoluta; es de suma importancia aclarar que la intención del profesional de la educación especial, no es quedarse simplemente en los aspectos fragmentados o particulares de la personalidad de estos niños, sino llegar a la complejidad de la unidad humana. Por lo tanto no se trata de estimular uno u otra función de manera aislada, ni de reducir síntomas sino tomar en cuenta al niño como un complejo vital. Teniendo muy claro que al autista no hay que reeducarlo; porque en principio no se puede reeducar algo que no ha surgido o cuando ni siquiera ha madurado lo suficiente para que puedan aparecer una o varias funciones; ya que siempre nos inclinamos por las deficiencias en lugar de partir de sus posibilidades para superarlas. Lo que realmente debe interesarnos es que estos autistas lleguen a desear ser ellos y que los adultos que los cuidan puedan dejar de desear por ellos, es decir educar al

niño para que pueda ser funcionalmente activo y logre su autonomía como individuo único y diferente a los demás. El protagonismo del niño es pieza fundamental para elaborar el trabajo diario, y es alrededor de la inquietud y curiosidad de cada profesionalista articular todas las acciones que nos lleven a explorar el abanico de posibilidades que cada niño tenga ya que las actividades propuestas dentro del trabajo diario nunca deben ser de manera impositiva porque muchas veces toman direcciones que no eran las propuestas y es muy enriquecedor seguir este nuevo cambio, aunque cuando tenemos una postura rígida y no aceptamos fácilmente los cambios nos estamos comportando tan omnipotentes como la propia enfermedad, por lo que cabe señalar que el trabajo con estos niños conlleva a una serie de situaciones ansiógenas debido a las regresiones o detenciones muy constantes de estos niños. El trabajo normalmente se inicia a través de sensaciones que lo ponen en contacto con su cuerpo y con el de los demás para después dar paso a la representación gráfica y por último la expresión lingüística que da paso a la abstracción, siendo importante que el trabajo se de en un marco terapéutico y multidisciplinario para poder estructurar su espacio y su tiempo, dándole significación y cuidando siempre de no caer en rutinas pues esto únicamente nos llevaría a estereotipar sus acciones, mecanizando su existencia y además la educación que reciben no se lleva a cabo únicamente en espacios como la clase escolar sino en lugares donde interactúa el niño como son: jardines, el comedor, la cocina, en actividades recreativas y en el medio social exterior (Garantos, 1990).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La terapia de fármacos se considera normalmente auxiliar de otros tipos de terapia, y no una terapia en sí misma; solo debe utilizarse si los padres y el médico tratante estén de acuerdo en que las situaciones de los síntomas del niño realmente amerita este tipo de intervención; generalmente los niños autistas muestran menos efectos colaterales a las drogas que los adultos, así como mayor variabilidad en dosis apropiadas (Paluszny, 1996).

El uso de los fármacos en el tratamiento del autismo sería adecuado si nos llevara a descubrir un neuroquímico responsable en la etiología de este desorden, desafortunadamente no se sabe la causa específica de este padecimiento por lo que dentro de las investigaciones se han visto envueltos diferentes fármacos como son: estimulantes, antidepressivos, neurolépticos, anfetaminas, hormonas tiroideas y

psicodélicos, los resultados de estos medicamentos han sido difícilmente evaluados porque se han presentado diferentes problemas: el primero si el medicamento es utilizado por mucho tiempo, si se suspende en algún momento o si las dosis se administran incorrectamente, por ejemplo si la dosis es alta provoca excesiva somnolencia e interfiere en el aprendizaje, el segundo problema es que si el tratamiento concluyó o se da por terminado nada nos asegura que los síntomas no podrían reaparecer y el tercer problema es saber si al momento de interpretar la conducta los resultados se deben a la acción del fármaco o a la experiencia del sujeto que ya eliminó algunas conductas indeseables. Actualmente en las investigaciones de campo se ha optado por manejar dos grupos el de control y el experimental para observar con mayor exactitud los resultados. Se mencionarán a continuación en qué se puede utilizar cada medicamento por ejemplo: las anfetaminas son usadas en el control de conductas hiperactivas que se ven asociadas con el autismo y le permiten al menor mantener su atención mayor tiempo en sus actividades escolares, los neurolépticos son conocidos como los mejores tranquilizantes para disminuir conductas autistas como hiperactividad, conductas estereotipadas, agresividad, mal humor, tic, ausencias además de que calma a los menores, aunque en los jóvenes autistas esta asociado con una sedación excesiva; dentro de esta clasificación uno de los más utilizados es el haldol el cual reduce estereotipias y mal humor además si se combina con una terapia conductual arroja resultados significativos como el la adquisición del lenguaje a través de la imitación (Schreibman, 1988).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Debemos recordar que la psicología tiene un largo pasado pero una historia breve y en consecuencia nos encontramos con muchas aproximaciones teóricas que nos permiten abordar al ser humano desde diferentes ámbitos para conocerlo de manera global.

En este momento nos interesa conocer como la psicología a través de estas teorías nos pueden dar líneas de estudio en el campo laboral para abordar el síndrome autista.

Por lo que empezaremos mencionando aquellas que por su trayectoria podrían clasificarse como clásicas (conductismo y psicoanálisis) por tener ley, aplicación, instrumentación y una filosofía general y además propia. A través del conductismo podemos estudiar la conducta del individuo mediante métodos estrictamente objetivos. El psicoanálisis teniendo como esencia la motivación; en gran parte inconsciente

y sexual y se estudia a través de manifestaciones: en sueños, síntomas y asociación libre, aunque es fundamental remarcar que se trata de una escuela con un tipo de pensamiento muy explícito y como tal no podría considerarse parte de las escuelas de la psicología pero se abordará por la relevancia en el surgimiento de ésta (Marx y Hillix, 1997) y hablando del futuro de la psicología nos encontramos diferentes modelos que también están aportando conocimientos y formas de abordar las problemáticas como es la Terapia cognitiva – conductual y el enfoque Sistémico (Campanini, 1991).

TRATAMIENTO CONDUCTISTA

PRINCIPIOS TEÓRICOS

La modificación de conducta no es más que la parte aplicada de la psicología experimental, sus métodos se han derivado principalmente del análisis de la conducta humana y animal en el laboratorio, análisis en el que ocupan un lugar prominente las técnicas de condicionamiento operante y pavloviano y cuyo fundamento teórico ha de basarse en las obras de B. F. Skinner e I. P. Pavlov, este estudio experimental de la conducta tiene ya una larga historia en la psicología moderna; su principal característica es que considera a la conducta como el objeto de estudio de la psicología y utiliza una metodología científica rigurosa tanto para experimentar como para crear teorías

El análisis conductual aplicado, emplea los términos, conceptos, métodos y análisis teóricos del análisis experimental de la conducta, por lo que nada tiene de extraño oír hablar de programas de reforzamiento, reforzamiento condicionado, reforzador natural, moldeamiento, encadenamiento, discriminación, extinción, castigo, tiempo fuera e imitación etc. que más adelante definiremos algunos; la modificación de la conducta se aplica a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación.

Los problemas abordados son numerosos; se ha trabajado prácticamente en todas las áreas que conciernen a la rehabilitación de la conducta del sujeto para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales.

Este tipo de terapia en la psicología experimental se ha aplicado a la modificación de conductas inapropiadas incluyendo las que se encuentran típicamente en los niños psicóticos. Skinner en 1953 fue el que le dio impulso al principio del reforzamiento que se refiere a un incremento en la frecuencia de una

respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias y para esto podemos hablar de eventos que nos ayudaran a incrementar la frecuencia de la conducta y se les denominan reforzadores, existiendo dos tipos: los positivos y los negativos; entendiendo por reforzador positivo aquellos eventos que se presentan después de una respuesta desempeñada y que incrementan la frecuencia de la conducta a la que le siguen; en el lenguaje cotidiano tales eventos positivos a menudo se nombran recompensas, las cuales a su vez son definidas como algo que se le da al sujeto a cambio de hacer o cumplir con algo. Dentro de este reforzador positivo existen dos categorías: primarios o incondicionados y secundarios o condicionados, los eventos que sirven como reforzadores primarios no dependen de un entrenamiento especial para obtener valor de reforzador, por ejemplo la comida o el agua y los reforzadores condicionados son aquellos eventos que controlan la conducta hasta la conclusión de esta. Algunos reforzadores condicionados se aparean con más de un reforzador primario, denominados reforzadores condicionados generalizados; estos son extremadamente efectivos porque adquieren su valor reforzador mediante al aprendizaje, como ejemplo puede ser el dinero el cual puede ser canjeado por una variedad de reforzadores gratificantes para el sujeto. Se llama reforzamiento negativo al incremento en la frecuencia de una respuesta por medio de la eliminación de un evento aversivo inmediatamente después de que se ejecuta la respuesta (Kazdin, 1996).

El uso del castigo, la extinción y el tiempo fuera son importantes para la adquisición de conductas en el sujeto, los castigos son presentados como reforzadores aversivos para el sujeto y se usan principalmente en conductas agresivas (Clarizio,1981), la extinción es la suspensión completa de cualquier reforzador ante la acción problemática, teniendo que la reducción de la conducta no es inmediata sino gradual y el tiempo fuera también llamado aislamiento consiste en retirar al sujeto de la situación en la que presenta la conducta problemática o sin desplazar al sujeto de la situación se le retiran los estímulos discriminativos para evitar el reforzador en el niño (Galindo, 1994).

Uno de los aspectos más alentadores de la terapia conductual fue la capacidad para entrenar a personas significativas en la vida del niño para que puedan desempeñar un papel terapéutico en el programa de rehabilitación. La eficiencia general de esta terapia se observa gracias a un estudio hecho en 1973 en donde descubrieron que:

*las conductas inapropiadas disminuyeron (auto estimulación ecolalia) y las conductas apropiadas aumentaron (habla apropiada, juegos adecuados y conductas sociales no verbales).

*En algunos niños hubo uso espontáneo del lenguaje e interacciones sociales.

*Aumentó el cociente social y el intelectual.

*Se presentan diferencias cuantificables en el momento de adquisición de conductas entre los niños.

*Se recomienda manejar este tipo de terapia por lapsos breves, descansar y volver a reiniciar,

*Este tratamiento no convierte a los niños especiales en niños normales, los ayuda a ser más independientes (Clarizio, 1981).

REPERTORIOS PRINCIPALES

Se observa al niño y se evalúan las siguientes áreas: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación, conductas académicas y conductas problemáticas; en cada una de las áreas se evalúan los siguientes repertorios.



APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA

A continuación se presentan dos ejemplos de programas que nos pueden ayudar con las deficiencias de los niños autistas

Programa del área de conductas básicas

Atención

Objetivo: Que el niño establezca contacto de ojo a ojo con el instructor cada vez que éste lo llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale a una distancia máxima de dos metros, por un lapso no menor de cinco segundos.

Definición: Se toma como atención aquella conducta que consiste en establecer contacto visual con personas y objetos a diferentes distancias.

Repertorio de entrada: Que el sujeto permanezca sentado durante quince minutos por lo menos.

Material: juguetes y tarjetas de colores.

Área: Cubículo.

Fases: I: preevaluación; II: instigación; III: desvanecimiento; IV: atención al ambiente; V: atención a distancia y VI: evaluación final.

Procedimiento

Fase I: Preevaluación. Se coloca al sujeto sentado frente al instructor a una distancia de 50 a 70 cm., se le llama por su nombre en cinco ocasiones, diciéndole "mírame", con un intervalo de 10 a 15 segundos entre cada llamada. Si no responde en dos ocasiones consecutivas, es candidato para el programa y se pasa a la fase II.

Fase II: Instigación Se llama al niño de la misma forma que en la fase anterior, reforzando cada respuesta de contacto visual. Si no se obtiene la respuesta, se instiga físicamente tomando al niño de la barbilla, moviéndolo en dirección al instructor, repitiendo las instrucciones. Se refuerzan todas las aproximaciones a la respuesta, aun cuando el contacto visual sea mínimo inicialmente.

Fase III: Desvanecimiento. Se va disminuyendo la instigación retirando gradualmente los estímulos hasta que el niño responda ante la sola instrucción. Se siguen reforzando todas las respuestas.

Fase IV: Atención al ambiente. Se sienta al sujeto frente a una mesa y sobre ésta se coloca un objeto dándole la instrucción "mira aquí", nombrando el objeto y reforzando cada respuesta correcta, para ir aumentando los estímulos.

Fase V: Atención a distancia. Se señalan las tarjetas u objetos distantes con la instrucción "mira el objeto o la tarjeta" instíguese la respuesta.

Fase VI: Evaluación final. Se hace lo mismo que en la preevaluación.

No es necesario hacer seguimiento si se continúa con otros programas, pues todos requieren de atención.

Programa del área de habilidades sociales y de adaptación

Control de esfínteres

Objetivo: Que el sujeto realice por sí solo todas sus respuestas de evacuación urinaria o fecal en un retrete (taza de baño) o en una bacinica, sin ensuciar el lugar, ni su ropa, ni su persona.

Repertorio de entrada: Haber cumplido los requisitos de los programas de vestirse y lavarse y ser capaz de trasladarse de un lado a otro.

Material: Bebidas y ropa del sujeto.

Área: baño del centro de trabajo y cubículo.

Fases: I: línea base; II: entrenamiento 1; III: entrenamiento 2 y IV: seguimiento.

Procedimiento

Fase I: Línea base: Durante el tiempo que el niño permanezca dentro de la terapia, se le revisa cada media hora y se anota si está seco o mojado. En este último caso se le cambia de ropa. También se registran las veces que el niño pide ir al baño y si evacua adecuadamente. Estos registros se realizan cinco días seguidos.

Fase II: Entrenamiento 1. Esta fase dura dos días consecutivos. Se le da al niño un vaso con bebida predilecta y se le pregunta si quiere ir al baño. Si responde negativamente se espera a que transcurran 5 minutos, se le hace beber más líquido y se le lleva al baño. Se coloca al sujeto delante del retrete y se le da la instrucción detallada para que realice las acciones necesarias y pueda evacuar correctamente.

Fase III: Entrenamiento 2. En esta fase, el niño se reintegra a sus labores normales del centro y el instructor registra las ocasiones en las que el sujeto pide ir al baño o se dirige a éste espontáneamente, reforzándolo por ello.

Si después de una hora el niño no ha ido al baño, se le ordena que lo haga y se le refuerza inmediatamente después de que cumple el mandato.

Fase IV: Seguimiento: Se revisa al niño en diferentes momentos durante su permanencia en el centro y se registra si evacua adecuadamente o no. Esto se hace durante un mes. Si en esta fase se presentan evacuaciones incorrectas (en su ropa), se vuelve a aplicar el programa desde la fase II. (Galindo, 1994).

TRATAMIENTO POR APRENDIZAJE SOCIAL

PRINCIPIOS TEÓRICOS

El aprendizaje social es una teoría completa debido al trabajo de Bandura ya que al mencionarla, muchos evocan la idea de modelado como la forma más importante del aprendizaje humano, porque permite que los sujetos manifiesten nuevos patrones de conducta al poco tiempo de observar sólo las respuestas modeladas. Según Bandura, esta técnica de aprendizaje tiene grandes ventajas sobre la laboriosa conformación de conductas mediante el reforzamiento selectivo de respuestas de ensayo y error. Además propone un modelo cognoscitivo que abarca procesos de atención, motivación y retención para transformar los estímulos captados; estos cambios son intentos activos para darle sentido al mundo; sin duda alguna, el aprendizaje es completamente producto de procesos cognoscitivos, y no de una simple asociación por contigüidad o enlaces condicionados clásicamente.

Esta teoría apoya implícitamente a los modelos lineales y unidireccionales de influencia causal, según los cuales la conducta es una función de factores interdependientes (genéticos, ambientales y predeterminados) y siempre reaccionan a las influencias exteriores.

Por lo que para el aprendizaje social el autismo es un trastorno relativamente poco común que aparece antes de los treinta meses de edad y se caracteriza por una persistente falta de respuestas a los demás, deficiencias graves en el desarrollo del lenguaje, patrones peculiares del habla y conductas extravagantes (Weiner, 1992).

CONDUCTAS BÁSICAS

El tratamiento conductual para este trastorno lo pueden proporcionar psicólogos y otros profesionales de la salud mental que cuentan con la capacitación para aplicar métodos individuales de cambio de conducta y por lo general se enfocan en:

Socialización

Desarrollo de lenguaje

Conductas extravagantes

APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA

En la década de 1960 hubo varios estudios de casos individuales en los que se logró mejoría sustancial de los síntomas del autismo al reorganizar las contingencias ambientales, ya que se aplicó un método de modelamiento o de aproximaciones sucesivas a fin de aumentar la atención del niño y luego premiar sistemáticamente las vocalizaciones que fueron mostrando mayor semejanza con las modeladas por el terapeuta; a pesar del innegable éxito de éste método, pronto se comprobó que era poca la eficacia del modelamiento directo, porque observando detenidamente a los niños autistas, aprendían poco con este sistema.

Se puede decir que este método ayudó más que en el autismo a mejorar el habla de éstos niños haciendo lo siguiente:

*El terapeuta aumenta las vocalizaciones del niño reforzando esta actividad

*En segundo lugar las vocalizaciones reciben un reforzador solamente si se realizan en respuesta al habla del terapeuta

*Por medio de aproximaciones sucesivas se modelan los sonidos del niño hasta que son iguales a los pronunciados por el terapeuta

*Por último se repite la etapa anterior pero con otro sonido. Terminada la secuencia precedente, se enseña al niño a imitar una gama creciente de sonidos, palabras y oraciones para convertirlos en personas esencialmente ecológicas que saben repetir el habla de los demás aunque se les dificulte comprender el significado de las palabras (Barclay, 1985).

Bandura en 1977 por su parte propuso específicamente el modelamiento y la exposición simbólica, llamados también modelamiento y práctica encubierta como técnicas alternativas útiles para combatir la disfunción psicológica; la técnica de modelamiento consiste en describir e inducir al sujeto, bajo relajación profunda, que imagine a otra persona presentando la respuesta que desee establecer y la práctica encubierta consiste en que el sujeto se imagine a sí mismo en lugar de un modelo; estas dos técnicas por los resultados sugieren ser utilizadas en jóvenes y adultos ya que ellos generan mayores respuestas acerca del proceso de imaginación. Estas dos técnicas podrían implementarse con sus reservas para abordar problemas en el autismo como es el caso del aislamiento social que presentan ya que al encontrarse en cualquier medio no familiar o el nivel educativo el niño puede ser rechazado o ignorado por sus compañeros por no tener las habilidades sociales de los niños de su edad y se van perdiendo el acceso a oportunidades en las que usualmente aprenden nuevas habilidades o se practican las ya adquiridas, por lo que es de suma importancia desarrollar estrategias para atacar el problema desde antes de ingresar al medio educativo (Hernandez, 1996).

TRATAMIENTO PSICOANALITICO

PRINCIPIOS TEÓRICOS

La posición de este modelo es básicamente relacionada con las hipótesis presentadas por la etiología, la posición del niño autista es el resultado de cómo percibe su medio; este vendría siendo hostil, amenazante y peligroso a través de sus familiares, particularmente de la madre, porque debido a la forma en que se relacionan, por ejemplo el niño es normal y con el transcurso del tiempo va presentando conductas acorde a su edad y a su desarrollo, a las cuales principalmente la madre responde con

hostilidad, causando en el menor un cuadro autista ya que como el no entiende esta hostilidad se dice que se encierra en su caparazón olvidándose del mundo que le rodea (Schreibman, 1988).

Margaret Mahler entre 1940 y 1950 afirma que la psicosis infantil tiene su origen en graves distorsiones de la simbiosis, el niño psicótico es incapaz de crear una imagen intrapsíquica de su madre y de utilizarla como objeto bueno maternal; en él las representaciones de la madre no se separan de la del sí mismo y por último, el proceso de individuación queda inconcluso. La terapia propuesta es una terapia que se puede calificar de correctiva y en la que el terapeuta desempeñará el papel de objeto bueno para permitirle al niño atravesar de nuevo las fases simbióticas y de separación – individuación. En el caso del niño autista, se trata de sacarlo de su mundo, de establecer con él un contacto casi accidental para insertarlo después en una relación simbiótica. Mahler critica el hecho de introducir prematuramente a estos niños en un medio institucional, y considera útil la presencia de la madre en la situación terapéutica. El terapeuta también es importante ya que representa en un principio el espacio maternal, fuente de restauración, continente, catalizador del proceso de restablecimiento del vínculo simbiótico, con intervención del objeto originario en una segunda etapa (Ledoux, 1984).

También se trata de incluir las ideas presentadas por Sigmund Freud que durante sus escritos menciona que en este modelo habría los siguientes fundamentos:

- 1) En el desarrollo humano se observan conductas que están determinadas por impulsos, deseos, motivos y conflictos que están dentro de la mente.
- 2) Los factores intrapsíquicos son causados por manifestaciones conductuales.
- 3) Fundamentalmente la conducta es el problema que estos niños presentan, a través de satisfacciones y/o frustraciones por cubrir necesidades básicas; porque potencialmente su rol es de observar sus necesidades cubiertas por terceros, siendo esta la forma de relacionarse con parientes, vigilantes, abuelos, niños acorde con su edad o más pequeños y con figuras representativas de la autoridad.
- 4) Clínicamente este modelo se preocupa por los aspectos y actividades intrapsíquicas (Bernstein, 1980).

Bruno Bettelheim en 1945 aporta tesis originales para comprender al niño psicótico y ayudarlo a reconstruirse. Su principal guía terapéutica será entonces generar un ámbito positivo que favorezca la

reconstrucción de la personalidad haciendo revivir ciertas experiencias vitales. La tarea de invertir el proceso psicótico creando un mundo diferente del que el niño abandonó por desesperación implica evidentemente una escucha constante y perpetua, un acompañamiento del niño en sus fantasmas y en su mundo.

El enfoque de Bettelheim es psicológico – psicoanalítico cuyo objetivo es la escucha, y su soporte es el respeto a los niños “en el corazón de nuestro trabajo no hay un saber particular ni un método en tanto tal; hay en nosotros, tal como somos una actitud interna hacia la vida y hacia quienes se ven desbordados por sus luchas. Los temas que se pueden discernir son la creación de un entorno positivo, el respeto por los síntomas, la aceptación de la regresión y el acompañamiento discreto del niño.

APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA

La primera etapa “entorno positivo” será la de crear un medio permisivo favorable que allane la reconstrucción de la personalidad e invierta el proceso psicótico, al dar al niño otra imagen del mundo, una imagen de valor potencialmente positiva, afectiva y agradable; esta terapia insiste mucho en el deseo de establecer relaciones con estos niños, pero también en la satisfacción de las necesidades y el placer mutuo para crear condiciones favorables a la emergencia del retraining, la segunda etapa es la “regresión” como progreso, esta debe ser aceptada como punto de partida hacia una reconstrucción de la personalidad intentando dejar salir a la luz las necesidades profundas del niño, de volver atrás para un nuevo alumbramiento. Bettelheim se muestra adverso a que el niño sea tratado en su medio, según él, la estructuración de la personalidad autística necesita una escucha continua entonces la Institución debe tomarlo a su cargo en forma global y el terapeuta debe ofrecerse como un objeto permanente que pueda unificarse alrededor de esta imagen y las palabras que para él toman un valor importante son el respeto al paciente, autonomía, la violencia, el acompañamiento, disponibilidad sin límites, empatía y el medio terapéutico total (Bettelheim, 1981).

TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL

PRINCIPIOS TEÓRICOS

La terapia cognitiva – conductual es una disciplina creada a partir de una convergencia de intereses entre los que persiguen el estudio de la cognición desde diferentes puntos de vista. El aspecto crítico de la ciencia cognitiva es la búsqueda de la comprensión de la cognición, sea ésta real o abstracta, humana o mecánica. Su meta es comprender los principios de la conducta cognitiva e inteligente, su esperanza es que nos permita una mejor comprensión de la mente humana, de la enseñanza y del aprendizaje. El psicólogo se ha concentrado tanto en el cerebro como en los mecanismos funcionales de la mente lo que lo llevó a presentar y conocer numerosos tratamientos, métodos y puntos de vista cognitivos. Todas las aproximaciones cognitivas al proceso terapéutico mantienen que los procesos cognitivos juegan un papel central en el funcionamiento psicológico y en el desarrollo y, por consiguiente en la formación de síntomas psicopatológicos y de comportamientos faltos de adaptación. Esta terapia fue creada para tratar a niños y adolescentes con severas dificultades en el aprendizaje y la adaptación, a pesar de tener una inteligencia adecuada; las observaciones sobre estas dificultades han incluido despliegue corto de atención, distractibilidad, incapacidad para organizar una tarea, cuadros de ansiedad o depresión y escasa retención de detalles.

MECANISMOS BÁSICOS

Esta terapia trata de abordar los siguientes:

- Ⓢ Operaciones en los sistemas de procesamiento cognitivo.
- Ⓢ Lenguaje
- Ⓢ Percepción
- Ⓢ Las emociones
- Ⓢ La madurez del niño
- Ⓢ Interacciones sociales (Norman, 1987).

TRATAMIENTO SISTÉMICO

PRINCIPIOS TEÓRICOS

En los padres existe un poder de construir o de destruir que gira en torno a dos elementos fundamentales: la relación corporal de distancia – proximidad, y sus variaciones en el tiempo, y por otra parte, sus estado emotivo; los padres deberían saber responder a las exigencias de la historia común a ellos y al hijo, pero también puede suceder que se vea superado por las dificultades del niño.

Un niño de pocos meses rompe en llanto en la cuna: la madre acude presurosa, lo toma en brazos, lo mira a los ojos, en un instante el rostro de la madre ha cambiado, tomando la expresión afligida del bebé; en su voz tiene un timbre y un tono semejantes a los de su hijo y poco a poco el pequeño se tranquiliza y más tarde el bebé se muestra sereno, atento y la mirada de la madre se fija en el rostro del niño. Una vez más, el rostro de la madre se modela en el del hijo, iluminándose con una sonrisa; en el primer momento de dolor, y en el segundo de placer, el rostro de la madre ha actuado de espejo y eco del hijo: ella hizo suyos tanto el dolor como el placer del pequeño. Esta relación le concede al niño un primer poder: no sólo consigue que otro ser humano se le aproxime, sino que, además recupera los modos propios de expresarse y de sentir y todo lo que en aquel momento necesita.

Este primer intercambio de expresiones afectuosas entre progenitor e hijo es la base de aquella seguridad emotiva y cognitiva que es el principio de la creación y por otra parte posibilita un primer sentido de identidad y una capacitación primitiva de imitar.

Durante los primeros meses de vida son los progenitores quienes sostienen esa relación, que poco a poco se ve reforzada por las respuestas cada vez más ricas del bebé y una vez que el vínculo se ha consolidado el bebé reacciona a toda interrupción; y con el paso del tiempo y el enriquecimiento de las experiencias se consolidan en lo más profundo los vínculos más importantes los que ligan al niño con otros familiares y así se forma el primer núcleo de la personalidad.

Pues bien, supongamos que, por una serie de circunstancias relacionadas con su naturaleza y con su historia por hechos sobre cuyo significado último pende un profundo misterio un niño, en lugar de desarrollar el vínculo adecuado con sus progenitores y posteriormente con el mundo, se encuentre en la imposibilidad de actuar y crear, permanezca solo y obtenga una muy limitada tasa de comunicación a través de algunas reacciones y amistades superficiales fragmentarias y distorsionadas y termine

desarrollando una visión propia del mundo que él defenderá encarnizadamente: en este caso se dirá que el niño en cuestión padece autismo infantil.

Es probable que el niño autista elabore su particular visión del mundo porque únicamente ha podido establecer vínculos preferenciales con algunos objetos, o tal vez con la estimulación de sí mismo por lo que aquí reside el meollo del autismo infantil, grave perturbación mental que se manifiesta en los primeros dos años y medio de vida.

SINTOMATOLOGÍA BÁSICA

El método sistémico para comprender que sucede con los niños autistas propone la siguiente sintomatología

- ✦ Soledad profunda y lejanía de los demás.
- ✦ Evitación del contacto visual
- ✦ Alteración en el lenguaje (ausencia o pronunciación en tercera persona)
- ✦ Presencia de estereotipias.

APROXIMACIONES A LA PROBLEMÁTICA

Una de las numerosas desgracias de los niños afectados por el comportamiento autista es por cierto, la de ser objeto de las más contrastantes opiniones sobre la naturaleza de su difícil comportamiento y por ende, sobre los posibles recursos terapéuticos, por lo tanto es importante introducir una metodología nueva que permita tiempos limitados de aplicación tanto para los terapeutas como para los padres y para el niño; y que además posibilite una expresión más variada de las emociones de las personas involucradas, utilizando un método de observación tal, que permita una evaluación del comportamiento, en otras palabras, se necesita una técnica que sea económica, rica en modalidades de relación corpórea – emotiva y a estos criterios trata de responder el método sistémico, el cual se basa en dos aspectos : el primero a través de la observación y el otro de tipo terapéutico: la observación se sirve de cualquier medio para conocer el comportamiento libre del niño, después con el grupo familiar y luego el grupo familiar solo y por último en la interacción con los terapeutas; esta observación debe estar basada en la interacción directa del terapeuta con el niño para reconocer las áreas claves y las de

recuperación del niño. Desde un punto de vista etológico el comportamiento humano es analizado en términos de sistemas de movimientos, o sea de unidades comportamentales que desarrollan una función determinada; dicho sistema tiene dos componentes: interno y externo, el primero vendría siendo la motivación, el segundo sería el ambiente y con este se presenta una variable, la cual es personal y esta representada por la historia del niño por lo que se puede manejar que el comportamiento humano puede ser analizado en los detalles y también en su globalidad.

El segundo tipo es la terapia, teniendo como objetivos:

- *Obtención de una comunicación entre todos los miembros del sistema.
- *Actuación del sistema para involucrar al paciente identificado.
- *Disolución de todas las conductas negativas para permitir la entrada a las conductas positivas.

Todo esto lleva al sistema a retomar su conducción y reforzar estructuras que favorezcan las relaciones corpóreas y emotivas (Zapella, 1992).

TRATAMIENTO FENOMENOLÓGICO

Este modelo en psicología es considerado para trabajar de manera conductual ya que influye en: los instintos, en los conflictos intrapsíquicos, en el ambiente físico y social, generalmente este modelo también podría ser de tipo cognitivo porque principalmente se trabaja con la percepción del niño hacia el mundo; en otras palabras esta teoría asume que cada persona es única, que cada persona tiene su visión de la realidad y reacciona conductualmente diferente por lo que este modelo tiene las siguientes metas:

- 1) A través del conocimiento social reorganiza los atributos del niño.
- 2) Reorganiza la existencia de las necesidades biológicas y decremента los determinantes conductuales que obstruyen el desarrollo, ya que cada niño tiene un potencial para su crecimiento.
- 3) Busca nuevos elementos para erradicar los problemas conductuales.
- 4) El trabajo clínico es basado en representaciones, a través de los procesos psicológicos que van acumulando en el niño situaciones particulares para después llegar a lo más concreto (Bernstein, 1980).

CONCLUSIONS

CONCLUSIONES

Con base en la revisión teórica que se ha llevado a cabo se puede observar que los niños afectados por el comportamiento autista, han sido una patología compleja y atractiva por el comportamiento presentado y sobre todo por encontrar los posibles recursos terapéuticos.

Típicamente desde que se da a conocer el trastorno como entidad nosográfica se han manejado un sin fin de definiciones dentro de las cuales se tienen dos: la realizada por Kanner donde menciona que es una enfermedad que comienza antes de los treinta meses, se detecta hasta los tres años y muestran incapacidad para desarrollar interacciones con otras personas, aislamiento afectivo, insistencia en las actividades habituales, falta de contacto ocular, alteraciones de la percepción y de la psicomotricidad etc., la otra es la que menciona Asperger con la única diferencia, la edad de inicio ya que las dos presentan déficit en lo que se conoce como la tríada de Wing (ausencia o deficiencia en la comunicación verbal y no verbal, en la interacción social y en el desarrollo de la imaginación).

Es importante mencionar que las definiciones psiquiátricas antes mencionadas siguen teniendo validez en nuestros días, aunque ya no se manejan de manera aislada una u otra etiqueta sino ahora podemos hablar de un conjunto con conductas continuas o discontinuas denominadas espectro autista, donde el parámetro inicial es el trastorno de Kanner y el final es el trastorno de Asperger con algunas otras etiquetas intermedias, por lo que nos lleva en el momento de recibir el diagnóstico a una etiqueta más amplia a nivel del padecimiento, a la cual se le conoce como Trastorno Global del Desarrollo.

En este momento el único instrumento confiable con el que se cuenta para obtener un diagnóstico certero es el que da a conocer el DSM – IV; a través de su sistema multiaxial.

Otra observación es con respecto a la etiología la cual sigue siendo un campo muy difícil de abordar debido a que cada quien explica dentro de su formación (médicos, psiquiatras, psicólogos, neurólogos, genetistas y biólogos etc.) la base del espectro; pero según lo revisado en este trabajo se podría manejar que las más acertadas son todas aquellas que involucran al Sistema Nervioso Central, mencionando que en este se ha encontrado una alteración orgánica que se denomina equipamiento de

base o inmadurez en este sistema, por lo que nos lleva a pensar que este tipo de trastorno es neurológico.

Actualmente la psicología ha tratado de aportar elementos en este trastorno mencionando que se deben dejar de lado todas aquellas teorías en las que se busca a un culpable, mencionando que éstos eran los padres y principalmente la madre por la forma en que se relacionaba con el menor, ya que a través de los estudios se determina que es un síndrome resultado de varios factores endógenos y del ambiente que actúan complejamente para crear deficiencias conductuales en estos niños.

Los psicólogos contamos con una clara definición, un cuadro sintomatológico y aunque en la etiología no se pueda tener una sola explicación no nos podemos detener en este punto ya que cada día este síndrome va creciendo a pasos agigantados y como profesionales de la salud debemos de tener las herramientas necesarias para tratar este cuadro psicopatológico.

La psicología a través de su corta trayectoria nos da a conocer teorías que nos pueden llevar de la mano en este camino difícil pero a la vez interesante; dichas herramientas son por ejemplo: la terapia conductual y el aprendizaje social que como instrumentos auxiliares cuentan con toda una estructura completa que nos indican como abordar el problema, las conductas a trabajar y la forma más útil de aproximarnos a este trabajo; la cognitivo – conductual es otra que nos permite abordar el problema aunque solamente nos refiere los mecanismos que se pueden abordar y la fenomenología las cuales en este tipo de niños nos ayudan a intercambiar conductas inapropiadas por conductas propias que le permitan al niño acercarse a su entorno social; es importante aclarar que estas terapias no nos ayudan directamente con el trastorno pero si nos facilitan el camino con el niño para aproximarnos a su mundo y poder crear una relación terapéutica ya que esta última es fundamental para conseguir logros en estos niños.

Otra herramienta importante y completa para trabajar con estos niños es la que nos proporciona el enfoque sistémico aunque también en algún momento hace referencia a que los padres son los encargados de desencadenar este tipo de patología no se queda ahí simplemente sino demuestra que este niño es parte de un sistema aunque pequeño y a lo mejor enfermo pero se debe trabajar con todos los integrantes para obtener mejores resultados; este trabajo aunque se habla de un grupo o sistema debe ser de manera individual, siguiendo tres fases: la primera será con los padres para observar el

desarrollo que se tiene con el paciente identificado, la segunda es con el resto de los integrantes del sistema y la tercera sería ya con el menor.

Estos tratamientos después de la revisión teórica serían los más acertados en el trabajo diario del paciente ya que dejamos de lado la constante búsqueda de culpables, en sí al tratamiento psicoanalítico que aunque al inicio de esta patología tuvo importantes acotaciones, en este momento han dejado de ser funcionales y debemos enfrentarnos completamente al problema porque si de por si ya los padres cuando llegan a una terapia ideal vienen con toda una carga de sensaciones y sentimientos que los lleva a buscar ayuda, sería muy extenuante decirles de inicio que ellos tienen la culpa del padecimiento de sus hijos.

También es importante que como psicólogos abandonemos la imagen que nos forjamos de nosotros mismos, la del caballero sin miedo que triunfa sobre el dragón de la locura y admitir que sólo somos humildes educadores. Tal vez arranquemos algunas malas hierbas y plantemos algunas flores, pero no vamos a crear el maravilloso jardín de rosas inmortales con el que sueñan los familiares del paciente y tal vez cada uno de los educadores.

La presente investigación ojalá sirva como punto referencial para la realización de nuevas investigaciones encaminadas al estudio de la etiología y del tratamiento psicológico sobre los niños autistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1980) Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Massón.
- Ararú (nov. '02 – ene.'03) Revista para padres con necesidades especiales. Autismo No. 40.
- AMERPI, (1988) Psicosis infantil y retardo mental Vol. II. México.
- Barclay, M. (1985) Psicología anormal. Enfoques científicos y clínicos. México: Interamericana.
- Belloch, A. et. al. (1995) Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill.
- Bernstein, D.A. (1980) Introducción to clinical Psychology. New York: Mc Graw - Hill
- Bleuler, E. (1993) Demencia Precoz el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Lumen.
- Brauner, A. (1981) Vivir con un niño autista. México: Paidós.
- Bettelheim, B. (1981) La fortaleza vacía. Barcelona: Laia.
- Calderón, Glz. R. (1990) El niño con disfunción cerebral. México: Noriega – Limusa.
- Campanini, A. et. al. (1991) Servicio social y modelo sistémico. México: Paidós.
- CIE – 10 (1992) Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. España: OMS.
- Clarizio H. F. (1981) Trastornos de la conducta en el niño. México: Manual Moderno.
- Clarkson, G. (2000) Soñé que era normal la travesía de un músico – terapeuta dentro de las esferas del autismo. México: Alfa omega.
- Colodrón, A. (1990) Las esquizofrenias síndrome de Kraepelin – Bleuler. México: Siglo XXI.
- DSM – III (1984) Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. España: Massón.
- DSM – IV (1994) Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. España: Massón.
- Escobedo, M. (1992) Autismo. México: UNAM. FES Zaragoza.
- Fritt, U. (1991) Hacia una explicación del enigma autismo. Madrid: Alianza.
- Furneaux, B.B. et. al. (1983) El niño autista. Buenos Aires: Ateneo.
- Galindo, E. et. al. (1994) Modificación de la conducta en la educación especial diagnóstico y programas, México: Trillas.
- Garantos, A. J. (1990 - 1992) Autismo, cuidados, educación y tratamiento: un coloquio imaginario. Barcelona: Massón.

- Garnica, P. R. (1991) *Nacimiento y evolución de la psiquiatría*. México: Trillas.
- Hernandez, G. L. et. al. (1996) *Modelamiento y prácticas encubiertas*. En M. W. S, J. P. A, H. A. Vlz, C. F. A, J. Gtz. R y C. B. R (Eds.), *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 137 – 152). UNAM, México D. F.
- Herrera, M. (1990) *Manual sobre autismo infantil, diagnóstico y tratamiento*. México: Universidad de Veracruz.
- Howlin, P. et. al. (1987) *Treatment of autistic children*. New York: John Wiley & Sons.
- Jung, G. C. (1990) *El contenido de las psicosis*. Barcelona: Paidós.
- Kanner, L. (1972) *Psiquiatría infantil*. México: Siglo XXI.
- Kanner, L. (1943) *Trastorno del autismo infantil precoz*. New York.
- Kazdin, A. E. (1996) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Ledoux, M.H. (1984) *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Lien de Rozental (1993) *Autismo: un enfoque audio fonológico*. México: Grijalbo.
- Manzano, J. et. al. (1984) *Estudios sobre la psicosis infantil*. Barcelona: Científico – médica.
- Martínez, T. A. (1993). *Neurobiología del autismo: Nuevos hallazgos y conceptualizaciones*. *Avances en Psicología clínica latinoamericana*, Vol. 11.
- Martos, J. (2001) *Espectro autista: una reflexión desde la práctica clínica en autismo, comprensión y explicación actual*. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1997) *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*. Barcelona: Paidós.
- Massie, H.N. et. al. (1986) *Psicosis infantil en los primeros cuatro años de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Meltzer, D. (1984) *Autism, schizo – preña and psychotic adjustment*. Roma.
- Mesibov, B. G. (1996) *Un puente hacia la cultura del autismo*. México: Investiga, Automatiza y Diseña.
- Murrow, E. (1985) *Actualización en psicopatología infantil para psicólogos*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Norman, D. A. (1987) *Perspectivas de la ciencia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Paluszny, M. (1987 – 1996) *Autismo guía para padres y profesionales*. México: Trillas.
- Parnas, J. (1991) *Autism in schizophrenia revisited*. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 32 N0. 1.

- Parquet, P. J. et. al. (1992) Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Un coloquio imaginario. Barcelona: Massón.
- Polaino, L. A. (1981 - 1982) Introducción al estudio científico del autismo infantil. España: Alambra.
- Powers, D. M. (1989) niños con autismo. México: Trillas.
- Rutter, M. (1984) Autismo. España: Alhambra.
- Sanchez, C. S. (1986) Diccionario enciclopédico de educación especial. México: Santillana.
- Schreibman, L. (1988) Autism. New York: Sage Publications.
- Sattler, J. M. (1993) Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales. México: Manual Moderno.
- Tantam, D. (1988) Síndrome de Asperger. Journal of child psychology and psychiatry. Vol. 29 N0. 3.
- Tustin, F (1977) Autismo y psicosis infantil. Buenos Aires: Paidós.
- Villard, R. (1986) Psicosis y autismo del niño. México: Massón.
- Weiner, B. I (1992) Métodos en psicología clínica. México: Limusa.
- Winnicott, D. W. (1981) Realidad y juego. Buenos Aires: Granica.
- Wing, L. (1985) La educación del niño autista, guía para padres y maestros. España: Paidós.
- Wing, L. (1998) El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós.
- Zapella, M. (1992) No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil. Barcelona: Paidós.