

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**UN ENIGMA LLAMADO AUTISMO**

**TESIS TEORICA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

**ANA LAURA MARIN JAIME**

**DIRECTORA: MTRA. NORMA CONTRERAS GARCIA  
ASESORES: DRA. PATRICIA PLANCARTE CANSINO  
MTRA. PATRICIA ORTEGA SILVA**

Tlalnepantla, Estado de México, Enero 2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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*

*A mis padres por haberme apoyado incondicionalmente durante todo este tiempo y creer en que puedo hacer todo lo que me proponga. Gracias por todo, los quiero mucho y este trabajo es para ustedes. Gracias papás: Raquel y Ladislao.*

*A ti por estar siempre conmigo, por darme la vida y darme todos los elementos para disfrutarla. Gracias Dios.*

*A ti Yareli por apoyarme siempre en las buenas y las malas y confiar en mí a pesar de la distancia. Te quiero mucho. Gracias por todo amiga.*

*A ti Lorena por ayudarme en los momentos que más los necesite y sobre todo por tu apoyo y confianza. Gracias por todo.*

*A ti por aparecer en mi vida en el momento justo, por tu apoyo, comprensión y amor. Gracias Luis Rodríguez Santillán. Te quiero mucho.*

*A mis compañeros de la carrera por confiar en mí y por todos los momentos que pasamos juntos. Gracias Helena, César y Georgina.*

*A ti que por ser un niño muy especial y que aun sin conocerte fuiste el mayor impulso para la realización de este trabajo. Gracias Luis*

*A mis asesoras y suplentes  
Paty Ortega y Paty Plancarte por sus  
sugerencias y comentarios para que este trabajo  
fuera mejor .*

*A mi asesora Norma porque creíste en mi  
como estudiante y por lo que aportaste para  
llevar a cabo la realización de este trabajo. Gracias.*

## INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2-4
Capítulo 1. ¿Qué es el autismo?.....	5
1.1. Antecedentes del Autismo.....	5
1.2. Definición.....	10
1.3. Enfoques teóricos y disciplinas que tratan y explican el autismo..	13
1.3.1. Enfoque conductual.....	14
1.3.2. Enfoque psicoanalítico.....	16
1.3.3. Enfoque ecológico.....	18
1.3.4. Enfoque médico.....	21
1.3.5. Enfoque psiquiátrico.....	23
1.3.6. Enfoque neurológico.....	25
Capítulo 2. Causas del autismo.....	28
2.1. Causas prenatales.....	28
2.2. Causas perinatales.....	32
2.3. Causas postnatales.....	33
2.4. Desarrollo característico del niño autista.....	34
2.4.1. Nivel biológico.....	35
2.4.2. Nivel cognitivo.....	35
2.4.3. Nivel de comportamiento.....	36
Capítulo 3. Terapias utilizadas en el autismo.....	52
3.1. Terapia de fármacos.....	52
3.2. Modificación de conducta.....	55
3.3. Padres como terapeutas y terapia de desarrollo social.....	63
3.4. Terapia de intercambio social.....	65
3.5. Tratamiento diurno.....	66
3.6. Psicoterapia para padres.....	67
3.7. Terapia de juego.....	70
3.8. Terapia familiar.....	71
3.9. Grupos de autoayuda.....	72
3.10. Terapias alternativas.....	73
3.10.1 Terapia de contención .....	73
3.10.2. Musicoterapia.....	76

3.10.3. Equinoterapia .....	81
3.10.4. Delfinoterpia .....	83
3.10.5. Aromaterapia .....	84
Capítulo 4. Análisis comparativo de la eficacia de las diferentes terapias que tratan al autismo .....	87
4.1. ¿ Cómo combinar los diferentes tipos de terapias para dar una alternativa holística a favor del autismo?.....	96
Conclusiones.....	101
Bibliografía.....	106

## RESUMEN

El autismo es un síndrome tan enigmático que en la actualidad a pesar de que ha sido investigado de muchas formas, no se ha logrado encontrar cual es su origen. A través de estas investigaciones se han llegado a establecer las características principales de dicho síndrome, se dice que empieza a manifestarse a partir de los dos años de vida a pesar de que en un principio estos niños parecen ser completamente normales. Otras características que presentan este tipo de niños son la autoagresión, movimientos estereotipados, falta de interacción social, falta de lenguaje o presentación de ecolalia.

Existen diversas terapias que tratan al autismo con el fin de brindarles a este tipo de niños una mejor calidad de vida y una mejor adaptación a su medio. Entre estas terapias se encuentran: la de fármacos, la de modificación de conducta, padres como terapeutas, terapia de desarrollo social, terapia de intercambio social, terapia de juego, tratamiento diurno y psicoanálisis. Para los padres se encuentra la psicoterapia, la terapia familiar y los grupos de autoayuda. Algo muy importante es que además de estas terapias, se encuentran las alternativas como la terapia de contención, la equinoterapia, la delfinoterapia, la musicoterapia, la aromaterapia, que son un apoyo adicional a las que se manejan en el trabajo con niños autistas.

El objetivo del presente trabajo fué realizar una revisión teórico-metodológica del autismo y a través de esta hacer un análisis comparativo de las diversas terapias que existen, para dar una propuesta holística sobre las mejores alternativas terapéuticas.

Con base en la información recabada en el presente trabajo se concluye que, la terapia que ha logrado mejores resultados en el trabajo con niños autistas es la modificación de conducta, luego le siguen las terapias como el intercambio o desarrollo social que se basan en la primera y finalmente como un apoyo adicional se encuentran las terapias alternativas que son de gran ayuda tanto para la modificación de conducta como para las terapias tradicionales.

## INTRODUCCIÓN

El autismo infantil es un problema del desarrollo que afecta a las áreas social y cognitiva, se caracteriza a través de determinadas conductas como : autoagresión, falta de interacción social, no comparte emociones, apariencia física normal, ojos grandes, movimientos estereotipados, aleteos y falta de un lenguaje o presentación de ecolalia (Medrano, 2002).

Aunque la investigación sobre el autismo es relativamente nueva, el autismo considerado como síndrome no, ya que gracias a las historias surgidas desde 1700 hoy en día sabemos que el autismo ha existido desde siempre solo que no se había encontrado un nombre específico para dicho síndrome.

En aquel entonces se presentaban varios casos en niños que tenían las características típicas de dicho síndrome; éstas características eran : insensibilidad al dolor, ingenuidad, entre otras. A lo largo de la historia se han mencionado otros casos que ejemplifican al autismo, uno de ellos y tal vez el más famoso es el del “niño salvaje” de Aveyron.

Otros ejemplos se refieren a los “idiotas benditos” de la vieja Rusia; ellos se caracterizaban por su comportamiento como los movimientos de las manos, su inocencia, la falta de conciencia social, entre otras características.

El autismo tiene sus antecedentes desde los años 1700 ya que se encontraron varios niños con algunas conductas típicas de este trastorno, en esa época aún no se reconocía como tal, estos hechos sirvieron de referencia para estudiar por primera vez el fenómeno ya como un problema del desarrollo infantil. Partiendo de esto se comenzó a dividir su estudio en diversas corrientes psicológicas como el conductismo y el psicoanálisis así como por algunas disciplinas como la psiquiatría o ciencias como la neurología y la embriología. Muchos investigadores han estudiado el síndrome del autismo. Entre los más destacados se encuentra Bleuler (1919), Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944).

Por otro lado, existen diversas terapias para tratar a los niños que presentan este tipo de trastorno, entre las más significativas se encuentran la terapia a base de medicamentos, la de modificación de conducta, padres como terapeutas, terapia de intercambio y desarrollo social y la psicoterapia (Paluszny, 1991).

Otro tipo de terapia utilizada con este tipo de niños es la terapia de contención, además de las terapias alternativas como lo son : la delfinoterapia, la musicoterapia, la equinoterapia, la aromaterapia, entre otras.



A partir de esto, la importancia social y teórica del presente trabajo es, a través de la información recabada, conocer a fondo el tema del autismo considerando sus principales características y los diversos tratamientos que hay, enfatizando en las diversas corrientes y terapias que lo tratan para de esta manera saber cómo o de que manera intervenir con este tipo de niños.

Para la sociedad es importante saber que tipos de tratamientos existen para el autismo y sobre todo cuales han tenido mejores resultados, pero no solo esto sino también cuales tratamientos pueden combinarse. Esto con el fin de brindarles a las personas autistas una mejor calidad de vida ya que uno de los mayores problemas de tener un niño autista es encontrar los servicios adecuados o los programas de tratamientos apropiados, por eso es de gran importancia conocer los diversos tratamientos que existen, para lograr que con ellos las personas autistas tenga una vida casi normal y se desenvuelvan mucho mejor en la sociedad.

También es importante brindarle a las familias el mayor apoyo posible para que guarden su equilibrio al saber que tienen un hijo autista. Deben de encontrar ayuda profesional y con esto claridad en el raro enigma que presenta su hijo. El autismo produce sentimientos confusos de culpa, frustración, ansiedad, pérdida de autoestima y estrés, es por eso que deben de conocer las verdaderas causas de dicho síndrome o por lo menos las que se han encontrado hasta el día de hoy. Con esto, tanto los padres como los hermanos, se dan cuenta de que la convivencia con las personas autistas puede ser muy satisfactoria y gratificante.

Es necesario conocer ampliamente el tema y sobre todo a los niños autistas.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión teórico-metodológica del autismo y a través de este hacer un análisis comparativo de las diversas terapias que existen para dar una propuesta holística de las mejores alternativas terapéuticas, para lo cual se propone hacer un análisis comparativo de las siguientes terapias: terapia a base de fármacos, modificación de conducta, padres como terapeutas, intercambio y desarrollo social, tratamiento diurno, psicoterapia, así como también se analizarán diferentes terapias alternativas como la musicoterapia, delfinoterapia, equinoterapia, aromaterapia y la terapia de contención. También se analizarán las terapias que se aplican a los padres, estas son las siguientes: la psicoterapia, la terapia familiar y los grupos de autoayuda.

En el capítulo 1 se verán los antecedentes de dicho síndrome debido a que es de gran importancia antes de abordar o investigar cualquier tema, tener en cuenta desde que se presenta el síndrome, cuales son los casos más relevantes que se han presentado, desde cuando se presentaron, y sobre todo cuales investigaciones se han realizado. Por otro lado también es importante definir lo que es el autismo para de esta manera saber que es lo que realmente se quiere investigar sobre el mismo. Finalmente, se verán algunas de las disciplinas que lo tratan para ver de que manera intervienen en el y ver que aporta cada una de ellas para la mejoría de estos niños.

En el capítulo 2 se verán las causas del autismo ya que es de gran importancia ver cual es el origen o que es lo que lo provoca para saber como intervenir con este tipo de niños. El desarrollo característico de dicho síndrome también es de gran importancia para poderlo diferenciar de otros síndromes parecidos y poder dar el tratamiento adecuado.

En el capítulo 3 se verán las terapias utilizadas en el autismo, ya que es necesario saber detalladamente de que trata cada una de ellas, cuales son las más recomendables y cuales han obtenido mejores resultados.

En el capítulo 4 se hará un análisis comparativo de las diferentes terapias que tratan al autismo y se hará un propuesta holística acerca de las mejores alternativas terapéuticas para el autismo con el fin de saber cuales son las que brindan más y mejores resultados con este tipo de niños.

Finalmente, en base a la información recabada se presentarán las conclusiones.

## **CAPITULO 1. ¿ QUE ES EL AUTISMO?**

El presente capítulo estará conformado en primer lugar por los antecedentes que ha tenido el autismo a lo largo de la historia y como estos muestran que el autismo ha existido desde siempre. En segundo lugar se mencionarán algunas de las definiciones más importantes que se han dado acerca de este síndrome. Finalmente se revisarán algunas teorías o disciplinas que tratan y explican al autismo de acuerdo a diversos puntos de vista como lo son: la modificación de conducta, la medicina, el psicoanálisis, entre otras.

### **1.1. Antecedentes del autismo**

Es probable que siempre hayan existido niños autistas pero hasta hace más de 25 años se les ha dado un nombre agrupándolos y considerándolos por separado de otras graves enfermedades mentales.

A lo largo de la historia, las formas del desarrollo físico y mental de los niños ha tomado caminos diferentes a los que se esperaban, como resultado de ello, surgen ciertas dificultades en la conducta. Una de esas formas que puede perturbar el desarrollo de un individuo es el autismo.

Aunque la investigación sobre el autismo es relativamente nueva existe desde hace mucho tiempo como síndrome, ya que gracias a las historias surgidas desde 1700 se sabe que el autismo ha existido desde siempre. En aquella época se presentaron varios casos que nos indican que el autismo existía desde mucho antes. Uno de ellos y tal vez el más famoso es del “niño salvaje de Aveyron”. Todo empezó en 1799 cuando en los bosques de Aveyron se encontró a un niño casi de 11 años de edad; estaba todo sucio y con múltiples heridas, era mudo y se comportaba como un animal salvaje. Jean Itard que era médico de una nueva institución para sordomudos lo tomó a su cargo y de acuerdo a su descripción, Víctor mostraba muchos rasgos de autismo tales como : no mirar directamente a las personas y no jugar con juguetes, mostraba tener una memoria sorprendente respecto a la posición de los objetos de su habitación y se resistía a que fueran cambiados de lugar (Wing, 1988).

Otros ejemplos se refieren a los “idiotas benditos” de la vieja Rusia; ellos se caracterizaban por su comportamiento: la falta de conciencia social, falta de sentido mundano, su insensibilidad al dolor; todo esto hacia pensar que ellos pudieron haber sido autistas (Happé, 1998).

Otro caso fue descrito por John Haslam acerca de un niño de 5 años que fue ingresado en el Bethlem Royal Hospital en 1799. Este niño padecía sarampión muy severo cuando tenía un año de edad, cuando tuvo dos años su conducta empezó a cambiar, caminó a los dos años y medio pero no habló hasta los 4 años. Le gustaba observar a otros niños aunque nunca se unió a ellos. Recordaba melodías y hablaba siempre de sí mismo en tercera persona (Wing, 1988).

Las leyendas antes mencionadas indican que distintas culturas han reconocido el comportamiento extraño y la ingenuidad de las personas autistas.

El término autismo fue empleado por Bleuler por primera vez en 1919 para describir el alejamiento del mundo exterior que se observa en los esquizofrénicos adultos. Este término se aplicaba a este tipo de pacientes pero difería bastante con el síndrome del autismo, sin embargo, ambos tienen similitud de una aparente preferencia por el mundo interno más que por la realidad exterior.

La manifestación del autismo es más evidente a partir de los dos años de vida en adelante, mientras algunos niños pueden parecer como cualquier otro niño normal pero con algunas diferencias poco evidentes para los padres, pero en otros, si se percibe la falta de reciprocidad emocional que los niños normales demuestran a esta edad.

El autismo adquirió categoría diagnóstica solo hasta que Leo Kanner lo estudiara en 1943, donde el síndrome fue llamado autismo de la infancia temprana.

También definió varias características que se presentaban en los niños autistas:

1. Extrema soledad autista
2. Deseo obsesivo de invarianza
3. Memoria de repetición excelente
4. Ecolalia demorada
5. Hipersensibilidad a los estímulos
6. Limitaciones en la variedad de actividad espontánea
7. Buen potencial cognitivo
8. Familias de gran inteligencia

Finalmente Kanner solo tomó dos de estas características como elemento clave para el autismo: la soledad extrema y la obsesiva insistencia por preservar la invarianza.

Otro médico en 1944 llamado Hans Asperger también observó a niños autistas y pensaba que desde el nacimiento se producía un trastorno fundamental que daría lugar a problemas tales como el autismo (Frith, 1991).

También se creía que el autismo era un trastorno que solo se presentaba en la infancia pero en realidad se empieza a manifestar en ella, pero no es una alteración que afecta solo a la niñez sino que se considera como un trastorno. Retomando las investigaciones de Kanner, él observó en su clínica a varios niños que mostraban un raro aislamiento desde el primer año de vida y una incapacidad notoria de estos para relacionarse con las personas y a situaciones mostrándose extremadamente solitarios (Polaino, 1982).

Como se mencionó anteriormente, el autismo no es un problema nuevo ya que se cree que siempre han existido niños autistas pero con respecto a las investigaciones estas son relativamente nuevas. En las investigaciones que realizó Bleuler descubrió que en los niños autistas no existe esa huida o evasión de todo lo que pudiera significar interacción social como en los esquizofrénicos ya que en el autismo infantil solo se da una incapacidad innata para relacionarse con las demás personas y su entorno. Las investigaciones que realizó Kanner indicaron que esos niños parecían incapaces de mantener relaciones afectivas normales y sobre todo que este trastorno parecía producirse desde el principio de la vida.

Por el contrario, en las investigaciones que realizó Asperger se incluían casos que mostraban serias lesiones orgánicas a las que él llamó “psicopatía autista”.

Poco tiempo después surgió el término “síndrome de Asperger” que tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. La delimitación de esta categoría especial ha demostrado ser útil desde el punto de vista clínico. El síndrome de Kanner suele emplearse actualmente para referirse a los niños que presentan los rasgos clásicos (soledad autista, deseo de preservar la invarianza;) que se asemejan mucho a las características que él identificó en su primera descripción. Esta categoría es útil desde el punto de vista clínico ya que ofrece la idea de un patrón prototípico de rasgos (Happé, 1998).

Rof Carballo 1978 (citado en Medrano 2002) realizó estudios de neurobioquímica y de neurofarmacología para investigar algunas estructuras del sistema nervioso que hasta ahora no han sido tomadas en cuenta, ya que algunas de las alteraciones orgánicas cerebrales podrían dar pie a la sintomatología autista y podrían llegar a ser tales a causa de las complicaciones en el embarazo.

Otras investigaciones que se han realizado son las de Campbell y un numeroso grupo de especialistas (1982) ellos han utilizado la tomografía axial computarizada (TAC) para el diagnóstico etiológico del autismo para aportar datos acerca del síndrome. La tomografía axial computarizada (TAC) fue aplicado a un grupo de 45 niños autistas, se descubrió un alargamiento ventricular en un subgrupo de dichos niños (Wing, 1988).

A veces el síndrome del autismo puede confundirse con otro tipo de trastorno debido a que coinciden en algunas de sus características. Debido a esto es necesario diferenciar dichos trastornos.

En primer lugar se encuentran el síndrome de Asperger. Para algunos investigadores, las personas con síndrome de Asperger no son sino autistas de nivel intelectual y lingüístico alto, pero no existe otra diferencia con los más retrasados o graves. En las personas con Asperger no existe un retraso en el desarrollo del lenguaje y si lo hay en el desarrollo, lo que sucede es que ese lenguaje, adquirido siempre de forma tardía y anómala, termina por ser formalmente correcto o incluso “demasiado correcto y formal”.

Las diferencias principales entre el trastorno de Asperger y el Autista clásico de Kanner son dos :

1) Los niños y adultos con síndrome de Asperger no presentan deficiencias estructurales en su lenguaje, incluso pueden tener capacidades lingüísticas formales extraordinarias en algunos casos. Su lenguaje puede ser superficialmente correcto, pedante, con formulaciones sintácticamente muy complejas y un vocabulario que llega a ser impropio por su excesivo rebuscamiento. Pero el lenguaje de las personas con síndrome de Asperger resulta extraño: tiene limitaciones pragmáticas, como instrumento de comunicación y prosódicas, en su melodía (o alta de ella) que llaman la atención.

En cambio en el autismo, si llegan a presentar lenguaje los niños, no lo hacen con fines de comunicarse y generalmente presentan ecolalia.

2) Los niños y adultos con síndrome de Asperger tienen capacidades normales de “inteligencia impersonal fría” y frecuentemente competencias extraordinarias en campos restringidos (Riviére, 2001).

Los niños con autismo por lo regular no suelen tener capacidades normales de inteligencia, tienen limitaciones en la variedad de la actividad espontánea. A pesar de tener un buen potencial cognitivo.

Por otro lado, tenemos el trastorno de Rett, este trastorno se sitúa en el extremo opuesto del síndrome de Asperger, se trata de una alteración evolutiva que se produce siempre después de un periodo de cinco o seis meses de evolución normal al comienzo de la vida, se cree que se da solo en niñas.

Se manifiesta por ausencia de actividad funcional con las manos dedicadas respectivamente a estereotipias de “lavado” o “retorcimiento”, aislamiento, retraso importante en el desarrollo de la capacidad de andar, pérdida de capacidad de relación, ausencia de competencia simbólica y lenguaje, microcefalea progresiva (la cabeza crece a ritmo menor que el resto del cuerpo), alteración de patrones respiratorios, con hiperventilación e hipoventilación frecuentes, ausencia de relación con objetos y pronóstico pobre a largo plazo (Riviére, 2001).

Finalmente, tenemos el llamado trastorno desintegrativo de la niñez. Este trastorno es un cuadro mal conocido y que implica una pérdida de funciones y capacidades previamente adquiridas por el niño. Para poderse diagnosticar este trastorno, la pérdida tiene que producirse después de los 2 años y antes de los 10, y tiene que establecerse con garantías que antes de la regresión había un desarrollo claramente normal de competencias de lenguaje, comunicación no verbal, juego, relaciones sociales y conductas adaptativas. El criterio diagnóstico básico es que deben producirse pérdidas al menos en dos de estas cinco tareas:

- 1) Lenguaje expresivo y receptivo
- 2) Competencias sociales y adaptativas
- 3) Control de esfínteres vesicales y/o anales
- 4) Juego
- 5) Destrezas motoras

Como el autismo, el trastorno desintegrativo (que antes recibía nombres como “síndrome de Heller” y “psicosis regresiva”) se define por :

- a) alteraciones cualitativas de las capacidades de relación y comunicación y
- b) pautas restrictivas y estereotipadas de conducta y actividad mental (Riviére, 2001).

El autismo es una entidad diferente no sólo por un conjunto característico de rasgos clínicos, sino también porque sigue un curso característico , a parte el autismo es un trastorno del desarrollo lo que significa que el desarrollo como todo se ve afectado de la infancia en adelante.

Como menciona Wing (1988) “el niño autista tiene su personalidad propia, determina la forma en que reacciona ante sus desventajas y que lo convierte en un individuo único”(p.26).

## **1.2. Definición**

Uno de los principales problemas a los que se han enfrentado los médicos y otros profesionales tienden a utilizar palabras similares para denominar al autismo es por eso que a lo largo de la historia han surgido un sin número de definiciones de las cuales se mencionarán las más significativas.

Bleuler 1919 (citado en Paluszny 1991) fue el que utilizó por primera vez la palabra autismo para referirse a los rasgos conductuales que fueron objeto de su estudio para puntualizar un trastorno básico de la esquizofrenia, este trastorno consistía en una limitación para relacionarse con las demás personas, en general con el mundo externo; ya que se creía que el alejamiento y el retraimiento social demostrado en los primeros años eran las características de mayor importancia. Esta limitación se describía como una retirada, por parte del paciente del mundo social para encerrarse en sí mismo, de aquí provienen las palabras “autista” y “autismo”, que provienen del griego “autos” que significa sí mismo.

El término autismo lo empleó Bleuler por primera vez en 1919 para describir el alejamiento del mundo exterior que observaba en sus pacientes. Este término difiere bastante del síndrome del autismo aunque ambos tienen la similitud de una aparente preferencia por el mundo interno, más que por la realidad exterior (Frith, 1991).

Años después en 1943 Kanner sugirió el nombre de “autismo infantil precoz”. Leo Kanner trabajó con 11 niños que mostraban un aislamiento extraño en el primer año de vida. Descubrió varios rasgos de este síndrome entre los cuales el más significativo era la falta de relación de estos niños con las personas que los rodeaban desde la más temprana infancia. Debido a este aislamiento el síndrome fue llamado Autismo de la infancia temprana. Con el estudio que realizó Kanner el autismo se constituyó en una entidad diagnóstica identificada. Al describir el autismo infantil temprano Kanner mencionó además de la soledad autista extrema otras características de este síndrome entre las que más destacaron las siguientes: el deseo obsesivo de mantenerse igual, la falta de posturas anticipatorias para ser levantados en brazos, la falta de un lenguaje comunicativo y en vez de éste, un lenguaje que se repetía como el de un loro, fenómeno al que se le llamó ECOLALIA (Paluszny, 1991).

El síndrome de Kanner suele emplearse actualmente para referirse a los niños que presentan la constelación de rasgos clásicos que se asemejan bastante a las características que identificó en su descripción. Desde el punto de vista clínico ofrece un patrón prototípico de rasgos (Frith, 1991).



Algunos investigadores como Bleuler se refieren al autismo como “esquizofrenia infantil” porque creen que es una forma especial de esta enfermedad de los adultos. Otros como Winnicott han utilizado términos muy generalizados, como la “psicosis infantil”, “perturbación emocional grave”, “niños sin comunicación” o “niños excepcionales”.

El autismo es un trastorno que afecta a algunos niños, bien desde el nacimiento o desde la primera infancia, que les hace incapaces de formar relaciones sociales o desarrollar una comunicación normal (Frith, 1991).

La definición que se considera universal es la que ha dado la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.); en esta definición el autismo incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de la vida y que presenta las siguientes características: las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima (Garanto, 1990).

Bleuler (1911) lo describe como la pérdida del contacto con la realidad, teniendo como consecuencia una imposibilidad o una dificultad para comunicarse con los demás (Tustin, 1994).

Por otro lado, Paluszny (1991) lo define como un síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos, persistencia y resistencia al cambio.

La esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensar. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas, poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración del afecto anormal

sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. La actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y existe una gran repercusión en el lenguaje, pues no piensan ni razonan de forma normal (DSM-IV, 1997).

Es necesario tener una definición que englobe las características principales que presenta el autismo ya que comúnmente suele confundirse con otros trastornos como la esquizofrenia o el retraso mental. A continuación presentaremos las diferencias mas significativas entre el autismo y la esquizofrenia:

	Autismo	Esquizofrenia
Edad de comienzo	-usualmente antes de los 30 meses	-infancia tardía a adolescencia
Incidencia socialización	-4/1,000 -muchas dificultades sus relaciones interpersonales. No comunicativos. Aislamiento	-8/10,000 -las relaciones personales están siempre presentes.
Lenguaje	-trastornos graves, ausente o rudimentario y no funcional. Ecolalia, inversión de pronombres	-hay desarrollo del lenguaje, al aparecer un trastorno, éste se vuelve pobre, vago, desgregado Sobre-elaborado o Metafórico.
Mismidad	-no tolera los cambios.	-tolera de buen grado los cambios.

Alucinaciones y delirios	-no hay.	-siempre presentes.
Probabilidad de tener Parientes esquizofrénico	-igual a la población en general.	-significativamente superior a la población general.
Efectividad terapéutica	-mayor por modificación de conducta.	-mayor por psicofármacos.
Pronóstico	-no hay cura. -posibilidad de mejoría.	-posibilidad de remisión bastante completa.

Tabla 1. Muestra las diferencias significativas entre la esquizofrenia y el autismo de acuerdo a Rimland en 1965 (citado en Tustin 1994, pág.41).

La National Society for Autistic Children (NSAC) en 1997 proporciona la siguiente definición: el autismo es un síndrome que se define conductualmente. Los rasgos esenciales suelen presentarse antes de los 30 meses de edad e incluyen :

- alteraciones de las secuencias y ritmos del desarrollo. Hay una perturbación de las tres vías de desarrollo (motora, social-adaptativa y cognitiva). Se dan retrasos, interrupciones o regresiones en una o varias vías.
- Perturbaciones de las respuestas a los estímulos sensoriales.
- Perturbaciones del habla, lenguaje, cognición y comunicación no verbal.
- Alteraciones de la capacidad de relacionarse adecuadamente con objetos, situaciones y personas(Garanto, 1994).

A pesar de que el autismo se descubrió relativamente hace poco tiempo, es un trastorno frecuente y que ha sido un tema que hoy en día se encuentra sujeto a muchas investigaciones, logrando con ello, resultados satisfactorios con este tipo de niños. Sin embargo, antes de llegar a esto, se tuvieron que pasar varios obstáculos uno de estos es llegar a encontrar una definición en la que todos estuvieran de acuerdo para no llegar a confundir al autismo con algún trastorno de iguales características. Aunque cada una de las definiciones anteriores tienen algo que aportar en cuanto al autismo; una de las más completas, además de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que no solo define al autismo como tal, sino que da las características de dicho síndrome en cuanto a edad y comportamiento, es la de Kanner que actualmente es la que se utiliza, ya que esta incluye las características del síndrome y lo diferencia de síndromes parecidos.

Por otro lado, las demás definiciones son muy generales, por ejemplo, la definición de Bleuler (1919) solo menciona una de las principales características del autismo; Paluszny (1989) lo define como un síndrome que se presenta solo en la niñez y no como un síndrome que puede presentarse en otra etapa. La definición de la National Society for Autistic Children (NSAC) (1997) solo da una definición muy general.

Se puede concluir de acuerdo a las definiciones anteriores que el autismo es un problema del desarrollo que afecta las áreas social y cognitiva

### **1.3. Enfoques teóricos y disciplinas que tratan y explican al autismo**

Han surgido diversas disciplinas que han tratado de explicar el autismo. En el siguiente apartado se verán algunas de ellas con la finalidad de conocer el punto de vista de cada una de ellas.

### **1.3.1. Enfoque conductual**

En el modelo conductual se da mayor importancia a los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia sobre la conducta en lugar de los factores biológicos o intrapsíquicos postulados por otros modelos, en el caso del autismo se centra en los efectos que producen la mala comunicación entre el recién nacido y su madre afectando al desarrollo de la conducta del niño. En este enfoque se presupone que la conducta es controlada principalmente por sus consecuencias. Considera la mayoría de las conductas como susceptibles de ser aprendidas o alteradas mediante procedimientos de aprendizaje. No se considera a la conducta anormal como distinta de la conducta normal en función de la forma en que se desarrolla o mantiene. La conducta anormal no representa una disfunción o proceso de enfermedad que ha rebasado el desarrollo de una personalidad normal. Más bien ciertas experiencias del aprendizaje o el fracaso para recibir o sacar provecho de varias experiencias del aprendizaje pueden explicar la conducta (Kazdin, 1994).

Este modelo es el más utilizado en psicología ya que ha resultado ser uno de los más efectivos con los niños autistas. Se observa casi siempre la conducta manifiesta, y la psicopatología por lo general se considera en términos de excesos o deficiencias de conducta, o de conducta que tiene lugar en una situación inadecuada. El problema crucial son las conductas inconvenientes que muestra el pequeño; y no se piensa que éstas sean el resultado de alguna dificultad interna básica. Sin importar que la conducta se estudie de acuerdo con respuestas manifiestas, o respuestas fisiológicas básicas, se supone que gran parte de esta conducta anormal se aprende según los mismos principios que rigen la adquisición de otras conductas más adaptativas: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje por observación (Johnson, 1992).

Las consecuencias y probables consecuencias de la conducta, más que cualquier otro factor, determinan el comportamiento del individuo. En el campo de la modificación de conducta, las consecuencias de ésta se llaman reforzadores, los que pueden incrementar, disminuir o mantener la conducta. Los reforzadores, a su vez, pueden clasificarse de varias maneras. Básicamente, en tangibles o primarios (alimentos, bebidas y símbolos) y sociales o secundarios (elogios, sonrisas y otros signos de aprobación). Los reforzadores pueden ser positivos (recompensan, dan placer), o que se apliquen de forma negativa (aversión o castigo). Los reforzadores tangibles y sociales pueden ser positivos, es decir, consecuencias deseadas por las cuales

se exhibe una conducta apropiada. O bien, se presentan de forma negativa; esto es, consecuencias indeseables por las cuales la conducta no se exhibe. Por otro lado, las consecuencias de la conducta son, sus determinantes. Los humanos tienden a repetir conductas que, según su percepción se recompensan o celebran; a su vez tienden a no repetir aquellas que, según lo perciben, se castigan (Shea, 1998).

Ferster en 1961 (citado en Ross, 1994) señala que la falta de atención por parte de los padres, en especial de la madre, impide la formación de ciertas asociaciones que para los seres humanos adquieren la cualidad de reforzadores, y por no haberse establecido esta relación, los padres no pueden controlar la conducta de su hijo. Basándose en el supuesto de que el bebé responde más a los reforzadores primarios (alimento y leche), y al crecer, su conducta se encuentra sujeta al control de reforzadores secundarios y generalizados (el amor y la aprobación social), mismo que adquieren su valor reforzante mediante una continua asociación con los reforzadores primarios, en consecuencia la conducta de los niños perturbados es provocada por reforzadores secundarios inadecuados y generalizados. Además si los padres de estos niños descuidaban a su hijo por dedicarse a otras actividades el niño aprenderá sus actitudes por sí solo o autísticamente sin responder nunca ante ningún contacto humano por haber carecido de él durante las primeras etapas de su vida.

En el enfoque conductual lo principal es determinar qué conductas específicas dieron lugar a la inadaptación del pequeño y qué factores ambientales (o de otra índole) provocan o mantienen estas conductas, o propician las deficiencias conductuales del niño.

El modificador de conducta se ocupa principalmente de conductas inaceptables o inapropiadas que exhibe un individuo y de la intervención que puede diseñarse o imponerse para cambiar esta conducta observable. Para el profesional de la modificación de conducta, ésta se define como todos los actos humanos observables y medibles, excluyendo los bioquímicos y fisiológicos (Shea, 1998).

En cuanto al autismo, los métodos de tratamiento basados en el modelo conductual son de distintas clases. Sin embargo, cada uno se funda en la suposición de que gran parte de la conducta “anormal” es aprendida y se puede modificar mediante la aplicación sistemática de principios de aprendizaje u otros procedimientos empíricos de cambio conductual. Los métodos de terapia conductual infantil abarcan, entre otros, desensibilización sistemática, uso de modelamiento, condicionamiento operante y terapia cognitiva conductual. Estos métodos se pueden utilizar en combinación con

otros para el entrenamiento en habilidades sociales en personas con deficiencias a este respecto, así como para la enseñanza de lenguaje y habilidades de autoayuda a niños con retardo mental y en este caso de autistas. Los procedimientos de condicionamiento operante, tales como reforzamiento positivo, extinción y castigo, se han aplicado ampliamente para incrementar conductas deseables, por ejemplo, control de esfínteres, obediencia, habilidades sociales, así como para reducir otras que no lo son, como agresividad, lastimarse a sí mismo, berrinches (Patton, 1991).

### **1.3.2. Enfoque psicoanalítico**

Este enfoque se orienta al desarrollo por etapas ya que se supone que el niño debe superar con éxito fases sucesivas al mismo, las cuales son decisivas para su posterior bienestar social y emocional. A estas fases se les llama etapas psicosexuales y constan de los periodos de desarrollo oral, anal, fálico y genital. Señala la existencia de varios constructos de la personalidad, cuya expresión e interacciones son moldeadas por las experiencias del pequeño.

Freud en 1933 (citado en Jonson, 1992) postula tres constructos: ello, yo y superyo. El ello es la energía biológica básica y fuente de instintos; se limita a satisfacer necesidades e impulsos biológicos. El yo es una estructura racional que trata de conciliar las exigencias del ello con las de la sociedad. Mientras que la naturaleza del ello es biológica, la del yo implica una interacción del individuo con su medio. La tercera estructura, el superyo, también es el resultado de la experiencia. Representa la moral o “conciencia” y refleja la internalización del código moral de la persona.

El funcionamiento óptimo de la personalidad tiene lugar cuando hay un equilibrio dinámico entre las estructuras del ello, yo y superyo. La obtención de este equilibrio depende en gran medida de que el yo se desarrolle adecuadamente, puesto que el mediador básico entre el ello, por un lado, y el superyo y las exigencias del mundo externo por otro lado (Johnson, 1992).

El modelo psicoanalítico no es un modelo médico ya que no supone causas físicas subyacentes. Más bien, considera que la naturaleza de los procesos de enfermedad es psicológica. Así como los síntomas de un padecimiento físico provienen de una patología física, establece que los síntomas de una enfermedad mental son consecuencia de problemas psicológicos profundos, tales como conflictos reprimidos, experiencias traumáticas o fijaciones en determinadas etapas del desarrollo psicosexual (Johnson, 1992).

Los defensores de este modelo varían en sus puntos de vista en lo siguiente : el impacto del ambiente en la vida intrapsíquica del individuo, las fuerzas instintivas básicas que la energizan, y las funciones de los componentes de la personalidad. Los teóricos psicoanalíticos ven las causas de la conducta humana dentro del individuo. La conducta está determinada por una vida intrapsíquica dinámica (Shea, 1998).

De acuerdo a este modelo, la terapia ayuda al niño a percatarse de los factores inconscientes relacionados con sus problemas, ya sea por medio de interacciones verbales directas con el terapeuta o, menos directamente, con juegos. A medida que salgan a flote sus dificultades, se trataría de conseguir que el niño las resolviera y generara mejores habilidades de adaptación, mediante una percepción cada vez mejor de sus problemas. Puesto que el modelo enfoca procesos subyacentes, al terapeuta no le interesan mucho los síntomas manifiestos, que se consideran como consecuencias del trastorno psicológico interno. Se supone que dichos síntomas desaparecerán al resolver los conflictos y problemas interiores (Jerusalinsky, 1997).

Tustin en 1972 (citado en Villamarzo, 1998) advierte en los niños autistas los fenómenos de reacciones muy violentas de intolerancia a la separación que sobreviene en niños que no habían interiorizado la función de “continente” del aparato psíquico de la madre. Subraya la existencia, en estos niños, de un proceso distinto del de la proyección de la introyección, y por el cual mantiene la ilusión de la “unidad primaria” con el cuerpo de la madre. La ruptura de este vínculo muy primitivo entraña una depresión psicótica de tipo de un “agujero negro” psíquico. El estudio del funcionamiento autista permite entender la naturaleza de los mecanismos obsesivos que en él se manifiestan casi en estado puro (rituales autoeróticos) y que consisten en aislar cada objeto, tanto interno como externo y ejercer sobre todos ellos un control omnipotente. Los mecanismos obsesivos no son esencialmente utilizados, como en otras afecciones, en tanto que mecanismos secundarios de defensa contra la angustia por ejemplo. Se trata así de la expresión directa de la actividad del sujeto- por la oposición a la pasividad- en sus relaciones objetales. La omnipotencia que tal mecanismo implica se debe al hecho de que esta actividad opera sobre la base de un fantasma elíptico que no tienen en absoluto en cuenta las relaciones de causa-efecto ni el tiempo de elaboración necesario para la transformación de un deseo en su realización.

En el autismo propiamente dicho, la experiencia queda reducida a un mundo unidimensional que recuerda las primeras hipótesis de Freud en las que el self es un centro fijo que establece una relación lineal de tiempo-distancia con

objetos concebidos como si atrajeran o rechazaran, potencialmente, la satisfacción puntual. Un mundo así no conduce más que a una emocionalidad elemental y no constituye, en rigor, un mundo psíquico, sino que consiste solo en una serie de acontecimientos no utilizables para la memoria o el pensamiento.

De acuerdo al psicoanálisis, el autismo es un producto de una comunicación deficiente y una falta de entendimiento entre los adultos y el niño en sus primeros meses de vida. Se responsabiliza directamente a los padres, la madre es en gran medida la responsable del trastorno de su hijo, se le considera como refrigeradora que no sabe o que no se ocupa de relacionarse con su hijo. Actualmente esta explicación no es del todo válida ya que se ha comprobado que existen niños que se desarrollan en un medio hostil, de rechazo e indiferencia por parte de sus padres o situaciones de perturbación y no por ello son autistas (Tustin, 1994).

### **1.3.3. Enfoque ecológico o social**

La ecología es el estudio de las interrelaciones entre un organismo y su entorno. En su aplicación a la educación de niños y jóvenes con problemas de conducta, la ecología es el estudio de la relación recíproca entre el niño o grupo y otros (individuos, grupos y objetos) del entorno. La teoría sociológica de mayor importancia para los educadores de niños y jóvenes con problemas de conducta es la perspectiva de la desviación o divergencia (Shea, 1998).

Los sociólogos han creado varios marcos teóricos que intentan explicar la educación especial. Según la reseña de Des Jarlais (1972) dichos marcos incluyen:

- Anomía: la teoría de la anomía como causa de enfermedad mental fue propuesta por Durkheim (1951). La anomía es una falta de reglas sociales o inhibidores dentro de la estructura de una sociedad, que limitan o regulan eficazmente las conductas individuales o grupales.
- Transmisión cultural: Sutherland y Cressey (1960) sostienen que la conducta especial es una conducta aprendida. La enfermedad mental una forma de desviación, se aprende mediante la asociación diferencial: es resultado de las asociaciones del individuo con personas y grupos que de algún modo le enseñan a desviarse.
- Funcionalismo: como teoría de casualidad de la conducta especial, fue propuesto por Merton (1957) y Parson (1951). Ellos consideran a la sociedad como un sistema de estado de equilibrio dinámico. La sociedad es mantenida en este estado de equilibrio por una pugna entre aquellas



personas y organizaciones responsables del cumplimiento de las normas de la sociedad y aquellas personas y organizaciones que violan o trasgreden dichas normas.

La teoría sociológica de la clasificación pone de relieve que nadie se vuelve especial por violar reglas. Es necesario estar clasificado como especial (“aberrante”) antes que las expectativas sociales que definen la forma particular de aberración sean activadas. Una vez identificado como aberrante, asume las expectativas del rol de su forma particular de desviación para obedecer a las expectativas de la sociedad. Esta perspectiva teórica tiene relación con el concepto de Parsons (1951). Dicha autor enumera 4 expectativas de la sociedad que estimulan a las personas rotuladas como “enfermas” a asumir de verdad dicho rol:

- 1.- La persona enferma queda relevada de las obligaciones correspondientes a rol de persona normal.
- 2.- Por estar enferma, la persona no es moralmente responsable de su condición de tal.
- 3.- La persona enferma debe expresar su deseo de retornar a un funcionamiento normal.
- 4.- La persona enferma debe buscar ayuda técnicamente competente de personas apropiadas (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, maestros).

De acuerdo a Wagner (1972) hay diferentes intervenciones como las sociológicas y ecológicas para este tipo de personas.

- Intervenciones-remedios: se dirigen al niño que no funciona según lo previsto debido a problemas en su ambiente o a su relación con dicho entorno.
- Intervenciones escolares comunitarias: queda ejemplificado en el Programa Escolar de Salud Mental de Pittsburg (Stickney, 1968). El niño requiere de ciertas manipulaciones que pueden incluir clases especiales, salas de recursos, enseñanza personal, asesoramiento, terapéutica, actividades paralelas al plan de estudios y servicios de derivación.
- Intervenciones comunitarias artificiales: implica el desarrollo de comunidades destinadas específicamente a los beneficios terapéuticos de sus miembros.
- Intervenciones “arquitectónicas”: estas intervenciones se encuentran en el ambiente más que en el individuo e incluyen principalmente el diseño físico de las instalaciones escolares en un esfuerzo por facilitar los objetos terapéuticos. Estas intervenciones se apoyan en características físicas del entorno: luz, ruido, forma, disposición, color, tamaño, diseño de escuelas, aulas y áreas recreativas.

- Intervenciones artificiales de grupo: implican el desarrollo de grupos destinados a facilitar la rehabilitación del individuo mientras permanece en su comunidad. El grupo se organiza para aumentar la comprensión del individuo de sus situación en la vida y para respaldarlo durante su proceso de rehabilitación.
- Intervenciones del ambiente familiar: se caracteriza por considerar al problema del niño como debido a su familia. Toman muchas formas, entre ellas las de terapia familiar, terapia de los padres, cuidado maternal y cuidado a cargo de terceros.

En los programas para niños y jóvenes con trastornos de conducta la aplicación de la teoría ambiental se caracteriza por:

- 1) la conciencia del efecto que el ambiente ejerce en el grupo y/o individuo, y la supervisión y manipulación del entorno para mayor beneficio terapéutico del individuo y/o grupo.
- 2) La conciencia de la interrelación recíproca dinámica que existe entre el grupo y/o individuo y el ambiente, y la supervisión y manipulación de esta relación para mayor beneficio terapéutico del individuo y/o grupo (Shea, 1998).

El enfoque ecológico se basa en las relaciones humanas y el ambiente, propone que las enfermedades mentales pueden verse como la ruptura de roles sociales y considera dos factores importantes en los trastornos emocionales:

1) la influencia social involucrada en las reglas que se siguen y las que se quebrantan y

2) las relaciones entre las reglas impuestas y las quebrantadas.

En el caso del autismo se basa en el estudio de la relación recíproca entre el niño y otros, en el medio ambiente (Johnson, 1992).

Las primeras relaciones entre la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias, serían consideradas por este enfoque como las generadas del autismo y las psicosis infantiles en general. Estas relaciones tienen gran incidencia en los primeros momentos de la vida hasta que el niño comienza a andar, que es propiamente cuando, siguiendo el curso normal del desarrollo, el niño se individualiza de la madre. Existe un periodo 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, se protege del encuentro brutal con el mundo exterior, con los otros; es un periodo en el que el niño no tiene prácticamente conciencia del mundo exterior. El niño considerado normal sale de este periodo gracias a una disposición innata para discriminar. A partir de este momento comienzan a despertar funciones mentales con 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 tomar conciencia de sí mismo, entrar en contacto con el mundo exterior y con los otros de forma enriquecedora. Cuando estas funciones se encuentran perturbadas se puede generar el autismo llamado patológico (Garanto, 1994).

La inadaptación que el niño con autismo presenta se define por la dificultad de relación entre el niño y su medio.

Básicamente este enfoque trata la influencia que tiene el ambiente sobre la conducta humana cuando las condiciones en las que se encuentra el niño no son las más favorables, este tiende a encerrarse en su mundo interior para no verse afectado (Shea, 1998).

#### **1.3.4. Enfoque médico**

Cuando los padres advierten por primera vez que el niño parece tener algún problema, confían en que los médicos podrán mejorarlo. Cuando no encuentran esta mejoría van de un médico a otro perdiendo así el tiempo incluso llega a ser perjudicial para la familia, esto al no encontrar una solución al problema que presenta su hijo. La medicina además de curar enfermos, desarrolló también la función higiénica de prevenir las enfermedades y luchar de distintas formas contra ellas. La enfermedad era considerada como una entidad que atacaba al género humano o a la sociedad humana. En los últimos años, los médicos han comprendido que su labor es insuficiente si solo luchan contra la enfermedad, tanto en el cuerpo de un individuo como en el cuerpo social. Ya no se considera la salud como un estado de carencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar del ser humano y de pleno goce de sus posibilidades. La medicina ha adquirido una nueva responsabilidad y es la de promover la salud, con ese sentido de bienestar general y de pleno desarrollo de las posibilidades personales (Shea, 1986).

El modelo médico o de enfermedad, se creó en gran medida como consecuencia de los primeros intentos de la profesión médica por explicarse los trastornos de conducta. Se pensaba que las conductas desviadas, al igual que los síntomas de enfermedad física, se debían a anomalías físicas o procesos de enfermedad profundos. Los problemas psicológicos reflejan una “enfermedad mental”, que se caracteriza por un conjunto específico de “síntomas”. A las personas que la muestran se les llama “pacientes”, al tratamiento “terapia” y al alivio de los síntomas “cura”. No obstante, este nexo con la medicina es más evidente en la suposición básica de que la conducta

desviada es signo de alteraciones biológicas subyacentes. Como la mayoría de las veces se desconoce la naturaleza específica de tales factores, se le da preponderancia a la elaboración de una taxonomía de “trastornos mentales”. Se supone que con una descripción adecuada de conjuntos de síntomas, es factible determinar las causas biológicas subyacentes y concebir métodos satisfactorios de tratamiento. Hoy en día se sabe que los factores biológicos contribuyen de modo significativo a la aparición de la psicopatología. En cuanto al tratamiento médico para los niños autistas, es factible que los médicos partidarios de este modelo recurran a métodos de tratamiento farmacológico y otros de tipo biológico, más que aquellos a favor de algún modelo alternativo; ya sea por medio de medicamentos o terapia de megavitaminas. Finalmente, el tratamiento específico depende de los resultados de la valoración que se le haya hecho al niño ( Johnson, 1992).

Algo de vital importancia en este enfoque es la relación que se establece entre médico-enfermo, ya que cualquiera que sea su especialización, la actividad del médico gira alrededor de la entrevista con su paciente. La relación médico-paciente es el centro de la actividad médica. El estudio de ese encuentro humano que se denomina médico-enfermo- efectuado con el aporte de métodos psicológicos y psiquiátricos- ha revelado que se está frente a un amplio campo de conocimientos necesarios para el médico.

El adecuado conocimiento de los procesos psicosociales que influyen en la relación médico-paciente capacitan al médico para una mejor intervención terapéutica. Además es de suma importancia que el enfermo se sienta atendido no “sin calor humano” sino que el trato con el médico pierda las características frías de la administración y se establezca sobre la base de un intercambio, de una participación, de una relación bipersonal, de un encuentro humano. Además, el debilitamiento de la vida familiar, el apoyo, y solidez que, en relación con un miembro enfermo, podría ofrecer la familia tradicional, exige que las instituciones médicas y el equipo de salud, se encuentren preparados para reemplazar aquellas estructuras y responder a las demandas de solidaridad afectiva requeridas por el paciente (Insúa, 1985).

En cuanto al autismo, el enfoque médico tiene como primer tarea hacer un buen diagnóstico; estudiar la historia clínica del niño y su conducta pasada para decidir hasta qué punto el esquema se ajusta al autismo infantil. Prosigue con la averiguación de que si el niño tiene alguna afección que pueda confundirse con el autismo. En particular debe tener la certeza de que el niño no es sordo ni padece de ninguna deficiencia visual.

El siguiente paso es considerar si el niño tiene desventajas físicas asociadas como por ejemplo, anormalidades cerebrales y del sistema nervioso como

espasticidad o ataques epilépticos. Los médicos deben de ser muy cuidadosos en evaluar estas desventajas adicionales, porque el niño no puede explicar por sí mismo lo que le pasa y su conducta insólita podría ocultar signos y síntomas que serían evidentes en un niño normal (Wing, 1988).

Este diagnóstico detallado lleva tiempo y exige que haya confianza y cooperación entre el médico y sus asistentes por un lado y por el otro con la familia.

Después de esto el médico tiene la difícil tarea de decirle a los padres que tienen un niño con desventaja grave. En esta situación un médico debe enfrentar sus propias emociones así como las de los padres, necesita toda su habilidad y experiencia para manejar con éxito esta situación.

De acuerdo al diagnóstico o la evaluación que los médicos hagan del niño autista, se dará el tratamiento de acuerdo al padecimiento que esté presentando (por ejemplo, cuando presentan epilepsia se necesitará dar algún medicamento para controlarla), o si presenta algún daño mayor lo canalizará con el médico correspondiente.

Los métodos de la medicina a veces son útiles para aliviar problemas especiales. En los niños autistas uno de los más claros ejemplos es el insomnio, la hiperactividad y la inquietud que se controlan por medio de drogas descritas por el médico. Por otro lado, los médicos pueden ayudar tanto a padres como a maestros en la planificación de un programa educacional, explicándoles las desventajas que presenta el niño.

### **1.3.5. Enfoque psiquiátrico**

Tradicionalmente se han considerado las psicosis como las enfermedades mentales propiamente pertenecientes al terreno de la psiquiatría; sin embargo, el descubrimiento del inconsciente y la aplicación del análisis de los sueños al estudio del aparato psíquico aproximó el campo de los trastornos mentales graves a las consultas psicoanalíticas iniciándose la preocupación de los investigadores por entender y descubrir el “idioma” delirante para poder introducirse en el pensamiento esquizofrénico y psicótico en general. El psicoanálisis y la psiquiatría están unidas ya que hay conexión y paralelismo entre la teoría de la primera y la técnica de la segunda.

Partiendo de que el descubrimiento fundamental de Freud en 1938, es el inconsciente y que toda conducta está sobredeterminada por motivaciones tanto conscientes como inconscientes, la psiquiatría al igual que el psicoanálisis intenta comprender el conjunto de la vida mental, neurótica o psicótica, poniendo especial énfasis en el análisis de las motivaciones que son inaccesibles a la autopercepción del sujeto, debido a que éste emplea diversos

mecanismos de defensa –también inconscientes- que, del mismo modo que en un sueño, disfraza la realidad de los hechos. Una buena mitad de la labor psiquiátrica es encomendada por el psicoanálisis a la psicología. Pero constituiría un grave error suponer que el análisis aspira a una concepción puramente psicológica de las perturbaciones anímicas. No puede desconocer que la otra mitad de la labor psiquiátrica tienen por contenido la influencia de factores orgánicos (mecánicos, tóxicos, infecciosos) sobre el aparato anímico. En la etiología de los trastornos psíquicos no admite, ni aún para los más leves, como lo son la neurosis, un origen puramente psicógeno, sino que busca su motivación en la influencia de la vida anímica por un elemento indudablemente orgánico (Villamarzo, 1998).

La psiquiatría infantil es una rama relativamente nueva en la medicina, se sabe que ciertas anomalías congénitas o adquiridas del sistema nervioso o del cuerpo en general provocan en el niño disfunciones psíquicas espectaculares. Estas enfermedades, a pesar de su gran diversidad clínica y etiológica no cubren más que una pequeña parte del campo de la psiquiatría infantil. La psiquiatría infantil es parte de la psiquiatría general. Los signos clínicos son significativos en relación con el conjunto del funcionamiento mental y con lo que se comprende de la historia psíquica del sujeto.

Es importante tomar en cuenta toda la historia de vida del niño misma que proporciona la familia ya que esto dará datos muy importantes para hacer un estudio con mayor precisión acerca del origen del problema. La psiquiatría intenta entender lo que el sujeto era antes de conocerle como enfermo o que presentara algún problema. Este aporte de la psiquiatría infantil permite una más correcta evaluación de la finalidad terapéutica. Esta disciplina no puede separarse de la pediatría ya que los pediatras son los testigos de los primeros intercambios entre el bebé y su madre con el fin de conocer algunas orientaciones que a veces son decisivas en la evaluación psíquica que vienen determinadas por variaciones de esta interacción. Trastornos funcionales y enfermedades relativamente benignas pueden ser los primeros signos de una alteración psicológica. La psiquiatría infantil está en relación directa con las presiones sociales, por la familia, la escuela u otras instancias preocupadas por él, las que remiten al niño al especialista (Lebovici, 1989).

En el tratamiento de niños autistas y con otro tipo de trastornos, se utiliza la psicoterapia, la cual tiene por objetivo reestablecer un equilibrio perdido en el paciente; además también se emplean los psicofármacos más adecuados. Dicha medicación no reemplaza la relación terapéutica, cuando el terapeuta es pesimista respecto a la psicoterapia o no aprecia adecuadamente la motivación

del paciente, sus propias ideas lo pueden llevar a prescribir fármacos. Es importante el conocimiento por parte del psiquiatra de los procesos y mecanismos inconscientes ya que esto hace que su posición ante el paciente se realice de una forma más integral, puesto que será capaz de captar no sólo la existencia de conflictos internos sino también los procesos defensivos utilizados (Villamarzo, 1998).

### **1.3.6. Enfoque neurológico**

Este enfoque considera que existen una serie de trastornos físicos del sistema nervioso que regularmente dan lugar a un determinado grupo de síntomas y signos físicos independientemente de cuál sea la personalidad y a la constitución del sujeto. Muchas funciones del sistema nervioso, como los referentes al habla, a la audición y a la vista, que implican movimiento y recepción de sensaciones, dependen del paso de impulsos nerviosos a través de vías que han sido claramente delineadas por anatomistas y fisiólogos. Dichas funciones pueden verse perturbadas en caso de un desarrollo defectuoso (anomalía congénita). Es posible asimismo sufrir una alteración por un proceso patológico posterior, tanto si los factores que influyen en el resultado son hereditarios (enfermedad genéticamente determinada) como si son adquiridas. Los trastornos mentales pueden a veces preceder y otras acentuar síntomas de una enfermedad física, en tanto que, a la inversa, ciertas dolencias orgánicas van acompañadas regularmente de manifestaciones psicológicas. El modelo de su enfermedad o trastorno depende de muchos factores, ya que el proceso resulta influido por la constitución genética, por el estado de otros órganos distintos al primariamente afectado y por las condiciones de la mente. Los trastornos funcionales están constituidos por síntomas y signos que resultan de procesos mentales, conscientes o inconscientes, y no de una enfermedad física primaria. La alteración mental puede a su vez ejercer una profunda influencia sobre las funciones físicas del organismo (Baron-Cohen, 1993).

Desde el punto de vista neurológico el autismo está asociado con ciertos signos neurológicos como son las anomalías motoras y la epilepsia de aparición tardía. Señalan la existencia de una disfunción primaria del sistema nervioso; además se asocia con tasas muy altas de retraso mental, con complicaciones perinatales y con otras condiciones más específicas como la fenilcetonuria y la esclerosis tuberosa.

Se supone que en todos los niños con autismo hay algún daño cerebral. Este daño supuesto o demostrado se considera la causa del autismo. A veces los

padres dudan del supuesto daño que pudiera haber en sus hijos dado que parecen completamente normales. La idea de que hay algún daño cerebral esta muy difundida, ya que en muchos casos si se encuentran anomalías cerebrales. La neurología se basa en diversos estudios y pruebas; algunas pruebas que se tienen acerca de estas anomalías se encuentran en los estudios post-mortem. Estos han demostrado anomalías en distintas regiones del cerebro en muchos niños y adultos con autismo, estas anomalías se han encontrado en muchas áreas, pero frecuentemente en los lóbulos frontales (Responsables de la planificación y el control, entre otras cosas), o en el sistema límbico (responsable de la regulación emocional), en el tronco encefálico y en el cuarto ventrículo o en el cerebelo (responsable de la coordinación motriz) (Baron-Cohen, 1993).

A pesar de estos estudios cerebrales no se ha encontrado una única anomalía y aún no queda claro que tipo de anomalías se deben específicamente al autismo o a alguna discapacidad mental asociado o en algunos casos a la epilepsia.

Por otro lado es importante mencionar que en la mayoría de los casos de autismo los lóbulos frontales juegan un papel interesante ya que podrían dar algunos datos donde existe una anomalía neuropsicológica que refleja un trastorno de los lóbulos frontales o del sistema límbico, núcleo funcional primitivo del cerebro que incluyen circuitos primitivos (Medrano, 2002).

Debido a esta situación, lo anterior podría ser una explicación etiológica a las anomalías de las relaciones sociales que presentan los autistas.

Por otro lado, en los casos de autismo infantil típico algunos sectores psiquiátricos insisten en que su causa es puramente cerebral. La hipótesis de que el autismo se debería a una lesión del sistema reticular activador es sostenida por Rimland (1982); el menciona que este sistema es una estructura localizada a nivel del pedículo cerebral, que ejerce la influencia sobre la atención, el despertar y el sueño, tiene gran importancia en los procesos cognitivos ya que da sentido a la información recibida y la define, y que una falta en este sistema haría que el sistema nervioso del niño no estuviera suficientemente alerta, lo cual borraría el sentido del mundo que lo rodea (Jerusalinsky, 1997).

Es viable considerar que el autismo es un trastorno de conectividad que frecuentemente, aunque no exclusivamente, ocurre durante la gestación y que en algunos casos los sistemas neurales afectados muestran degeneración progresiva.

Finalmente, a pesar de que ya se acepta que el autismo es un trastorno cerebral intrínseco, todavía se requiere precisar las anomalías bioquímicas y fisiológicas que determinen el origen neurológico.



A pesar de esto, aún no se ha podido encontrar una explicación conveniente para saber cuál es el patrón neurológico de la disfunción psicológica que especifique el autismo en general.

Cada uno de estos enfoques que tratan y explican al autismo, da los posibles tratamientos que existen para dicho síndrome y se pudo ver que el enfoque conductual es el más completo ya que además de tomar en cuenta a los padres, toma en cuenta al niño, al ambiente y trata principalmente las conductas inapropiadas del niño o las que le puede llegar a causar algún daño y finalmente, establece aquellas conductas deseables. Los demás enfoques con excepción del psicoanalítico, también ofrecen posibles beneficios para el tratamiento de niños autistas. El enfoque psicoanalítico no se considera el más adecuado en estos casos ya que maneja aspectos inconscientes y es necesario que el terapeuta interactúe verbalmente con el niño, y en la mayoría de los casos los niños autistas no presentan un lenguaje con fines de comunicación.

En el presente capítulo se presentaron puntos muy importantes como lo son los antecedentes históricos del síndrome llamado autismo, la diferencia que existe con otros trastornos, con el fin de comprender este problema. De igual manera, se mencionaron las definiciones más importantes que se han dado, concluyendo con los enfoques que se han dedicado a tratar y explicar al autismo de acuerdo a sus diversos puntos de vista.

Tomando en cuenta toda esta información, en el siguiente capítulo se abordarán las causas del autismo, así como también el desarrollo característico que presentan los niños autistas.

## **CAPITULO 2. CAUSAS DEL AUTISMO**

El autismo es un trastorno que afecta a algunos niños, bien desde el nacimiento o desde la primera infancia, que les hace incapaces de formar relaciones sociales normales o desarrollar una comunicación.

En un principio se pensaba que el autismo era causado por una mala relación con los padres pero no todos estaban de acuerdo con esta teoría, debido a esto surgieron varias teorías que sugieren algunas causas de dicho síndrome. La teoría biológica sostiene que en el autismo hay una o varias anomalías en el cerebro y que éstas son producidas por una o varios factores biológicos como lo son los genes, las complicaciones en el embarazo o parto y las infecciones víricas, por mencionar algunas. Existen varios indicios que muestran que hay alguna anomalía biológica causante del autismo. Uno de los indicios más importantes de éstos es que el autismo frecuentemente es acompañado por síntomas neurológicos, discapacidades mentales y ciertos trastornos médicos tales como la epilepsia (Baron-Cohen, 1993).

### **2.1. Causas prenatales**

Aunque no hay una causa única conocida del autismo, hay pruebas que indican que el autismo puede ser causado por una variedad de problemas. Los problemas tienen lugar antes del embarazo, durante el embarazo y el parto, esto ocurre con mayor frecuencia de lo que se podría esperar. Como causas prenatales podemos encontrar;

-Madres de más de 35 años de edad en el momento del nacimiento del niño.

Las madres de los niños autistas de esta edad dan cuenta de más problemas durante el embarazo, en algunos casos se han comunicado hemorragias de la madre durante el embarazo y en otras se ha informado de parto prematuro (Happé, 1998).

-Orden del nacimiento (el primero, o el cuarto o los nacidos más tarde presentan un riesgo ligeramente mayor).

Muchos autistas son los primogénitos de la familia y si es el último también existe evidencia de que los niños autistas tienen mayor probabilidad de haber sufrido complicaciones en la época de su nacimiento que sus hermanos y hermanas normales (Wing, 1988).

-La ingesta de medicamentos durante el embarazo.

Si la madre presenta alguna enfermedad y debido a esto debe de tomar algún medicamento, principalmente durante los tres primeros meses del embarazo, puede dañar el cerebro del feto, provocando así autismo (Baron-Cohen, 1993).

-La incompatibilidad rh entre los grupos sanguíneos del niño y la madre

Los efectos de distintos factores genéticos, constitucionales y del medio prenatal, puedan combinarse, dando como resultado consecuencias que abarcan desde la muerte fetal a anomalías que apenas se notan (Frith, 1991).

Por otro lado, las infecciones que pueden dañar el cerebro durante el embarazo o la primera infancia se encuentran vinculadas al autismo. En este caso se supone que las infecciones son la causa pero, igual que ocurre en las complicaciones durante el parto, esto no tiene por qué ser necesariamente así. Las infecciones de las que se ha indicado que pueden tener relación con el autismo son las siguientes:

-Rubéola.-El virus de la rubéola, en especial si contrae durante los primeros tres meses del embarazo, puede dañar el cerebro del feto y producir una discapacidad mental, sordera, ceguera y autismo. Gracias a los actuales programas de vacunación contra la rubéola éste ya no es un problema frecuente.

-Citomegalovirus (CMV).- Este virus también puede producir una discapacidad mental y, más raramente, autismo.

-Herpes encefálico.- El virus del herpes a veces infecta el cerebro del bebé y puede provocar una inflamación cerebral conocida como encefalitis. Ocasionalmente los niños que desarrollan una encefalitis hérpica también desarrollan un estado de tipo autista. Sin embargo, al igual que ocurre con otras infecciones víricas, hay que recordar que muchos niños que sufren una infección cerebral no desarrollan autismo y que la mayoría de los niños con autismo no tienen un historial de infección cerebral. Esto significa que aún resta por averiguar la causa del autismo de muchos niños (Baron-Cohen, 1993).

Otras posibles causas serían:

-la presencia de meconio (las primeras deposiciones del bebé) en el fluido amniótico durante el parto

-Las pérdidas de sangre durante el cuarto y octavo mes de embarazo.

Algunos investigadores como Miller y Stromland (2000) sugerían que el autismo se origina en las primeras semanas de embarazo, cuando el cerebro del embrión y el resto de sus sistema nervioso comienza a desarrollarse. De acuerdo a su investigación, la mayoría de víctimas de la talidomida con autismo revelaban anomalías en las orejas, así como en brazos y piernas; esa irregularidad evidenciaba que había padecido la agresión en una fase precoz a la gestación entre los 20 o 24 días después de la concepción antes de que muchas madres supieran que estaban embarazadas. Este estudio revela una visión más acerca del origen del autismo pero aún no se ha encontrado la

explicación de lo que pasa con los niños autistas de un origen desconocido o los que solo muestran las conductas autistas, siendo que para las víctimas de talidomida se puede llegar a predecir el daño y evitarlo desde el punto de vista embrionario que pudiera ser una alternativa (Medrano, 2002).

Por otro lado, dentro de las causas prenatales se encuentran algunas enfermedades capaces de dañar al sistema nervioso central y debido a esto se considera causa del autismo. En la tabla 2 se muestran algunos trastornos que se encuentran relacionados con el autismo y sus causas:

Tabla 2. Posibles causas del autismo

.Trastornos genéticos	-Síndrome de X frágil -Fenilcetonuria -Esclerosis tuberosa -Neurofibromatosis -Otras anomalías cromosómicas
.Infecciones víricas	-Rubeola congénita -Citomegalovirus congénito --Encefalitis hérpica
.Trastornos metabólicos	-Anormalidades de la síntesis de la purina -Anormalidades del metabolismo de carbohidratos
.Síndromes de anomalía congénita	-Síndrome de Cornelia de Lange -Síndrome de Noonan -Síndrome de William -Síndrome de Moebius

#### Trastornos genéticos

- Síndrome de X frágil: el síndrome de X frágil habitualmente supone el desarrollo de una discapacidad mental y a menudo implica una apariencia facial extraña (orejas grandes y sobresalientes, nariz larga y una frente alta). El síndrome se denomina X frágil porque las personas con este trastorno presentan un hueco anómalo en su cromosoma X. La X frágil tan solo tiene lugar en una pequeña porción de niños con autismo ( menos del 10 %). Sin embargo, este pequeño porcentaje convierte este síndrome en la causa más común del autismo identificada hasta el momento.
- Fenilcetonuria: es un trastorno heredado que supone una incapacidad orgánica para descomponer el agente químico natural conocido como fenilalanina. Como consecuencia se produce un incremento de toxinas

relacionadas en el organismo y estas pueden dañar el cerebro ocasionando en algunos casos autismo.

- Esclerosis tuberosa: hay algunos estudios que indican que el autismo es bastante frecuente entre los niños que padecen el trastorno genético conocido como esclerosis tuberosa, sin embargo, dado que la propia esclerosis tuberosa es bastante infrecuente, resulta muy rara como causa del autismo. La esclerosis tuberosa también puede dar lugar a un tipo especial de epilepsia conocida como espasmos infantiles. También este tipo de epilepsia ha sido postulada como causa del autismo.
- Neurofibromatosis: este trastorno genético afecta a la piel y a los nervios y también puede darse una discapacidad mental debida al daño cerebral. El trastorno a menudo se identifica por primera vez a causa de ciertas manchas marrones, en el torso o en las extremidades. Ocasionalmente (aunque es infrecuente) los niños con neurofibromatosis también desarrollan autismo (Baron-Cohen, 1993).

#### Infecciones víricas

- Rubéola: el virus de la rubéola, en especial si se contrae durante los tres primeros meses de embarazo puede dañar el cerebro del feto y producir una discapacidad mental, sordera, ceguera y autismo (Frith, 1991).
- Citomegalovirus(CMV): el virus del CMV también puede producir una discapacidad mental y más raramente autismo (Baron-Cohen, 1993).
- Herpes encefálica: el virus del herpes a veces infecta el cerebro del bebé y puede provocar una inflamación cerebral conocida como encefalitis. Ocasionalmente, los niños que desarrollan una encefalitis hérpica también desarrollan un estado de tipo autista ( Frith, 1991).

#### Síndromes de anomalía congénita

- Entre los más comunes se encuentran el de Moebius: este es un defecto de nacimiento que afecta a los nervios que controlan los movimientos oculares y musculares, y puede producir autismo (Baron-Cohen, 1993).

Han surgido varias interrogantes acerca de las causas prenatales del autismo, una de ellas es de qué manera el gen anormal o el hecho perjudicial predice sus efectos, si estos afectan directamente al cerebro, o indirectamente por medio de alguna anomalía de la química corporal.

Para investigar estos hechos se hacen estudios de la bioquímica del cuerpo y los exámenes neurológicos especiales. Otro tipo de preguntas que se hacen es ¿qué parte del cerebro esta implicada y cómo afecta a la conducta del niño?

Desafortunadamente los métodos para examinar en qué forma funciona el cerebro aún son poco satisfactorios.

Se ha expuesto que la causa son los “daño en el cerebro” pero esto es un término general que no explica mucho, porque los niños que se hayan bajo este rótulo tienen muchos y diferentes esquemas de conducta ( Wing, 1988).

Hay que recordar que muchos niños que sufren una infección cerebral no desarrollan autismo y que la mayoría de los niños con autismo no tienen un historial de infección cerebral, sin embargo, los virus que afectan al cerebro de los fetos pueden contribuir a la causa del autismo (Baron-Cohen, 1993).

Hubo un tiempo en el que muchos clínicos creían que el autismo era un trastorno funcional u orgánico ya que no existían pruebas de alguna anormalidad cerebral. Si el autismo es un trastorno orgánico es muy posible que se encuentre algún daño estructural, y que este daño pueda variar desde el que se produce a un nivel microscópico a aquellos otros que se ven con una inspección más gruesa, desde defectos de las células nerviosas a defectos de sistemas celulares completos. También son altas las posibilidades de encontrar una disfunción fisiológica. Por ejemplo, puede haber una carencia o un exceso relativo de sustancias neurotransmisoras, o una enzima que falta, como sucede en realidad, en el caso de otros trastornos raros del desarrollo ( Frith, 1991).

Un aspecto importante que hay que tener en cuenta cuando se valoran las investigaciones anatómicas y fisiológicas es que el autismo es un trastorno del desarrollo, lo que significa que la anomalía subyacente es una anormalidad del desarrollo.

Otro punto importante que cabe resaltar es que, para formular una hipótesis acerca de qué tipo de daños pueden dar lugar al autismo, hay que tomar en consideración el desarrollo normal del cerebro.

## **2.2. Causas peri natales**

Son muchos los estudios que coinciden en la conclusión de que la incidencia de accidentes perinatales en el autismo es sorprendentemente alta. Numerosos estudios han demostrado que en los niños autistas se da una incidencia significativamente mayor que en los normales de accidentes en el embarazo y parto. La presencia de factores perinatales adversos sugiere ( aunque no prueba) que puede haberse producido un daño cerebral, quizá por anoxia. Pero también hay que tener en cuenta que los factores adversos, cualesquiera que sean –desde complicaciones en el embarazo a parto con fórceps- no caen del vacío. Hay muchas condiciones que hacen que estas consecuencias adversas se hagan más probables ( Frith, 1991).

Algunos investigadores ( Damasio y Maurer 1978 citado en Frith, 1993 pág. 97) han sugerido que las partes del cerebro que controlan las emociones son anormales. Otros (Rimland en 1982 citado en Jerusalinszky, 1978 pág. 32) piensan que las regiones que controlan el despertar y el sueño (sistema reticular) no funcionan correctamente. Otros (Rutt 1978 citado en Wing 1993, pág. 63) creen que el problema reside en las partes del cerebro que tienden a la organización de la información y la comprensión del lenguaje (verbal y no verbal) ( Wing, 1988).

### **2.3. Causas postnatales**

En casos concretos, se ha demostrado que la aparición de los síntomas típicos de autismo estaba precedida por una infección viral en niños pequeños, que antes habían tenido un periodo de desarrollo aparentemente normal. Las enfermedades virales se presentan en brotes repentinos. Si el sistema nervioso central se infecta en un periodo crítico, que puede ser anterior o posterior al nacimiento, puede producir autismo. Esta hipótesis puede someterse a prueba estudiando la incidencia de niños autistas en relación con epidemias virales conocidas. Son de especial interés ciertos virus, llamados retrovirus, que se integran totalmente en el material genético de las células de todo el cuerpo. Otros virus que se han sugerido como causa del autismo son el herpes y el citomegalovirus. Estos virus pueden permanecer dormidos durante años, pero se reactivan de cuando en cuando. El hecho de que exista un autismo puro, en individuos que no tienen un retraso general en otros aspectos, demuestra que ese sistema puede dañarse de forma muy selectiva, aun cuando otros sistemas queden aparentemente intactos. Pero si una parte del sistema nervioso está dañado, es probable que también lo esté alguna otra. Esa posibilidad de que se produzca un daño más amplio será a lo que se explicaría la gran variedad de deficiencias que se asocian al autismo (Frith, 1991).

Dentro de las causas postnatales se encuentran las llamadas psicológicas o ambientales. Existen tres razones principales para creer en una causa emocional o psicológica. Primero, la mayoría de los niños autistas, cuando están en sus primeros años, tienen muchos problemas de conducta, incluso una notable dificultad para relacionarse con otras personas y demostrar afecto. Segundo, cuando Kanner escribió por primera vez sobre estos niños, la mayor parte de los psiquiatras estaban entusiasmados respecto de la importancia de las experiencias infantiles en la generación de toda clase de enfermedades mentales. Tercero, diversos autores dijeron haber comprobado que los padres

de los niños autistas tenían personalidades anormales. Algunos señalaron que las madres eran frías y duras y rechazaban a sus bebés; otros que las madres los sobreprotegían y sofocaban. Kanner (1943) y sus colegas expresaron que las madres no eran especialmente anormales, pero que los padres eran extraños, por tratarse de seres excesivamente intelectuales, rígidos o apartados: dedicados a sus profesiones más que a sus hijos (Wing, 1988).

Las primeras dos razones en la actualidad no son tan convincentes ya que se ha llegado a entender que los niños que tienen desventajas en la comprensión del mundo por cualquier motivo, generalmente tienen problemas emocionales como consecuencia secundaria. En cuanto a las personalidades de los padres, los primeros investigadores describieron sus impresiones personales, hay quienes separan a los niños autistas de los que son psicóticos, mientras que otros no lo hacen.

Se han realizado estudios donde se comparan grupos de padres de niños autistas con padres de los que tenían desventajas físicas, y también de los que eran normales. No se demostró que los padres de los primeros fueran especialmente anormales, a parte de su tendencia a ser más inteligentes que el término medio, aunque presentaban los mismos problemas que los padres de cualquier otra clase de niños con desventajas físicas. El hecho de que los padres de niños autistas probablemente sean más inteligentes, mejor educados y de un nivel ocupacional más elevado que el promedio, se ha utilizado como argumento para afirmar que no se interesan por sus hijos y que no les ponen la atención adecuada. Estos estudios no probaron que estuvieran apartados de sus hijos, incluso uno de ellos demostró que quienes tenían hijos autistas estaban más comprometidos con ellos. Finalmente, se ha demostrado que los orfanatos o las instituciones en las que no se prodigan cuidados maternales y donde el personal no tiene tiempo para “mimos”, produzcan niños autistas (Wing, 1988).

La identificación de estos factores sugiere que los problemas que tienen lugar antes del embarazo, durante el embarazo y parto, y después de él, pueden causar daños cerebrales al bebé. No obstante, es importante recordar que estos factores únicamente se observan en una pequeña fracción de los niños con autismo y que, también pueden presentarse en el historial de niños que posteriormente se desarrollan de un modo normal. De modo que por sí mismos, pueden no causar autismo, aunque si pueden ser la causa en algunos niños.



## **2.4. Desarrollo característico del niño autista**

El desarrollo característico de un niño autista lo podemos explicar en tres niveles: biológico, cognitivo y conductual.

### **2.4.1. Nivel Biológico**

Como se mencionó en el punto 2.1.1, un indicador de que hay un daño cerebral en el origen mismo del autismo, es la alta incidencia de epilepsia entre los niños autistas. Otro es la incidencia a que dicho síndrome vaya acompañado de un retraso mental general: las tres cuartas partes aproximadamente de las personas que tienen autismo también son retrasados mentales.

Por otro lado, hay razones de peso para pensar que el componente genético cumple un papel importante en el autismo, aunque todavía se está lejos de saber cuál sería exactamente ese papel de los genes del niño.

Cabe resaltar que el autismo es más común en los hombres que en las mujeres, además el autismo es 50 veces más frecuente entre los hermanos de autistas que el conjunto de la población. Se ha llegado a la conclusión de que los casos de autismo podrían dividirse por su etiología en tres grupos: exógenos (producidos por factores externos como los accidentes prenatales; autosómicos recesivos ( en cromosomas no sexuales, pero solo expresados si están presentes en las dos dotaciones genéticas- o sea heredadas por el padre y la madre-; y ligados al cromosoma x (portados en el cromosoma del sexo femenino).

Actualmente, la idea más ampliamente aceptada es que diversas causas biológicas de naturaleza bastante diferente pueden desencadenar el autismo. Enfermedades como el síndrome de X frágil, la fenilcetonuria y la esclerosis múltiple (todas ellas una causa genética) llevan consigo un riesgo mayor del autismo (Happé, 1998).

Hasta el día de hoy se han propuesto varias regiones cerebrales como el lugar en el que se sitúa el daño, entre ellas el cerebelo que está implicado en la coordinación motora; y el sistema límbico que esta implicado en la regulación emocional.

### **2.4.2. Nivel cognitivo**

De acuerdo a este nivel, el autismo se caracteriza por una triada de alteraciones que son: problemas de socialización, comunicación e imaginación. A continuación se describirán cada una de ellas:

-Socialización.-Los niños autistas no tienen una alteración global del comportamiento social, parecen tener comportamientos de apego que no son diferentes de los que presentan otros niños (no autistas) con dificultades graves de aprendizaje (de la misma edad mental). Las personas autistas son capaces de responder de manera diferenciada a personas diferentes y a diferentes tipos de acercamiento.

-Comunicación.-La gama de problemas comunicativos en el espectro del autismo son impresionantes; alcanza desde el niño autista completamente mudo, que ni siquiera usa gestos para comunicarse, pasando por el niño ecolálico, que puede repetir como un loro frases completas sin tener aparentemente nada que ver con el contexto, o el que usa palabras simples de manera poco flexible para hacer peticiones, hasta el niño con síndrome de Asperger, que habla con fluidez pero muy torpemente. Como en el caso de la socialización no todas las áreas están igualmente alteradas en el autismo.

-Imaginación.-Los niños autistas tienen una ausencia muy llamativa de juego de ficción (o simbólico) espontáneo. En el autismo el juego de ficción parece verse reemplazado por las actividades repetitivas que pueden llegar a convertirse en una diversión (Happé, 1998).

### **2.4.3. Nivel de comportamiento**

Cuando Kanner describió al autismo por primera vez, se definía a partir del comportamiento.

Podemos decir que el mismo trastorno puede manifestarse de varias maneras. Así, mientras que algunos niños con autismo evitan el contacto social, otros simplemente son pasivos e incluso sociales de una manera muy activa y peculiar (Happé, 1998).

La definición que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) da acerca del autismo y que además se considera universal, incluye varias características de dicho síndrome. Incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de la vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia,

inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima (Garanto, 1990).

Kanner (1943 citado en Medrano 2002, pág.7) fue el primero en describir las características distintivas en los niños autistas, él consideraba los siguientes rasgos:

- Una profunda falta de contacto afectivo con otras personas
- Un deseo angustioso de que todo permanezca igual, un ambiente sin cambios
- Fascinación por ciertos objetos, capaces de ser manipulados
- Retraso y alteraciones en la adquisición y el uso del habla y el lenguaje. Tendencia al empleo de un lenguaje no comunicativo y alteraciones peculiares, como la ecolalia y la propensión a invertir los pronombres personales.
- Ausencia o retraso mental (buen potencial cognitivo) que explica las alteraciones, presentándose ciertas habilidades especiales (memoria mecánica) (Medrano, 2002).

Por otro lado, el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales) (que es la clasificación más utilizada) diferencia el trastorno autista –que equivale al trastorno de Kanner- y el trastorno de Asperger. El primero se asocia en un 75% de los casos con retraso mental. El segundo, que se diferencia principalmente porque no implica limitaciones o alteraciones formales del lenguaje se acompaña de cocientes intelectuales en la gama normal. De acuerdo al APA (American Psychiatric Association) (1994) : las personas con trastorno autista pueden mostrar una amplia gama de síntomas comportamentales, en la que se incluyen la hiperactividad, ámbitos atencionales muy breves, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas y, especialmente en los niños, rabieta. Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales. Por ejemplo, umbrales altos al dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a luces y olores, fascinación por ciertos estímulos.

También alteración en la conducta alimentaria, en el sueño, cambios inexplicables de estado de ánimo, falta de respuesta a peligros reales y, en el extremo opuesto, temor inmotivado intenso a estímulos que no son peligrosos. Estos rasgos son frecuentes, pero no son criterios necesarios para diagnosticar autismo ( Riviére, 2001)

De acuerdo a Wing ( 1988) las características de los niños autistas se pueden dividir en las siguientes etapas:

## -INFANCIA

### *\*Primera infancia*

La primera de estas etapas es la primera infancia, en ella 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. En esta etapa son bastante comunes los problemas de alimentación y algunos bebés no se amamantan bien. Parece haber dos clases de niños autistas; algunos lloran gritando durante el día y la noche, especialmente al despertar y no se les puede consolar o calmar. El bebé 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 otro tipo de bebé es plácido y nada exigente, nunca lloran pidiendo alimento y se morirían de hambre si no los alimentaran 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. Cuando lo alzan, no se acurruca confortablemente en los brazos de la madre. Pueden sentirse fascinados por las luces o por cualquier cosa que brille o parpadee. Por otra parte, parecen desinteresarse de las cosas que llaman la atención de un bebé normal al crecer y desarrollarse; no intentan atraer la atención de su madre hacia las cosas señalándolas o gritando.

Esta falta de interés hace que los padres se pregunten si su niño es retardado mental grave, pero generalmente no aceptan esta posibilidad porque los bebés autistas tiende a sonreír, tener los primeros dientes, sentarse, gatear y caminar a las edades acostumbradas, y aumentan normalmente de peso una vez que pasaron los problemas de alimentación.

### *\*De los dos a los cinco años*

Esta es la etapa en que la conducta autista se torna más evidente. Si un niño lo 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 comienzan a preocupar seriamente hacia la edad de dos o tres años, cuando es más difícil de manejar.

Los niños pequeños, especialmente los que no tienen otras desventajas que pudieran afectar su presencia, parecen físicamente sanos y a menudo son excepcionalmente atractivos. Tienen ojos grandes que no miran directamente a los demás. Parecen sentirse alejados e indiferentes ante el mundo, interesados solamente en algún objeto especial. 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 su rabieta se extingue tan rápidamente como se originó. 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.

Por otro lado, Paluszny (1991) menciona que los padres de los niños autistas no advierten problemas en el primero o segundo año de la vida del niño, pues el bebé parece normal en todos sentidos. Los padres describen a su hijo como excepcionalmente atractivo, con un adecuado periodo inicial de conducta responsiva feliz. Después, generalmente antes del tercer año de vida, ocurre una regresión en la que el niño pierde todas las habilidades que había adquirido y empiezan a aparecer algunos de los síntomas típicos del autismo. En los niños con desarrollo normal, una de las primeras señales de la conducta social es la sonrisa. A partir del mes de edad, los bebés suelen sonreír al ver el rostro de un adulto o ante su voz, para el siguiente mes esta respuesta debe encontrarse bien constituida; no obstante, un niño autista puede parecer feliz y contento, pero su sonrisa no es social, pues es una respuesta a lo que ve, a lo que escucha y a otros estímulos, pero no en respuesta a los cuidados que recibe del adulto. Un niño autista no da muestra de conducta lúdica, ni revela postura anticipatoria alguna al ser levantado en brazos ni se entretiene con los juegos que realizan los niños pequeños normales. Juegos como las escondidillas o las tortillitas, en que la mayoría de los niños de un año intervienen sin problemas, parece no causar interés a los niños autistas; parecen gozar más bien de juegos que los estimulan sensorialmente, como las cosquillas, ser lanzado al aire o al caballito sobre el hombro de alguien, pero ninguno de estos juegos requieren interacción personal. Los padres notan que su niño autista muestran muy poca curiosidad, ya que no exploran su ambiente y prefieren en vez de ello, jugar con los objetos de manera repetitiva o estimular su propio cuerpo. Otra característica en el desarrollo psicosocial del bebé es la vocalización que normalmente suele aparecer en el segundo mes de edad y a los tres meses la mayoría de los bebés ya articulan los sonidos. El bebé autista no da señales de este desarrollo social, ni muestra un lenguaje apropiado ni trata de comunicarse, ya sea por medio de gesticulación o de imitación. El problema del habla en el niño autista es primordial: el pequeño

parece incapaz de entender o responder al lenguaje, sin embargo, este problema puede no llegar a advertirse sino hasta mucho más tarde. En el desarrollo motor parece no haber retraso alguno, aún cuando este desarrollo normalmente manifiesta un ligero retardo; ocasionalmente, los niños autistas muestran un desarrollo motor temprano, como empezar a caminar a los 9 o 10 meses de edad, sin embargo, este desarrollo no es completamente normal, pues el niño puede caminar de puntas o girando o mostrar una postura poco común mientras permanece de pie. A medida que el niño autista empieza su segundo y tercer año de vida, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos problemas. Los movimientos corporales repetitivos, como mecerse o golpearse la cabeza contra algo, que se veían ya desarrollados en la infancia, resultan más significativos y empiezan a llamar la atención de los padres la aparente carencia de reacciones al dolor del niño. Muchos niños autistas parecen especialmente fascinados por los objetos que dan vuelta y así girar o dar vueltas a su propio cuerpo tienen para ello una atracción especial; esto puede repetirlo al mismo tiempo especialmente que palmear con las manos, o que se mecen cuando están excitados.

El adiestramiento del control de esfínteres suele ser un verdadero problema con los niños autistas, algunos pueden adiestrarse a temprana edad, pero muestran persistencia de evacuaciones sobre la ropa o conductas similares mucho tiempo después de que fueron adiestrados.

En la infancia también se pueden presentar otro tipo de problemas como por ejemplo:

### ***a) Problemas en la comprensión del mundo***

#### *1. 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 cae una pila de platos detrás de él. A un niño pueden fascinarle ciertos sonidos como los que hacen los juguetes con motores de fricción o el tintinear de una campanilla. Sin embargo, puede considerar ciertos sonidos amenazadores y se tapa las orejas y se agacha. Estas diferentes respuestas pueden verse en el mismo niño en el transcurso de un tiempo muy breve.

## *II. 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. Parece no advertir que el lenguaje tiene un significado, aunque puede atender si oye una de las pocas palabras que conoce y que están vinculadas a las cosas que le gustan (“caramelos”, “comer”, etc.). Pueden pasar varios años antes que el niño aprenda a venir cuando lo llaman por su nombre. En esta etapa no obedece ninguna orden verbal, ni escucha advertencias, ni comprende si lo reprenden.

Más adelante, generalmente cuando se acercan a los cinco años, muchos comienzan a adquirir cierta limitada comprensión del lenguaje. Obedecen instrucciones simples.

## *III. Dificultades 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 algunas de las últimas de una frase. Con frecuencia pueden copiar el acento de quien habla y el tono de su voz. A la repetición que hacen se le llama ecolalia; Algunos repiten palabras y frases que han oído anteriormente, esto se denomina “ecolalia demorada”.

Algunos nunca pasan de esta etapa, pero otros avanzan hacia la siguiente, cuando comienzan a decir algunas palabras y frases que elaboran por sí mismos y que si tienen significado. Un error común que cometen es el de confundir dos palabras de significado contrario, o si no usar una sola palabra del par con su significado correcto y con el opuesto. Las palabras que se presentan en pares se les confunden a menudo, pueden llamar “cepillo” al “peine”. Su conducta general demuestra que la causa de esto no estriba en que no conozca la diferencia. Su problema reside en que no puede recordar la palabra correcta rápida y fácilmente y en consecuencia cometa un error verbal. Con frecuencia invierten el orden de las letras dentro de la palabra.

Los niños autistas, aun aquellos pocos que realizan bastantes progresos al hablar, no pueden utilizar las palabras con flexibilidad, ni expresar ideas sutiles. Suelen aprender solo un significado para una palabra o para toda una frase, y no apartarse de eso; invierte pronombres. Dice “tu” en lugar de “yo”; suelen aprender un nombre para una sola cosa.

#### *IV. Deficiencias en la pronunciación y en el control de la voz*

Un niño autista generalmente tiene problemas para controlar el tono de su voz. Le resulta arduo pronunciar con fluidez y suavidad constantes, su voz sube y baja en los momentos inadecuados y puede tener una cualidad mecánica. Muchos niños pasan por una fase en la cual dicen algunas cosas en una voz especial, distinta de la acostumbrada. Esto puede ser una copia de algo que han oído, pero en ocasiones parece ser un intento de probar sonidos diferentes. Todos estos problemas significan que los niños tienen que realizar un esfuerzo para hablar.

#### *V. Problemas en la comprensión de lo que ven*

Los niños autistas tienen los mismos problemas para comprender las cosas que ven que las cosas que oyen. Parecen reconocer a las personas y los objetos por su contorno general más que por los detalles de su aspecto. Esto sugiere que les resulta posible usar más la parte del ojo que se fija en el movimiento y el contorno y tienen impedimentos con la parte que percibe los detalles finos. Un grupo de psicólogos ha demostrado que los niños autistas, a diferencia de los normales, no fijan la vista en las personas o los objetos sino que echan rápidas miradas y apartan los ojos. Se tiene así la impresión de que evitan deliberadamente mirar los rostros de otras personas, especialmente sus ojos, pero los tests han demostrado que miran comparativamente más tiempo los rostros humanos que otras cosas. La excepción se da cuando están fascinados por algo, como por ejemplo, un trozo de papel brillante, entonces miran fijamente durante prolongados periodos.

#### *VI. Problemas en la comprensión de los gestos*

Las personas pueden comunicarse entre sí de diversa formas aparte del lenguaje. Utilizan los gestos, las expresiones faciales y los movimientos corporales. Los niños autistas están en desventaja en el uso de estos lenguajes visuales. En el primer año el único “lenguaje” que poseen es el llanto indiscriminado. En una etapa posterior muestran lo que necesitan tomando a alguien de la mano, tirando de él y colocando su mano sobre el objeto deseado. Quizá pasen años de que antes de que comiencen a señalar y en ese caso usan generalmente toda la mano y no sólo un dedo. Tienen tanta dificultad en comprender los lenguajes como en usarlos; generalmente realizan progresos más rápidos en la comprensión (aunque no en el uso) del lenguaje visual que del hablado, y entonces puede parecer que entienden lo



que se dice más de lo que en realidad ocurre, porque advierten indicios en los rostros y los movimientos de las personas.

### *VII. Los sentidos del tacto, el gusto y el olfato*

Los padres y los maestros pronto notan que los niños autistas exploran el mundo por medio de sus sentidos del tacto, el gusto y el olfato, y que esto sucede mucho después que ha pasado la etapa del bebé. Les encanta palpar la madera lisa, el plástico y las pieles suaves. Gozan con los juegos violentos que implican el contacto físico, aunque a veces se retraen ante un roce más tierno o un beso.

Aunque están dispuestos a explorar las cosas gustando de ellas, tienen dificultades para aprender a masticar trozos grandes de alimentos, y se les debe desmenuzar la comida considerablemente más allá de la época normal. Los más pequeños pueden parecer insensibles al frío o al dolor.

### *VIII. Movimientos poco usuales del cuerpo*

Una de las cosas que más llaman la atención en un niño autista son los movimientos extraños que realiza. Aletea con brazos y manos, salta en el mismo sitio y hace muecas. Tiende a caminar en puntas de pie a veces manteniendo las piernas rígidas. Algunos giran sobre sí mismos incesantemente sin marearse. Casi todos doblan y hacen girar los dedos o los objetos cerca de sus ojos. Estos movimientos de manos, miembros manos y cara son más evidentes cuando el niño esta excitado o mira algo que atrae toda su atención.

### *IX. Torpeza en los movimientos que requieren habilidad*

Algunos tienen gracia al caminar, y les es posible trepar y mantener el equilibrio como si fueran gatos. Otros son bastante torpes y caminan como si tuvieran alguna dificultad para equilibrarse.

Es posible que tengan dedos hábiles y veloces, también pueden tenerlos rígidos y torpes. Se encuentra toda clase de combinación de estas habilidades. Sin embargo, casi todos, parezcan graciosos o parezcan torpes, son inmaduros en la forma de moverse. Tienden a hacer a la inversa los gestos que ven. Generalmente no pueden copiar los movimientos de saltar en un pie o dar saltos al caminar, y si tratan de dar un pase de baile complicado se enredan con sus propios pies.

## ***b) Dificultades de conducta y problemas emocionales***

### *1. Alejamiento y retraimiento social*

La mayoría de los niños pequeños con autismo se conducen como si las personas no existieran; parece apartado en un mundo propio; absorto por completo en sus propias actividades sin finalidad.

Estos niños, responden a los adultos que comprenden sus desventajas y que saben romper las barreras que éstas crean. Entonces es posible ver que sienten todas las emociones normales, aunque las demuestren en formas muy inmaduras.

### *2. Resistencia al cambio*

Muchos niños autistas insisten en la repetición de las mismas rutinas. Cuando son muy pequeños nunca logran asentarse en ningún programa ordenado de alimentación o de sueño, pero hacia el momento en que pueden caminar habitualmente insisten en que ciertas cosas se hagan en formas exactamente igual en todo momento. Si se perturba la rutina, se producirán gritos y rabietas.

Algunos niños tienen movimientos rutinarios propios. Se encariñan con frecuencia con ciertos objetos y se rehúsan a que los separen de ellos. La resistencia al cambio se puede reflejar en la alimentación, y aunque algunos tienen un buen apetito desde que nacen, otros pasan por una etapa en la que se rehúsan a comer más de dos o tres cosas distintas.

### *3. Temores especiales*

Es muy común que estos niños cultiven temores a cosas que no son peligrosas, estos temores pueden mantenerse durante años y es factible que creen dificultades para toda la familia,

Un niño autista puede no advertir peligros reales, no comprende las consecuencias posibles.

### *4. Conducta socialmente embarazosa*

Como tienen una comprensión limitada de las palabras, y en general son inmaduros, estos niños con frecuencia se conducen en forma socialmente inaceptable. Los niños autistas nunca dicen mentiras, no comprenden jamás por qué puede ser necesario no decir la verdad, y de todas maneras carecen de

la suficiente habilidad con el lenguaje y las ideas para inventar mentiras. Su ingenuidad los conduce a una devastadora falta de comprensión de los convencionalismos sociales, o de los sentimientos de las demás personas.

### *5. 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. Al faltarles el lenguaje y la imaginación, no pueden unirse a otros niños en sus juegos.

Determinados niños presentan algún tipo de habilidad como:

#### *c) Habilidades especiales*

Algunos tienen habilidades especiales que pueden poner en práctica muy bien. A un gran número de estos niños les gusta la música y los sonidos rítmicos, algunos pueden cantar bien a una edad muy temprana, otros pueden tocar algún instrumento musical, y hay una reducida porción de ellos a los que les es posible componer música.

Por lo general, pueden aprender a manejar los números más fácilmente que las palabras, algunos son capaces de efectuar largas sumas mentales a gran velocidad. Con frecuencia les gustan los juguetes mecánicos. Ninguna de estas habilidades depende del lenguaje, la música, los números y la memoria topográfica son controlados por localizaciones cerebrales distintas de las que rigen a la palabra. La regla general es que estos niños se desempeñan mejor en las habilidades que no necesitan del lenguaje. Estas actividades constituyen su principal fuente de alegría en la vida.

#### *- Edad escolar (4 años)*

El niño autista tiene tres o cuatro años de edad, las áreas con problemas que ya se hicieron notar en la infancia y en la niñez temprana, paulatinamente resultan más evidentes a medida que el niño crece y muestra conductas desviadas del patrón de desarrollo común a los niños de su misma edad. Cuando cumplen 4 años, el niño autista suele mostrar conductas poco típicas en la alimentación y en el vestir, continúa actuando de manera aislada, sin socializar con otros niños y prefiere jugar solo. Las conductas rituales y estereotipadas pueden estar presentes en el acto de vestirse y desvestirse, e igualmente el niño autista gusta de tener todos sus objetos en el mismo lugar. La comunicación verbal continua siendo uno de los problemas principales a

menudo que los niños autistas crecen. El niño autista puede mostrar una ecolalia demorada y repetir monólogos largos pero no puede emplear ese lenguaje para comunicarse. Con niños autistas más grandes, una de las áreas de mayor preocupación para los padres y el terapeuta son los berrinches y los ataques agresivos que presentan, a menudo violentos y sin provocación alguna. Aunque es verdad que estos berrinches se presentan en niños autistas más pequeños, son menos peligrosos porque el tamaño del niño es menor y su movilidad más limitada, y a medida que el niño autista crece tiene mayores oportunidades y capacidades para herir seriamente a otros y a sí mismos. El niño autista suele mostrar conductas poco típicas en la alimentación y el vestir, continúa actuando de manera aislada, sin socializar con otros niños y prefiere comer solo. (Paluszny, 1991).

### ***-Cambios posteriores a los cinco años***

Algunos niños autistas conservan las insuficiencias para siempre, pero la mayor parte de ellos mejora por lo menos en alguna medida después de los primeros años.

El cambio principal se verifica por lo común en los problemas sociales y emocionales. Los niños se vuelven más afectuosos y sociables, menos resistentes al cambio, menos dados a sentir temores inútiles pero más atentos a los peligros reales y con mejor conducta en público. Sus carencias de lenguaje y dificultades de movimiento también se vuelven menos notables, pero en estos aspectos los cambios no resultan tan grandes como en los del comportamiento en general (Wing, 1988).

En algunos casos, a medida que el niño autista crece, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos problemas (Paluszny, 1991).

Brauner (1981) menciona las características de los niños autistas en cuanto a los problemas conductuales que presentan:

- Niños autistas sin lenguaje: actualmente se les llama “múticos” , que significa la negativa a hablar. Los gritos de estos niños son monocordes, no poseen ninguna modulación y no están dirigidos socialmente. Persisten mucho más allá de las primeras semanas de vida, y no dan lugar al balbuceo ni a las etapas siguientes. El niño autista que se manifiesta vocalmente, no grita ni por alegría ni por dolor. Los niños autistas desprovistos de lenguaje, lo produjeron una o dos veces durante la primera infancia, y en un momento dado de su vida dice palabras significantes y

hasta una frase perfectamente imitada y articulada con sorprendente claridad; una vez dichas esas palabras o esa frase, el silencio se instala nuevamente.

- Niños autistas verbosos: no articulan ni bien ni mal, el hecho es que estos niños hablan y en muchos casos hasta en abundancia, pero no verifican si son comprendidos ni tampoco expresan ninguna idea ni buscan hacerse comprender. Prolongan así una etapa normal en la adquisición del lenguaje, la ecolalia, por la que atraviesa todo niño hacia los 8 o 10 meses.
- Movimientos estereotipados de los niños autistas:
  - Movimientos de la cabeza. La esteriotipia más impresionante consiste en chocar la cabeza, violentamente contra un mueble o una pared de adelante hacia atrás, contra el suelo en posición acostada sobre la espalda. O también entre dos paredes o muebles en un pavoroso movimiento de péndulo el tronco está tenso, tiene los brazos abiertos y extendidos.
  - Muecas. Son muy variadas, contraen la frente con mucha intensidad, pestañea, tiene movimientos de la boca que se abre y se cierra.
  - La marcha. La característica más distintiva del autismo es la posición en
  - puntas del pie, posición que presentan la mayoría de los niños autistas.
  - Los gestos de la mano. Hay que distinguir entre los gestos efectuados para imprimir movimientos o tomar objetos; así como los gestos de las manos y de los dedos solos. El cuerpo lo tensa al tope de los brazos levantados, los dedos parecen danzar con agilidad, aunque también pueden estar tiesos, estirados al máximo.
  - Los balanceos. Se efectúan en todas las posiciones posibles; el balanceo de columpio lo practican en posición sentada, inclinada de delante hacia atrás y de atrás hacia delante. En posición de pie, los niños se balancean de izquierda a derecha e inversamente. Por último, en posición acostado, el vaivén se efectúa en una sucesión muy rápida de movimientos, con los brazos generalmente tendidos hacia atrás y el cuerpo tenso.
  - Las prendas u objetos fetiches. Todo niño, mucho más allá de la edad de la dependencia, busca obtener prendas de amor y de seguridad, se apoderan entonces de un dedo de la madre o ama un objeto que evoca para él una presencia o un dulzor. Con los niños autistas, las prendas pueden cobrar una importancia particular y desempeñan un papel desmesurado. Hay niños que aprietan, a veces lamen, pero nunca sueltan un pedazo de papel o un trozo de tela. Los

niños nunca miran la prenda solo se contentan con tenerla en la mano.

- Los trastornos del dormir. Muchos de los niños duermen tranquilos durante los primeros años de su vida; en cambio otros no dejan de gritar, sobre todo por la noche, también es corta la duración del sueño, pero otros duermen mejor de día que de noche. Durante el segundo y el tercer año se instala un periodo crítico, después se normalizan.
- La autoagresividad. En los casos más leves los niños se arañan, se mordisquean los labios o se pellizcan los antebrazos, los muslos. En los casos graves, los niños se arrancan los cabellos, se dan en cabeza en las paredes o en los muebles, o bien, se pegan violentamente en todas las partes del cuerpo. Estas conductas implican riesgos reales, las mordeduras se infectan, más aún cuando no se tolera ninguna cura, las heridas se abren constantemente y los choques con la cabeza desembocan en traumatismos graves, sobre todo cuando los niños dan contra el borde de un mueble.

### ***\*Desarrollo cognitivo y conductual***

El desarrollo cognitivo, social y motor se corresponde con la edad mental más que con la cronológica, de ahí que los niños autistas no cumplan los objetivos asociados con la infancia media de los niños que siguen un desarrollo normal. Se les vigila estrechamente tanto en casa como en la escuela y lo habitual es que se les sitúe en clases de educación especial muy estructuradas. Los niños autistas retrasados mentales y no verbales tienen poco contacto con compañeros y pasan la mayor parte del tiempo entretenidos con objetos. Los niños autistas son capaces de aprender a leer, escribir y calcular, en algunos casos con elevado nivel de destreza. Suelen mostrar una gran habilidad en las áreas técnicas, que dependen menos de la capacidad verbal o social. La capacidad de memorización de los niños autistas suele ser más destacada en sus áreas de interés, cuando se ocupan en estos intereses, los niños autistas tienden a centrarse menos en la dinámica social y psicológica, y más en la información estadística. Las personas con autismo pueden padecer otros problemas adicionales como la carencia de atención o la hiperactividad (Sigman, 2000).

Por otro lado, los niños autistas tienen una gran dificultad para valorar sus propios estados mentales y los de los demás.

### ***\*Las relaciones sociales***

Las relaciones familiares siguen siendo fundamentales en su vida, en la medida en que éstas son importantes para ellos. Aunque los niños autistas pueden tener amistades, generalmente son los padres los que las mantienen y quienes organizan contactos sociales regulares de forma muy parecida a cuando organizan fiestas para niños de preescolar. Debido a sus limitadas destrezas sociales y a sus restringidos intereses, los niños autistas suelen conseguir establecer amistad preferentemente con niños más pequeños o con los que son retrasados mentales. Aun los niños autistas socialmente más adelantados, que mantienen unas relaciones cálidas con los miembros de la familia y con otras personas mayores, tienen pocos amigos entre los de su edad durante esta etapa ( Sigman, 2000).

### ***-Adolescencia***

Al igual que en la infancia, también en la adolescencia las capacidades mentales y lingüísticas de los individuos autistas determinan en gran medida el curso de su desarrollo. Sin embargo, los adolescentes autistas de todos los niveles de capacidad intelectual suelen mostrar un empeoramiento de los síntomas de conducta y un deterioro del funcionamiento social. Aquellos que no comprenden ni utilizan mucho el lenguaje suelen seguir llevando una vida protegida y no experimentan muchos de los avances cognitivos y sociales que entre los niños normales se asocian con la adolescencia. En la mayoría de los casos, los adolescentes autistas que son retrasados mentales siguen bajo una estrecha supervisión en la escuela y en casa, y suelen ser otras personas quienes les organizan sus interacciones sociales. Los que son retrasados mentales pero capaces de utilizar el lenguaje siguen trabajando en clases especiales, normalmente con el objetivo de prepararles para un empleo protegido y una vida casi independiente. El proceso de maduración física y sexual supone un reto para estos adolescentes, y muchas veces provoca conflictos en las familias. Los temas del control se agravan a medida que los niños crecen y se hacen más fuertes, cada vez resulta más difícil controlar y modificar su conducta, en un momento en que los padres pueden sentir también la necesidad de imponer unas restricciones adicionales (Paluszny, 1991).

### ***\*Desarrollo cognitivo***

La capacidad de los adolescentes y adultos autistas no retrasados para las operaciones formales o para el razonamiento sobre principios abstractos

todavía no ha sido estudiada. Sin embargo, lo que si sorprende es que muchos de estos adolescentes no retrasados desarrollen una comprensión limitada de las propiedades del mundo físico. Los adolescentes autistas no retrasados suelen destacar en el campo académico, sin embargo ese éxito está limitado por las deficiencias cognitivas, los problemas con la planificación y la dificultad para comprender y cumplir las exigencias del entorno educativo.

### ***\*Desarrollo físico y motor***

Aunque los adolescentes autistas no retrasados experimentan los mismos cambios físicos y sexuales que los adolescentes de desarrollo normal, son mucho menos propensos a expresar sus sentimientos sexuales hacia otras personas. Es comprensible que la falta de contacto social reduzca mucho las oportunidades de comprender las normas que rigen las manifestaciones emocionales o las convenciones que se aplican a los intentos de conseguir unas relaciones íntimas. Como consecuencia, este aspecto del conocimiento cultural puede escapárseles incluso a los individuos autistas más observadores ( Sigman,2000).

### ***\*Autoconciencia, comprensión social y relaciones***

Todo parece indicar que los adolescentes con autismo tienen problemas para hablar sobre sus propias experiencias emocionales y para discernir las emociones de los demás e identificarse con ellas. Los individuos autistas mayores, sean retrasados mentales o no, parecen desear mucho el contacto social. El interés que sienten por la interacción social es el anverso de la actitud social distante que muchos niños autistas demuestran en sus primeros años. Sin embargo, a pesar del gran deseo y de los muchos esfuerzos, a menudo los adolescentes y los adultos autistas parecen completamente incapaces de leer las pautas sociales. Los adolescentes autistas establecen muy pocas amistades y permanecen vinculados más estrechamente a sus familiares. La presión por afirmarse como individuo parece menos fuerte, y los conflictos relativos a la independencia parecen ser menos destacados que en los adolescentes normales o ligeramente retrasados (Sigman, 2000).

Dicho todo lo anterior, podemos decir que el autismo se reconoce actualmente a partir de las características conductuales más que por ejemplo, su etiología biológica.

Los problemas de socialización, comunicación e imaginación son suficientes y necesarios para representar fielmente gran parte del comportamiento reconocido como específico y universal del autismo.



Nos queda claro que a medida que el niño crece tal vez sus dificultades empeoren o incluso que poco a poco se note una mejoría en ellos. Sin embargo, los niños tienen un tipo especial de esquema conductual en común, principalmente en los primeros años de su vida como lo son la falta de conductas anticipatorias, la falta de conductas de apego, rechazo físico, falta de contacto visual, desajustes del sueño, la comida, rabieta.

En cuanto a las causas, a pesar de todos los estudios realizados, aún no se logra saber a ciencia cierta que es lo que realmente origina tan enigmático trastorno.

A pesar de lo mencionado anteriormente, todavía no se ha encontrado una causa específica que origine al autismo como tal, si bien es cierto que se han encontrado supuestas causas, solo las podemos tomar en cuenta como factores predisponentes para que un niño pueda presentar dicho síndrome, pero esto no quiere decir que necesariamente solo las presenten los niños autistas. En cuanto al desarrollo característico del niño autista y no olvidando las causas, en el siguiente capítulo se abordarán las terapias utilizadas con este tipo de niños; así como también las terapias alternativas que, ya sea solas o en combinación con las primeras, obtendrán mejores resultados.

De acuerdo al desarrollo característico de los niños autistas, presentado en este capítulo, éstos requieren de apoyo tanto médico (para los que necesitan controlar algún otro padecimiento); también necesitan tener la posibilidad de asistir a la escuela desde los 5 años de edad hasta el final de la adolescencia ya que se ha comprobado que progresan más en un ambiente estructurado debido a que en el reciben atención individual. Los métodos de enseñanza se deben adaptar de acuerdo a las deficiencias que presenten los niños ya sea de lenguaje o de alguna otra desventaja. La tarea más importante es ayudar a este tipo de niños para que alcancen una vida tan plena como les sea posible.

## **CAPITULO 3. TERAPIAS UTILIZADAS EN EL AUTISMO**

Se han utilizado diversos métodos terapéuticos para tratar a los niños autistas. En la actualidad, los tipos de terapia que se emplean se enfocan a los síntomas específicos o a la promoción de crecimiento adaptativo, o la terapia empleada es el resultado directo de la postura teórica del terapeuta respecto de la causa del autismo. A continuación se presentaran las terapias comúnmente utilizadas con este tipo de niños, así como también las terapias alternativas que solas o combinadas brindarán mejores resultados.

### **3.1. Terapia de fármacos**

Esta terapia se considera normalmente auxiliar de otro tipo de terapia, y no una terapia en sí misma. Solo debe usarse si los padres o el médico están de acuerdo en que la situación realmente amerita de este tipo de intervención (Paluszny, 1991).

Al cobrar conciencia de que los factores biológicos son de gran importancia como causa del autismo, ha ganado terreno la búsqueda de fármacos como tratamiento. Por el momento no existe sustancia alguna que genere mejorías claras en los síntomas básicos del autismo; sin embargo, esto no significa que los fármacos no tengan ninguna utilidad en el tratamiento de ciertos aspectos del autismo ( Sigman, 2000).

Se han probado varias sustancias como tratamiento, algunas de ellas son :

- Fenfluramina.- la fenfluramina es un fármaco que reduce el nivel de serotonina en la sangre. La serotonina es una sustancia química natural que aparece en niveles altos en aproximadamente un tercio de niños con autismo. Aunque no se ha encontrado que la fenfluramina tenga efectos secundarios nocivos en las personas, hay pruebas que indican que pueden dañar el sistema nervioso en los animales. En la actualidad, por tanto, debe considerarse un tratamiento que únicamente debería ponerse en práctica bajo supervisión médica especializada y en centros debidamente reconocidos ( Baron-Cohen, 1993).
- Megavitaminas.- Se han propuesto como tratamiento para el autismo dosis excepcionalmente elevadas de vitamina B6 en combinación con el magnesio. Este tratamiento ha sido propuesto a partir de informes que daban cuenta de mejorías y sobre la base de que las dosis grandes de vitamina B6 no presentan efectos secundarios conocidos. Sin embargo, cuando se interrumpe el tratamiento con vitamina B6 puede producirse un incremento en las perturbaciones y este síndrome de abstinencia

puede confundirse con una prueba de la eficacia de la medicación (Baron-Cohen, 1993).

Rimland (1978, citado en Paluszny 1991) ha recomendado el empleo de grandes dosis de vitaminas solubles en agua para los niños autistas, algunas de estas vitaminas son de complejo B ( B1, B3, B6 y B12), la biotina, el ácido fólico, y el ácido ascórbico, así como los aminoácidos esenciales y los ácidos grasos esenciales. Pauling ( 1973) postuló que en ciertos momentos eran necesarias grandes dosis de vitaminas para cambiar los ritmos de reacción de las enzimas, por tanto, recomendaba una terapia de megavitaminas para tratar las condiciones psiquiátricas.

- Levadopa.- Dado que algunos niños autistas tienen altas concentraciones de serotonina en la sangre, los investigadores se han preguntado si el decremento de ésta podría dar como resultado una mejoría clínica. Uno de los efectos de la L-dopa es la disminución de la serotonina del cerebro. Cuando se empleó este fármaco en un pequeño grupo de niños autistas, las concentraciones de serotonina en la sangre decrecieron, pero no se observaron mejorías clínicas. Al emplearla en un grupo de niños con trastornos diversos, Campbell ( 1973) encontró mejoría en el grupo respectivo al aislamiento social : hubo un incremento del intercambio social y de las respuestas afectivas.
- Hormonas.- Se han utilizado varias hormonas en el tratamiento de niños con trastornos, lo que muestra resultados más alentadores con los niños autistas es la tiroidea. Esta hormona es importante para la maduración del sistema nervioso central, y tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden tener efectos negativos en el desarrollo del cerebro. Varios investigadores han utilizado triyodotironina (T3) con los niños autistas y clínicamente no daban muestra de hipertiroidismo e hipotiroidismo. Los resultados fueron alentadores y hubo mejorías estadísticamente significativas. Así, el uso de la hormona tiroidea en el tratamiento de niños autistas es otra terapia que amerita mayor investigación ( Paluszny, 1991).
- Tranquilizantes mayores.- Este término hace referencia a un conjunto de diversos fármacos relacionados entre sí (tales como el haloperidol, la clorpromacina y la tioridazina) que se emplean frecuentemente en el tratamiento de adultos con trastornos psiquiátricos. Ocasionalmente se han utilizado en niños con autismo, pero no porque mejoren el autismo

en sí mismo, si no porque pueden proporcionar una mejoría temporal en la agitación, la agresividad, el insomnio, las estereotipias y otros problemas conductuales. Se trata de sustancias muy potentes, que pueden generar efectos secundarios, especialmente si se ingieren durante largos periodos de tiempo. Afortunadamente, muchos de estos efectos secundarios pueden revertirse al interrumpir el tratamiento (Sigman, 2000).

Normalmente, los tranquilizantes mayores se administran al niño autista para controlar la conducta agresiva que es insuficientemente controlada por otros medios, o que parece ser una interferencia severa en el aprendizaje y las habilidades adaptativas del niño. Las drogas que se usan con mayor frecuencia son el thiorazina, el mellaril, el Stelazine y el Prolixin. Los dos últimos pueden ser más eficaces con los niños autistas jóvenes. El Stelazine, en particular, es una droga más eficaz, pero produce pocos efectos sedantes en el niño pequeño. Se demostró que se tenía menos posibilidad de producir mareos. Se ha informado que el Mellaril puede ser útil en el control de conductas estereotipadas ( como mecerse y otras).

- Fenobarbital.- La epilepsia ocurre con bastante frecuencia en el niño autista. Los ataques pueden ser evidentes cuando el niño autista crece (por ejemplo, en la adolescencia) o aun desde una edad temprana. En cualquier caso, los ataques deben controlarse totalmente. Una de las drogas que se usan comúnmente como parte del régimen para los trastornos convulsivos es el fenobarbital, pero como éste tiende a aumentar la hiperactividad y la agresividad, debe evitarse emplearlo en el tratamiento de niños autistas epilépticos agresivos.
- Benadril.- Los problemas para dormir, pueden ser una complicación muy seria en el hogar del niño autista. Se deben administrar medicamentos ocasionalmente solo en caso de que otros métodos para controlar este problema hayan fracasado. El Benadril es básicamente un antihistamínico pero como tiene efectos colaterales escasos, en la práctica pediátrica se usa, a menudo, como sedante. Esta droga es especialmente eficaz con los niños pequeños y puede ser muy útil como sedante a la hora de dormir del niño autista. Los niños autistas mayores responden bien al cloral-hidrato como sedante nocturno (Paluszny, 1991).

Cabe señalar que la medicación para el niño autista tiene un valor muy limitado, ya que las drogas se usan para aliviar síntomas específicos, principalmente para las conductas agresivas o automutilantes, y para sedación nocturna como se mencionó anteriormente. A pesar de esto, la terapia por medio de drogas debe usarse solo como parte de un programa terapéutico total. Es por eso que la terapia de fármacos se considera como normalmente auxiliar de otro tipo de terapias y no una terapia en sí misma. En la actualidad, se puede ver que se están explorando diversas líneas en el tratamiento médico del autismo. Ninguno de estos es un método probado, por lo cual todos deben considerarse experimentales. Otros problemas que se presentan en la utilización de un fármaco experimental son el control real y las precauciones que deben tenerse mientras se aplica el tratamiento. En condiciones experimentales se presta toda la atención posible a los efectos negativos, de manera que éstos puedan controlarse o interrumpir el tratamiento; sin embargo, en la práctica clínica, el control casi nunca está detallado y minucioso, y los efectos negativos menores pueden no ser considerados o si quiera reconocidos hasta que se tornan en problemas muy serios ( Paluszny, 1991).

### **3.2. Modificación de conducta**

Hoy en día, la modificación de conducta es el enfoque terapéutico más utilizado y el que mejores resultados ha obtenido con los niños autistas.

La modificación de conducta está basada en la teoría del aprendizaje, y se enfoca a las perturbaciones del niño sobre las circunstancias externas. El tratamiento tiene por objetivo no descubrir la razón por la que el niño autista no habla o no juega, sino como enseñarle cómo llevar a cabo estas funciones. En este método se siguen varios pasos:

- a) el terapeuta de la conducta debe definir primero las conductas que se modificarán, ya sea una conducta que debe eliminarse o una conducta que debe incluirse.
- b) Identificar las pistas o los estímulos que producen esa conducta.
- c) Diseñar un plan de terapia y
- d) Mediante reforzamientos positivos o negativos en pasos planeados, el terapeuta debe hacer que las respuestas del niño se dirijan hacia la conducta deseada. Al definir las conductas que deben modificarse, es necesario establecer prioridades. Primero, se deben seleccionar los aspectos más críticos para modificar; por ejemplo, a largo plazo , la habilidad para construir el lenguaje quizás se juzgue como la más importante para desarrollar otras habilidades, pero si el niño muestra una conducta agresiva

y tiene expresiones de conducta automutilante, estas deben de tener prioridad. Segundo, después de las conductas peligrosas, la atención debe centrarse en la promoción de otras habilidades del desarrollo, como el lenguaje, el control de esfínteres, o que el niño coma por sí solo. Después de establecer una jerarquía de dichos aspectos específicos, o de las áreas de desarrollo de las habilidades, el terapeuta debe observar al niño con el fin de terminar las señales y los estímulos que producen esas conductas. Si puede identificar esos estímulos, deberá reforzarse lo necesario para desensibilizar al niño de los estímulos provocadores, modificar o eliminar los estímulos. De manera contraria, para promover las conductas deseables, deberá usar como reforzadores los estímulos que eliciten la conducta (Paluszny, 1991).

La terapia de conducta tanto si se aplica en las escuelas, como en los hospitales o en casa y sus técnicas generales de actuación sobre la conducta forman el núcleo de la mayoría de las intervenciones con niños autistas. Los terapeutas conductuales han intentado delimitar los comportamientos fundamentales que, cuando se alteran, generan cambios en conducta relacionadas modificando así aspectos destacados del síndrome. Las intervenciones en la conducta fueron introducidas originalmente para abordar los comportamientos autolesivos de los individuos autistas, incluidos los golpes de cabeza, morderse, pegarse, tirarse del pelo y arañarse en la cara. Las primeras intervenciones en la conducta empleaban la estimulación aversiva, como electrochoques suaves para detener los maltratos a uno mismo y reducir las conductas de auto estimulación y otros comportamientos “estrafalarios”.

En la actualidad, las intervenciones tienden a centrarse en incrementar las interacciones comunicativas y sociales positivas, tanto como en reducir las conductas negativas. En general, las estrategias de tratamiento conductual se diseñan individualmente para cada niño, basándose en la valoración empírica de los excesos y los defectos de su comportamiento, su frecuencia y las situaciones asociadas con la aparición y la continuación de tales conductas (Sigman, 2000).

Una vez que una conducta útil ha comenzado a surgir, incluso en forma elemental, se utilizan para incrementar o afinar la conducta. La terapia de conducta se ha utilizado con éxito para incrementar las habilidades de autoayuda, así como para incrementar la cantidad y calidad del habla.

Lamentablemente, a pesar de estos beneficios, no han logrado mejorar significativamente las anomalías sociales, comunicativas y de imaginación,

porque éstas no dependen de conductas únicas ( por ejemplo, de contacto visual) que puedan incrementarse o disminuirse ( Baron-Cohen, 1993). La modificación de conducta es por el momento, la base de trabajo terapéutico más importante para los niños autistas( Kazdin, 1994).

Existen diversas técnicas de modificación de conducta entre ellas, el enfoque más positivo para tratar de eliminar una conducta negativa es empezar a reforzar al niño por una conducta diferente y positiva. En teoría, cuanto más frecuente se haga la conducta positiva que se refuerza, la conducta negativa será menos frecuente. Por ejemplo, si el niño tiende a auto agredirse puede ser reforzado en el momento en que no se autoagrede, y tal vez sería mejor reforzar a ese niño cuando vuelque su agresividad hacia un juguete o a un objeto del exterior, en vez de herirse a sí mismo.

Antes de describir las técnicas es necesario conocer lo que significa reforzamiento. El reforzamiento se refiere a un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. La consecuencia que precede a la conducta debe ser contingente a la misma. Un evento contingente que incrementa la frecuencia de una conducta se conoce como reforzador. Los reforzadores positivos y negativos constituyen los dos tipos de eventos que pueden utilizarse para incrementar la frecuencia de una respuesta (Kazdin, 1994).

Algunas de las técnicas de modificación de conducta más utilizadas con los niños autistas son las siguientes:

- **Reforzamiento positivo:** se define por sus efectos sobre la conducta, esto si la frecuencia de la respuesta se incrementa cuando le sigue un evento. Los reforzadores positivos son eventos que se presentan después de una respuesta desempeñada y que incrementa la frecuencia de la conducta a la que siguen.

Existen varios tipos de reforzadores positivos, específicamente primarios, o incondicionados, y secundarios o condicionados. Los eventos que actúan como reforzadores primarios adquieren su valor reforzante sin un entrenamiento especial; la comida y el agua son ejemplos de estos reforzadores. El reforzamiento positivo representa la base principal de las técnicas conductuales y consiste en reforzar o premiar aquella conducta que queremos que se incremente en el repertorio de un individuo.

Dentro de los reforzadores condicionados se encuentra:

- Economía de fichas: las fichas son reforzadores condicionados como las monedas, boletos, estrellas o marcas de revisión ( ); son reforzadores generalizados ya que pueden intercambiarse por diversos eventos reforzantes conocidos como reforzadores sustituidos. El reforzamiento basado en fichas se denomina economía de fichas, y estas funcionan de la misma manera que el dinero en los sistemas económicos nacionales. Las fichas ganadas se utilizan para comprar reforzadores sustituidos, que incluyen varios bienes y servicios, por lo general estos incluyen comida y otros consumibles, actividades y privilegios, las conductas blancas se hacen explícitas, como en la mayoría de los programas de reforzamiento junto con el número de fichas que se administraron por su ejecución. El empleo de fichas posee una historia que procede a la modificación conductual en escenarios institucionales como escuelas, hospitales y prisiones, aunque las aplicaciones actuales reflejan un mayor entendimiento sobre cómo opera el reforzamiento y de qué manera se logran y mantienen los cambios conductuales. Las fichas pueden intercambiarse por algunos privilegios (por ejemplo, oportunidades para interactuar socialmente con el personal, ver películas, mejoramientos en los servicios de la habitación y comprar artículos en la tienda del pabellón) (Shea, 1998).

En los programas de modificación conductual se emplean con frecuencia reforzadores en forma de fichas.

- Reforzamiento negativo: es un procedimiento alternativo para incrementar la conducta.

El reforzamiento negativo se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta al retirar un evento aversivo inmediatamente después de que se ha realizado la conducta. El reforzamiento negativo requiere un evento aversivo actual que pueda retirarse o terminarse después de que se ha realizado una respuesta específica. El evento aversivo está simplemente allí o presente en el ambiente. Una vez que el evento se encuentra presente, entonces alguna conducta puede detenerlo o terminar con él, y esta conducta está negativamente reforzada ( Kazdin, 1994).

Los reforzadores negativos (también conocidos como eventos aversivos o estímulos aversivos) son eventos que se retiran después de realizada una conducta y que incrementan la conducta que precede a su retiro.

- Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: es el reforzamiento positivo sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco hasta que ésta se instituye. Se utiliza para establecer conductas que no han sido exhibidas en el repertorio del individuo.



Requiere reforzar conductas presentes en el repertorio del individuo que se parecen o se aproximan a la meta final.

- Modelamiento: es una de las formas más comunes de aprendizaje humano y se logra mediante los procesos de observación e imitación. Todos los padres y los maestros pueden identificar una variedad de conductas aceptables e inaceptables exhibidas por sus hijos o alumnos que son imitación de sus conductas personales. Esta forma de aprendizaje se ha llamado, modelamiento, aprendizaje por observación, imitación, aprendizaje vicario. Como método de modificación de conducta, se muestra al niño una conducta individual o de grupo para que éste lo imite y se refuerza su manifestación. Este es uno de los métodos de modificación de conducta más antiguos y utilizados con más frecuencia ( Walker, 1998).
- Castigo: es la presentación de un nuevo evento aversivo o el retiro de un evento positivo que precede a una respuesta, lo cual decrementa su frecuencia. El uso del castigo es muy controvertido ya que se supone causa dolor físico; otra consideración en el uso del castigo como instrumento para cambiar la conducta de los niños es que éste no elimina realmente la conducta en cuestión; sino simplemente da por resultado una supresión de esa conducta mientras están presentes los estímulos aversivos condicionados. Una vez que estos se eliminan, la actitud castigada probablemente vuelva a aparecer, especialmente si se presentan otras circunstancias que la refuercen. Por eso, antes de proceder a aplicar el castigo, deberán intentarse otro tipo de técnicas (Ross, 1994).

De acuerdo a Lovaas (1977, citado en Ross, 1994 pág.99) uno de los casos con el que podemos ejemplificar algunas de las técnicas anteriores es el del entrenamiento de lenguaje en niños autistas.

El entrenamiento de lenguaje se hace de acuerdo a una serie de pasos organizados en una jerarquía que va de lo más fácil hasta lo más difícil .

- Paso 1: con niños que carecen del todo del lenguaje, el entrenamiento comienza con la producción de sonidos del lenguaje o de palabras. El medio para lograr esto es hacer que el maestro modele el sonido que el niño debe imitar. Este paso se basa considerablemente en el uso de reforzamiento positivo y continuo y del contacto físico, se incluyen la instigación y el moldeamiento. El niño aprende a igualar las expresiones orales de los demás, pero a este nivel las vocalizaciones no tienen significado. Una vez que el niño puede producir diez palabras reconocibles, se inicia el paso 2 y se procede simultáneamente con el

paso 1, cuya meta es desarrollar una amplia variedad de conductas verbales complejas.

- Paso 2: en este caso, la meta es enseñar al niño a utilizar las palabras que ha aprendido y a pronunciarlas como distintivos para los eventos específicos, como los son los objetos y las actividades cotidianas. Una vez que se dominan algunos de tales distintivos, se les debe utilizar para contestar preguntas como “¿qué cosa es?”, así como para expresar peticiones sencillas y responder a instrucciones simples.
- Paso 3: ahora el niño tiene que añadir nombres (distintivos) a los conceptos abstractos de los nombres para los objetos y las actividades aprendidas en el paso anterior. Los pronombres, las preposiciones, los conceptos de tiempo, los colores, las formas y los tamaños son, todos ellos, abstracciones, en el sentido de que están relacionados con muchos objetos diferentes que comparten la misma cualidad. Entre los términos que han de enseñarse en este paso, también se hallan conceptos tales como lento y rápido, más y menos, igual y diferente, sí y no.
- Paso 4: el progreso en los pasos 2 y 3 se combina gradualmente en la meta del paso 4 que Lovaas llama conversación. En este caso la interacción entre el maestro y el niño se convierte en un intercambio verbal en el cual se hacen preguntas y se dan respuestas. Esto comienza con intercambios tan sencillos como cuando el maestro pregunta “¿cómo te llamas?” y el niño le responde.
- Paso 5: este paso está diseñado para enseñar al niño a buscar información, por ejemplo, qué se va a servir a la hora de comer o cuando terminará la escuela. Al mismo tiempo, este paso tiene la finalidad de desarrollar la habilidad de proporcionar información en respuesta a una pregunta y a aprender a decir “no sé”.
- Paso 6: esta no es una etapa que deba esperar la terminación de los pasos anteriores para iniciarla, ya que trata del desarrollo de las habilidades gramaticales. En gran medida, recurriendo al modelamiento, los ejercicios y la corrección, el maestro transmite al niño ciertas reglas básicas acerca de cómo combinar las palabras para formar oraciones gramaticales.
- Paso 7: en este paso se comienza a enseñar al niño a decir lo que ha ocurrido hace apenas unos cuantos segundos y le lleva, siguiendo pasos graduales, a hacer descripciones acerca del día anterior. Esta habilidad permite al niño comunicarse con otra persona.
- Paso 8: la meta consiste en ayudar al niño a aprender a utilizar el lenguaje para formar oraciones que no son respuesta directa a una pregunta específica. En tanto que los pasos anteriores tenían como meta

hacer que el niño nombrara o describiera eventos específicos, ahora la finalidad es usar el lenguaje de una manera más espontánea.

- Paso 9: esta es una extensión del paso anterior, Lovaas lo llama “narración de cuentos”. La finalidad es hacer que el niño comunique ideas que no están directamente relacionadas con estímulos inmediatos y concretos, sino que suponen una combinación de diferentes experiencias. El elaborar historias raya en la fantasía y sirve para expresar ideas e imágenes privadas, es el uso creativo del lenguaje (Ross, 1994).

Otras técnicas que se pueden utilizar son:

\* Corrección verbal: consiste en repetirle al niño la instrucción dada con un ¡no! Antepuesto. Éste puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado. El no suave se aplica bajando el tono de voz, mientras que el no fuerte se hace con un tono más alto. Una variante de ésta técnica es suprimir la palabra ¡no! Haciendo un mayor énfasis en la instrucción aplicando un tono distinto de voz ( más grave) y marcando las sílabas (instigación verbal).

- Corrección física: es llevar al niño a realizar la habilidad esperada, no dada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Es llevar al niño físicamente a realizar la conducta, debe de ir acompañado de cierta fuerza, teniendo cuidado muy especial de no causar dolor ni lastimar al niño ( instigación Física).
- Encadenamiento: en la mayoría de las conductas consisten en una secuencia de varias respuestas a las cuales se les denomina cadena. Las partes componentes de una cadena generalmente representan respuestas individuales que ya existían en el repertorio del sujeto; aunque la cadena representa una combinación de respuestas individuales ordenadas en una secuencia particular. Por ejemplo, una cadena conductual que ilustra el ordenamiento de las respuestas componentes es “vestirse”, dicha acción es un conjunto de conductas que suelen entrenarse en niños con grave retraso mental. Se puede identificar una secuencia de conductas, aunque esto puede variar dependiendo de las habilidades específicas del individuo. Por ejemplo, la secuencia puede incluir conductas como tomar la ropa de la gaveta, colocarla sobre la cama, ponerse la camisa y demás artículos de vestir. Este ejemplo refleja cadenas conductuales ya que comprenden diversas respuestas individuales enlazadas en un orden específico ( Kazdin, 1994).

Existen muchas secuencias de cadenas conductuales en la vida diaria, suelen ejecutarse largas secuencias cuando el reforzador solo aparece hasta

el final de la cadena. Un claro ejemplo es hacer una dieta, estudiar para un grado avanzado, prepararse para una competencia. Todas estas conductas requieren de una serie de respuestas intermedias antes de que se logre el evento reforzante final.

Finalmente, tanto el moldeamiento como el encadenamiento son apropiados para desarrollar nuevas conductas. El encadenamiento a menudo funciona entrenando la respuesta final en una secuencia, construyendo conductas previas para desarrollar unidades más grandes, no como en el moldeamiento que la meta es desarrollar una respuesta terminal. En el encadenamiento, las conductas individuales desarrolladas de manera inicial en el entrenamiento son evidentes cuando se ha concluido el entrenamiento ( Kazdin, 1994).

- Extinción : se llama extinción a la discontinuación o eliminación del reforzador positivo de una conducta que anteriormente se reforzaba, ésta es efectiva en la medida en que el maestro o padre sean constantes y persistentes al llevar a cabo la intervención. La forma más efectiva de extinguir una conducta reforzada con anterioridad, es ignorándola, el no reforzamiento de una respuesta da como resultado su reducción o eliminación. En la extinción, ninguna consecuencia sigue la respuesta, un evento no se retira ni se presenta. En la vida diaria, la extinción generalmente toma la forma de ignorar una conducta que anteriormente se había reforzado con atención. Este tipo de técnica no se recomienda en el caso de niños autistas (Garza, 2004).
- Saciedad : No se considera una técnica pero si una herramienta muy útil para disminuir ciertas conductas inapropiadas. La saciedad es la disminución o eliminación de una conducta inaceptable como resultado de un reforzamiento continuo y aumentado de la misma. La saciedad ocurre en forma más común de lo que generalmente se conoce. Es tan cotidiana que con frecuencia no nos damos cuenta de sus efectos sobre nuestra conducta. Muchos de nosotros practicamos con tal regularidad algunos deportes y actividades recreativas que casi siempre nos saciamos y en consecuencia los abandonamos. La saciedad es la realización continua y aumentada de la conducta inadecuada.

Esta herramienta es muy aversiva y se recomienda agotar los demás recursos antes de que se decida aplicarla. Una vez que se programa se debe ser constante y aplicarse cada vez que se presente la conducta inadecuada (Ross, 1994).

- Reforzamiento de conductas incompatibles: consiste en reforzar una conducta que sea contraria a la conducta inadecuada y que evita que suceda. Básicamente, es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que se desee erradicar. Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda aplicarlo antes que los demás.

Al aplicar esta técnica debemos de tomar en cuenta :

- La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.
- Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad.
- Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta inadecuada, ésta debe ser totalmente contraria y que haga imposible que se desencadene la segunda ( Kazdin, 1994).

La conducta incompatible suele ser lo opuesto directo de la conducta no deseada. Al incrementar la frecuencia de una conducta incompatible se decrementa la conducta no deseada. Este procedimiento se centra en reforzar conductas que son incompatibles o compiten con la respuesta no deseada. Por lo general, es muy fácil seleccionar una respuesta incompatible que pueda reforzarse. Por ejemplo, si un niño pelea con sus hermanos en casa, puede darse reforzamiento a aquellas conductas con juegos cooperativos ( Ross, 1994).

### **3.3. Padres como terapeutas y terapia de desarrollo social**

Es difícil separar aquello que constituye la relación padre-hijo. El rol de los padres va acompañado de muchos otros roles. Esto es válido para todas las relaciones padre-hijo; por ejemplo, el padre de un niño normal que enseña a cruzar la calle volteando él mismo a ambos lados antes de hacerlo, está actuando como maestro.

Han aparecido diversos estudios respecto del desarrollo de programas basados en el hogar que utilizan a los padres como terapeutas. Aunque se han empleado diferentes nombres para tal programa – cambio social ( Kozloff 1973, citado en Paluszny, 1991 pag.105), Terapia de desarrollo (Schopler y Reichler 1971, citado en Paluszny, 1991 pág.105), y programa básico del hogar ( Howlin y colaboradores 1973, citado en Paluszny, 1991 pág.106), la mayoría se basa en principios de modificación de conducta. Regularmente, la evaluación completa se realiza en torno a las habilidades y deficiencias del niño. Las percepciones de los padres del niño se determinan mediante

entrevistas, cuestionarios y la observación directa. Se entrena a los padres de varias maneras, mediante la observación de los profesionales que explican sus técnicas, o por la participación directa en el proceso de entrenamiento o, eventualmente, por visitas semanales de seguimiento con el personal de entrenamiento. En la mayoría de estos programas, las sesiones de tratamiento generalmente se centra en la disminución de conductas inapropiadas y la promoción del desarrollo de las habilidades.

Schopler y Reichler (1971, citado en Paluszny, 1991 pág.105) pusieron en marcha un programa basado en muchos de los principios generales mencionados como parte común de los programas en los que se emplean a los padres como terapeutas. Existe un periodo inicial de observación/entrenamiento y de ahí en adelante se vigila y controla la terapia hecha en casa. Además de mostrar al terapeuta profesional cómo trabaja el padre o la madre con el niño en casa durante las sesiones estructuradas, los padres se encuentran con él en otra hora para discutir los problemas cotidianos que no se relacionan inmediatamente con las sesiones estructuradas, como las perturbaciones del sueño o el control de esfínteres. Estas sesiones se relacionan con cuatro áreas:

- a) Relaciones humanas: en ésta área se alienta al niño a relacionarse con el adulto y no se le permite que evite esta interacción. Se previenen conductas como la autoestimulación, el aislamiento, el tratar de huir, mientras que los contactos iniciales se refuerzan con comida, juguetes o con otros medios.
- b) Motivación a la aptitud: la meta es ayudar al niño a desarrollar placer e interés por sus juguetes y sus materiales educativos. Se alienta al mismo tiempo la exploración y otras habilidades necesarias para jugar.
- c) Funciones cognoscitivas: el énfasis mayor se encuentra en el desarrollo de la comunicación tanto receptiva como expresiva, lo cual se tiene que adaptar a cada niño de manera individual. Puede ser que un niño se dedique primero a las conductas imitativas, mientras quizá otro empiece a ser alentado para hacer sonidos o identificar objetos por su nombre.
- d) Funcionamiento perceptual motor: la coordinación y la conciencia que el niño tiene de su cuerpo se promueve mediante los ejercicios motores gruesos. Schopler y Reichler (1971) encontraron que los niños autistas, generalmente, trabajan mejor en situaciones estructuradas, sin embargo, el grado de estructuración necesaria estaba

relacionado con el nivel de desempeño del niño. A medida que el nivel del desempeño del niño autista era más bajo, la estructuración necesaria era mayor, mientras que a un niño con desempeño alto podía manejar menos estructuración ( Paluszny, 1991).

### **3.4. Terapia de intercambio social**

Para el propósito de la terapia, Kozloff (1973, citado en Paluszny, 1991, pág. 105) describe al autismo como una serie de conductas que pueden modificarse. La conducta es un intercambio en la que participan los padres y el niño autista, y los intercambios pueden ser iniciados o recíprocos, es decir, contestados. Los padres inician un intercambio por medio de una “señal de intercambio”: ya sea por una orden (“haz tu cama”) o mediante un convenio (“cuando hagas tu cama podrás salir a jugar”). En cada caso, los padres anticipan la complacencia a la obediencia y se les alienta a expresar sus expectativas en esta forma; sin embargo, cualquiera de los padres puede iniciar un intercambio por medio de la pregunta “¿podrías hacer tu cama?” la cual da al niño la oportunidad de obedecer o no obedecer. Por ello, se enseña a los padres a no usar este tipo de intercambio. Después que el padre ha efectuado una petición, el niño contesta de manera que obedece o no. Así pues, el padre recíproca e inmediatamente gratifica la conducta (ya sea con reforzamiento tangible, comida o juguetes, o no tangibles, como un elogio o un cariño). Si el niño no obedece, el padre deberá tener mucho cuidado de no reforzar la conducta por medio de una atención negativa. El padre puede también castigar al niño por medio de nalgadas o retirarle algo que el pequeño considere de valor. Inicialmente, se enseña a los padres tales formas de actuar por medio de la observación o de la participación en la clínica. Después, el programa se traslada al hogar, se selecciona un cuarto con pocas distracciones dentro del hogar y se efectúan sesiones normalmente a la misma hora, todos los días el padre o la madre debe sentarse cerca del niño y, mediante el empleo de reforzadores comestibles o de otro tipo, deberá seguir paso a paso la técnica de enseñanza de las diversas habilidades del niño. Algunas de las áreas en las que se trabaja específicamente son: el contacto ojo a ojo, el desarrollo de la conducta constructiva (enseñar al niño a jugar y otras habilidades principales mediante el aprendizaje de la

manipulación de objetos), la imitación motora y la terapia de lenguaje ( Paluszny, 1991).

Podemos notar que estos tipo de terapia pueden ser parte de la modificación de conducta ya que son similares en muchas de sus características como por ejemplo, en ella participan los padres y los profesionales, utiliza reforzadores para incrementar o decrementar conductas en el niño, con la única diferencia que la terapia de intercambio social solo se centra en dar órdenes o generar intercambios por los que el niño obtendrá algo deseado.

### **3.5. Tratamiento diurno**

La combinación de escuela y terapia, ejecutada en una situación de base diaria, es el enfoque ideal para ayudar a muchos niños autistas. Esto puede hacerse en una clase especial, pero es más eficaz cuando se lleva a cabo en una unidad especial. En el salón de clase, el niño queda limitado a esa sola área, un programa congruente no se puede mantener en un área para tomar alimentos, ni en un patio de juegos, donde hay niños con características muy diversas. Una unidad especial, que consista en una escolaridad especial con intentos terapéuticos probablemente es mejor. La unidad de tratamiento diurno típica funciona 5 días a la semana, y cada niño lleva su programa de 5 a 6 horas diarias. Durante este tiempo, el mayor énfasis recae en el aprendizaje cognitivo, y también en el aprendizaje de conductas sociales más apropiadas y aceptables. Para este propósito, a menudo se usa una forma de modificación de conducta que destaca el reforzamiento positivo más que el que se aplica en forma negativa. La terapia de lenguaje suele emplearse como parte del programa de entrenamiento del habla, y la terapia ocupacional se usa para ayudar a la coordinación, la exploración de límites físicos y el incremento de la conciencia del propio cuerpo (Paluszny, 1991).

Por otro lado, la tarea del maestro es más fácil si el niño tiene una conducta social razonable, si puede alimentarse, lavarse y vestirse por sí mismo, pero con frecuencia deberá comenzar por enseñar tales habilidades. Una vez establecida esa conducta básica el maestro puede proseguir con lo demás. Los métodos de enseñanza han sido adaptados a las desventajas de los niños y utilizan muchas técnicas que se emplean con niños ciegos, sordos y afásicos ( Wing, 1988).

Finalmente, 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. Se ha comprobado que hay un notable progreso en un ambiente estructurado. Es más fácil proporcionar estas condiciones en escuelas especiales y más difícil disponerlas en escuelas para niños normales o que presentan otro tipo de incapacidad.

De acuerdo a Wing (1988) la educación (practicada en la escuela y en el hogar) es probable que obtenga su mayor éxito si se aplica a objetivos realistas ya que todos estos niños permanecen en desventaja durante toda la vida en mayor o menor grado. Los objetivos de la educación se pueden resumir en cuatro grupos: el primero es ayudar al niño a convertirse en un miembro aceptable de la sociedad pero que pueda vivir con su propia familia o en algún otro ambiente comunitario; el segundo, enseñarle al niño a compensar sus desventajas, pues necesita que le indiquen formas de enfrentar al mundo que estén a su disposición y cómo desarrollar lentamente las habilidades de modo que no se sienta frustrado por lo que no puede hacer; tercero, es consecuencia del segundo y consiste en educarlo para que pueda encontrar alguna clase de empleo y un rol positivo en la vida como adulto; el último objetivo es acrecentar la comprensión del mundo que tenga el niño, para producir algún orden entre el caos y con ello permitirle encontrar algún placer y goce de la vida.

### **3.6. Psicoterapia para padres**

Como resultado de la teoría psicógena del autismo ciertos psiquiatras y psicoanalistas propusieron la psicoterapia para padres con niños con autismo. Esta psicoterapia se basa en la idea de que los padres habían de mejorar como padres para permitir que su hijo se desarrollara emocionalmente y la psicoterapia era la vía para establecer tal desarrollo. Sin embargo, ni la presunción de que los padres causan el autismo, ni la afirmación de que la psicoterapia para padres conduce al desarrollo emocional de su hijo, han recibido apoyo (Bowen, 1989).

Esto no significa que la psicoterapia carezca de valor para los padres, o para las propias personas con autismo. Su principal valor en el contexto del autismo es la provisión de orientación, de apoyo y la superación de los periodos difíciles y las depresiones que estos pueden provocar.

Se recomienda la psicoterapia para padres ya que los profesionales de la educación especial saben qué necesidad tienen estos al enterarse de que tienen un hijo especial, es necesario que lo conozcan bien para

educarlo y controlar su conducta. Además, el diagnóstico de algún rasgo muy especial en alguno de sus miembros es una ocasión traumática para cualquier familia. Este inesperado suceso tiene efectos drásticos en la madre, el padre y los demás hermanos del individuo afectado. Modifica su conducta personal y por ende el modo en que se relacionan mutuamente, y también afecta la manera en que interactúan con las personas que los rodean. Aunque los efectos iniciales del diagnóstico de discapacidad son sentidos principalmente por los padres, y especialmente la madre, pronto se transmiten al resto de la familia.

Por este motivo, consejeros y médicos conocen varias reacciones emocionales graves frente al diagnóstico de discapacidad. Algunas de ellas son el shock, la incredulidad, el rechazo, la culpa, la vergüenza, el miedo, la separación, el aislamiento y la frustración. Estas reacciones parecen ser respuestas humanas naturales a tal diagnóstico. Es necesario “pasar por” estos estados emocionales antes que el hecho especial pueda ser aceptado por los padres (Shea, 1986).

Es muy grande la necesidad de asesoramiento y de ayuda individual y familiar durante este periodo emocional. Una vez que los miembros de la familia, especialmente la madre y al padre, han aceptado el hecho de que su hijo está discapacitado, comienza a transitar el difícil proceso de encontrar consejos y guías prácticas para criarlo. Durante muchos años los padres necesitarán los siguientes tipos de asistencia:

- Constante respaldo para sus sentimientos personales respecto al hijo especial y respecto de sus sentimientos sobre las reacciones que el niño suscita en el resto de la familia y sus terceros.
- Conocimiento de desarrollo del niño y de principios y prácticas de crianza en cuanto se relacionen con su hijo.
- Conocimiento y capacitación en el contenido, los métodos y las secuencias de aprendizaje que pueden ser lo más útiles para ayudar al niño en sus esfuerzos para realizar plenamente su potencial (Shea, 1986).

Se recomienda la psicoterapia para padres debido a que hay una verdadera necesidad de apoyo, educación y capacitación para los padres de hijos especiales; también es indispensable no solamente por que responde a las necesidades percibidas por los padres, sino que también tienen un notable efecto positivo en el trato que les dan a sus hijos.

Entre las psicoterapias figura la psicoterapia analítica, más que otro método terapéutico, la psicoterapia debería de ser individual y adaptarse netamente al caso que cada individuo represente, pero en la actualidad toma formas cada vez más colectivas. El recurso de la psicoterapia se justifica por el hecho de que todo enfermo mental, cualquiera que sea la concepción etiológica que se tenga de los trastornos, se encuentra sumido en un conflicto con la realidad social que lo rodea. Por otro lado, la hipótesis básica del psicoanálisis es la de una falta de relación afectiva entre la madre y el niño, y esto desde apenas nacido. La tarea del psicoterapeuta es doble: se dirige a los padres del niño para hacerles conscientes la verdadera causa según el, de los trastornos psicóticos, que son una respuesta a la actitud frustrante parental y los ayuda a introducir un cambio en esas relaciones; actúa después sobre el niño.

Todo el peso de las relaciones psicoterapéuticas está puesto sobre la manera de abordar al niño y de saber reaccionar antes sus trastornos. En las prácticas terapéuticas es realizar una regresión hacia las fases más primitivas del desarrollo de la personalidad y del yo ( Brauner, 1981).

Gisbert (1988) señala alguna diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia:

PSICOANALISIS	PSICOTERAPIA
-Procedimiento de investigación de inconsciente.	-Procedimiento terapéutico
-Objetivo: hacer consciente lo inconsciente, lograr cambios estructurados permanentes.	-Objetivo: reestablecer un equilibrio perdido
-Situación “experimental”	-Situación terapéutica
-Se promueve una regresión útil	-Sin regresión
-Aparecen resistencias transferenciales, que son utilizadas para la interpretación.	-Se evitan las resistencias transferenciales
-Hay una ambigüedad en el campo dinámico bipersonal.	-Hay una definición del campo dinámico interpersonal, con roles definidos de terapeuta y paciente
-Se da un proceso analítico que se desarrolla por sí mismo.	-Se programa un plan terapéutico controlado

Tabla 3. Diferencias significativas entre psicoanálisis y la psicoterapia.

Por otro lado, se han intentado la psicoterapia y hasta el psicoanálisis con los niños autistas, pero no existen pruebas de que sean eficaces para curar y ni siquiera para disminuir las desventajas.

Las técnicas psicoterapéuticas presuponen el desarrollo del lenguaje y la capacidad de simbolizar y éstas son habilidades de las cuales carecen visiblemente los niños autistas. El uso de éstas técnicas que alientan a la “regresión” (por ejemplo, dar el biberón a un niño de 7 años para alentarle a volver y a “comenzar de nuevo”) parece particularmente inadecuado para ellos. Esta teoría consiste en que el niño tiene que volver a la etapa anterior al trastorno sufrido en su desarrollo; entonces le será posible “comenzar de nuevo” y evolucionará normalmente. Sin embargo, no existen evidencias científicas de que éstas técnicas sirvan de ayuda. Los métodos que más éxito han alcanzado son aquellos que tratan de auxiliarlos para que marchen hacia delante en su desarrollo y no hacia atrás. Los profesionales que sostienen ciertas teorías por las cuales se atribuye a los padres “causar” el autismo de sus hijos, posiblemente recomienden que estos padres se sometan a psicoterapia o a psicoanálisis, con el fin de ayudar indirectamente al niño (Wing, 1988).

### **3.7. Terapia de juego**

Dentro de la psicoterapia para niños se encuentra la terapia de juego y se utiliza para llegar a encontrar algún dato importante acerca del desarrollo de su problema.

La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego; en el juego, el niño tiene la oportunidad de actuar todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor y confusión. El juego es la forma de autoterapia del niño mediante la cual con frecuencia se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos. La terapia de juego es adecuada para niños entre 4 y 11 años, los niños a los que se refiere la terapia de juego presentan problemas emocionales, conductuales o ambos tipos. Pueden presentar problemas para controlarlos, retraimiento, bajo rendimiento escolar, dificultades del desarrollo, aunque no existan problemas físicos o médicos. Los niños

perturbados pueden no haber tenido la oportunidad de satisfacer las necesidades de juego y tal vez se saltaron una etapa que en un ambiente terapéutico, tienen la oportunidad de experimentar. Cuando se les deja completamente libres, los niños perturbados con frecuencia presentan regresión y revierten a juegos de una etapa anterior del desarrollo, quizá indiquen con ello dónde estuvieron los puntos problemáticos ( Axline, 1974).

Sin embargo, a pesar de que la terapia de juego es de gran importancia en el trabajo con niños, no es recomendable aplicarse a niños con problemas graves de aprendizaje, ya que éstos pueden responder de manera más efectiva a una forma alternativa de trabajo de juego. En el caso de niños autistas no se recomienda debido a que estos niños tienen problemas para diferenciar la fantasía de la realidad. Algo muy importante es que si se aplica, el trabajo con éstos niños sólo lo deben emprender terapeutas calificados y con experiencia. Tampoco se recomienda este tipo de terapia para niños con conductas desadaptativas aprendidas resultantes de una disfunción familiar, a niños demasiado pequeños o demasiado grandes.

Se menciona este tipo de terapia ya que puede ser útil cuando los niños presenten lenguaje.

### **3.8. Terapia familiar**

A la familia no se le daba mucha importancia ya que la teoría psicoanalítica solo se basaba en el estudio detallado del paciente individual. Los conceptos relativos a la familia provenían de las percepciones del paciente más que de observaciones directas de la familia. Desde esta postura teórica el foco de atención estaba centrado en el paciente, mientras que la familia quedaba al margen del campo inmediato de interés teórico y terapéutico. La relación simbiótica creada entre una madre y su hijo representan un fragmento de una de las versiones más intensas. El padre se halla igualmente implicado con la madre y con el hijo, y los otros hijos participan, en menor medida, con diversos grados de intensidad y lo más importante a tratar en estos casos es el proceso emocional que acontece dentro de la masa familiar (padre, madre e hijos) en forma de pautas fijas de reactividad emocional. En situaciones de estrés, el proceso puede envolver a toda la familia (Ackerman, 1981).

Cuando la familia participa más, la terapia va más de prisa. El procedimiento de tratar a varios miembros de la familia juntos, con cualquier método o técnica, plantea una gama de cuestiones y aspectos que no se encuentran en otras formas de terapia. Estos aspectos se derivan de la premisa de que el problema emocional afecta a toda la familia, no solamente al paciente enfermo. Las grandes ventajas de la terapia de grupo familiar es el hecho de que se puede emplear como procedimiento a corto plazo. Alcanza su más elevada eficacia cuando el terapeuta y la familia poseen en mente una meta objetiva, tal como mejorar la comunicación familiar o comprender el trauma de un miembro singular en la familia. Este tipo de terapia incluye a los padres y a todos los hijos que pueden participar atentamente además de otros miembros de la familia que estén dispuestos a asistir a las sesiones ( Bowen, 1989).

Si se considera la psicoterapia para los individuos con autismo, es preciso no olvidar que es poco probable que sea de alguna utilidad a quienes carecen de habilidades de lenguaje suficientes. La técnica alternativa no verbal es la terapia por el juego. Esta práctica es útil para ayudar a los niños con autismo a controlar la ansiedad y jugar más creativamente, pero puede ser contraproducente si el terapeuta realiza interpretaciones del juego del niño que pueden llegar a confundirlo (Baron-Cohen, 1993).

### **3.9. Grupos de autoayuda**

Los grupos de autoayuda no se consideran como una terapia en sí, sin embargo, son de un gran apoyo para las demás terapias ya que estos grupos cuentan con la participación de varios profesionales y sobre todo por padres de familia que se ayudan entre sí para poder brindarle al niño un ambiente favorable para su desarrollo.

Existen instituciones en las que se brinda el apoyo necesario tanto a padres como a niños autistas. Una de ellas es **C.L.I.M.A** (Clínica Mexicana de Autismo), es una asociación civil constituida por profesionales y padres de familia, se ubica en calle Van Dick núm.66 colonia Nonoalco “Mixcoac” del. Benito Juárez c.p. 03700. Tél:56118541. **C.L.I.M.A** se orienta a crear un ambiente terapéutico para cada niño, un entorno de enseñanza y apoyo para las familias y un continente de conocimiento para los profesionales. Su misión es incorporar a los niños y adolescentes autistas en el desarrollo de la

sociedad a través de programas y actividades especializadas. En esta misión se incluye la integración de los familiares para lograr una mejor convivencia, con el fin de dar prioridad a la dignidad y los derechos de la persona autista.

### **3.10. Terapias alternativas**

En los últimos años ciertos tratamientos psicológicos alternos han tomado mucha importancia debido al éxito que han tenido en el tratamiento del autismo. A continuación mencionaremos los más importantes:

#### **3.10.1. Terapia de contención**

La terapia del abrazo o de contención ha sido desarrollada por Martha Welch en Nueva York y se practica en diversos centro de todo el mundo. Esta terapia alienta a los padres a mantener abrazado al niño durante largos periodos de tiempo, incluso si éste protesta e intenta escapar. Al utilizar esta técnica de abrazo forzado el niño finalmente deja de resistirse y algunos padres informan que los niños comienzan a explorar la cara de los padres y a establecer un contacto visual mejor. También existen informes de padres que indican que puede producirse una mejoría en la comunicación y las relaciones sociales. Algunos de los niños con autismo que muestran rechazo logran tolerar ser abrazados; otros que inicialmente mantenían poco contacto visual, logran desarrollar la capacidad de mantenerlo durante periodos más largos. Pueden producirse también beneficios para los padres. Muchos informan que se sienten físicamente más próximos al niño y algunos han indicado que, por primera vez, el niño muestra verdadero afecto. Sin embargo, también es necesario considerar las posibles desventajas; la principal parece ser que, según las observaciones, muchos niños con autismo reaccionan al abrazo forzado como si les produjera aversión- intentan escapar-. Aún no hay pruebas de que la terapia del abrazo cure el autismo, sin embargo, puede que algunas conductas cambien ( Baron-Cohen, 1993).

Por otro lado, abrazar es una conducta humana natural instintiva que han realizado los seres humanos desde que existen. El bebé siente el primer abrazo al nacer, cuando su madre lo recibe en brazos. Su

necesidad es quedarse así junto a ella el mayor tiempo posible. Comparando con el resto de los mamíferos, el infante humano nace fisiológicamente prematuro y es el que más depende de su madre para sobrevivir. Por esta razón, necesita seguir junto a ella en una especie de embarazo externo, y que la madre lo mantenga abrazado o cargado la mayor parte del tiempo posible. Su necesidad esencial como recién nacido es continuar unido o pegado al cuerpo de su madre ( Rincón, 2001).

Un ejemplo de esto son las madres de culturas indígenas o de la población rural que satisfacen de forma instintiva esta necesidad. Por medio del rebozo proporcionan al hijo recién nacido una situación muy parecida a la experiencia intrauterina: se sienten apretados en un espacio reducido y están junto al cuerpo de la madre, oyendo los latidos de su corazón, sintiendo su ritmo y movimiento. Todas estas sensaciones recuerdan al bebé su estancia en la madre y por tanto le dan confianza y seguridad.

Esta convivencia de intensa cercanía entre la madre y su hijo favorece profundamente su vinculación. Es necesario que el niño la perciba con todos los sentidos, y sobre todo, que pueda descubrirla y sentirla. Mediante esta cercanía física el niño empieza a tener experiencias de índole corporal, sensorial, emocional y mental, que serán básicos para el desarrollo de su personalidad ( Rincón, 2001).

Cabe resaltar que en nuestra sociedad “civilizada” no existe la costumbre de que los niños sean cargados en rebozo ya que no se adapta al tipo de vida de las madres que viven en las ciudades. Otro aspecto importante, es que con frecuencia los niños son mandados al jardín de niños antes de cumplir los dos años, es decir, en plena etapa de vinculación. En estos casos la vinculación madre-hijo se ve afectada, lastimada o interrumpida y a raíz de ello surgen trastornos en el niño que luego se vuelven crónicos; es entonces cuando se debe introducir al abrazo en forma de terapia.

El primer objetivo de este abrazo terapéutico es reestablecer o curar la vinculación deficiente o herida, dada la importancia y trascendencia de esta primera relación de nuestra vida. Cuando un niño crece sin satisfacer esa necesidad, no solo la relación entre hijo y madre resulta deficiente y enferma, si no que el niño pasará el resto de su vida buscándole abrazo o la cercanía que le faltó. Originalmente la terapia de contención fue practicada con niños



autistas en Nueva York por la doctora Martha Welch. En Alemania, la psicóloga Jirina Prekop descubrió posteriormente que no solo es esencial para el manejo de pequeños y grandes problemas en las relaciones cotidianas con los niños ( Baron-Cohen, 1993).

El psiquiatra infantil argentino Carlos Wernicke fue el primero en integrar la terapia de contención en el tratamiento de niños autistas en América Latina. Las conductas importantes en esta terapia son: evasión, retraimiento, aislamiento y conductas estereotipadas. Prácticamente en todas las formas de expresiones del autismo la vinculación con la madre fue profundamente lastimada, interrumpida o rota. Al no haber madre disponible, el niño acude a auxiliares que le ofrecen una habituación simbiótica, pero no tiene capacidad de elaboración y no cuenta con control cortical sobre los estímulos externos que llegan a través de los sentidos, su mundo se vuelve un caos. El abrazo de contención brinda al niño la posibilidad de recomenzar lentamente su reorganización personal, dentro de estrechos límites corporales.

El abrazo de contención es, para un niño con este problema, una manera de colmarlo de seguridad. A pesar de esto, la terapia de contención no soluciona aspectos orgánicos y no reemplaza la psicoterapia, además tiene un enfoque holístico, el cual considera al ser humano como un todo y deja de lado la burla división cuerpo-mente. Operar de modo holístico implica incluir:

- Eje histórico: historia generacional, familiar, intrauterina
- Eje de la actualidad: todas las áreas de interrelación del sujeto con su medio
- Eje de los diversos planos estructurales: lo físico, lo emocional, lo biológico y lo espiritual. Por otro lado, la orientación psicoeducativa de los padres constituye el centro de la terapia de contención. Dicha orientación es trabajada por el mismo terapeuta de contención.

En la terapia de contención tanto el niño como la madre atraviesan los siguientes pasos:

- Confrontación: cuando la madre toma al niño en brazos en estrecho contacto corporal frente a frente
- Rechazo del niño hacia la madre
- Reconciliación: cuando ambos disfrutan corporalmente y el niño ya no intenta separarse

Es fundamental que la madre no suelte al niño mientras manifiesta su rechazo. El abrazo contra la voluntad aparente del niño es de un gran contenido emocional y por ello se realiza en presencia del terapeuta de contención. Más adelante podrán hacerlo en su casa e incluir también al padre. La actitud de la madre será reconfortante, consoladora, contenedora, reorganizadora, amante y cariñosa. Los resultados se obtienen rápidamente, son visibles en días o semanas y además son duraderos ( Rincón, 2001).

Se ha demostrado estadísticamente que con este tipo de terapia los niños muestran interés por el contacto, la búsqueda activa de la imitación, el contacto visual, la sensibilidad ante ciertos estímulos, el interés por la actividad, por nuevos objetos y por el juego propositivo. Además disminuye el temor ante los cambios, así como la agresividad y los movimientos estereotipados; mejoran la relación con el adulto, la comunicación, el lenguaje y la responsabilidad. La terapia de contención no es un método educativo si no una terapia que, en la medida que los padres practiquen, se convierten en una forma de relación gracias a la cual los hijos aprenden que no debe de haber huida ni aislamiento ante los conflictos, sino una confrontación directa cercana (Rincón, 2001).

### **3.10.2. Musicoterapia**

La musicoterapia es un método considerado sumamente efectivo en la enseñanza del lenguaje receptivo a los niños con autismo, siempre y cuando la técnica se elabore en forma individualizada para cada estudiante. La música está considerada como un medio de expresión no verbal, la cual puede ayudar a incrementar o sobrepasar el lenguaje para facilitar de esta forma la comunicación del estudiante con autismo (Spanglet, 1997).

Con la musicoterapia no se pretende que el niño autista vaya a aprender música, se pretende que a través de ella, de sus componentes (el ritmo, la melodía y la tonalidad), el terapeuta musical, el pedagogo especializado, puedan comunicarse con el niño, ayudarlo a salir de sí mismo y afrontar la realidad, trabajar sus emociones. La musicoterapia será una –más importante en el caso de los niños autistas- de las formas de abordaje terapéutica, con la cual se combinarán otras muchas (Garanto, 1990).

El uso de la música es un medio primordial para contribuir a cambios positivos en el comportamiento y ayudar de esta manera a que los niños estudiantes mejoren su potencial de aprendizaje.

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. Aún en sus formas más simples, la música evoca sensaciones, estados de ánimo y emociones. La música tiene el poder de afectar al ánimo porque contiene los elementos sugestivos y persuasivos. Cuando la música acompaña a una función específica a alguno de estos elementos suele dominar. Cualquiera que sea el propósito, la música se relaciona siempre con experiencias propias del hombre, pues ha nacido en su mente, habla de sus emociones y expresa su gama perceptual. La música tiene el poder de evocar, asociar e integrar, se considera un recurso excepcional de autoexpresión y de liberación emocional ( Alvin, 1997).

Debido a los problemas que los niños con autismo tienen con la comunicación y la socialización personal, uno de los objetivos de la musicoterapia es ayudarlos a desenvolverse mucho mejor mediante el uso de la música. La “zona-objetivo” incluye la comunicación, así como las habilidades cognitivas, motrices, emocionales y sociales. La efectividad de la musicoterapia se debe en parte al hecho de que la mayoría de los niños con autismo responden de alguna forma al estímulo musical. Un estudio realizado por De-Meyer (1974, citado en Spanglet 1997, pág.2), en el cual se entrevistaron a familiares, demostró que a un 76% de los niños con autismo les encanta escuchar música. Debido a que la música en sí es una forma de comunicación no verbal, el niño puede motivarse para que aprenda a relacionarse primero en un nivel musical. Al principio, el niño puede que responda y se relacione únicamente con las formas y sonidos de ciertos instrumentos y objetos dentro del ambiente musical (Spanglet, 1997).

Uno de los mayores logros de la musicoterapia se encuentra dentro del campo del autismo, debido a su capacidad de romper el cerco de la comunicación entre el paciente y el terapeuta e iniciar, a través de la música u otros sonidos verbales, la posibilidad de una nueva relación.

En los niños autistas, encontramos conductas musicales manifiestas; estas son:

1) repetir segmentos de canciones escuchadas en el t.v. o en cassettes

2) ritmo espontáneo

3) atracción por ciertos sonidos, timbres o fuentes sonoras

4) movimientos espontáneos a cierto tipo de música ( García, 2003).

“Por musicoterapia se entiende la utilización sistematizada de la música para conseguir fines terapéuticos con niños y adultos que tienen necesidades especiales a causa de problemas sociales, emocionales, físico o intelectuales, constituye un instrumento eficaz de intervención en el ámbito del autismo ya que la música puede ser un modo de comunicación alternativa” ( Ortiz, 2003).

La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención, el terapeuta establece objetivos que siguen un curso de acción funcionando de acuerdo a un programa planeado de sesiones. Desde el punto de vista del procedimiento la terapia consiste en tres fases: valoración ( se estudia al niño autista, se formulan objetivos y se diseña un plan de tratamiento), tratamiento ( durante el mismo se emplean métodos y técnicas diversas de intervención para inducir el cambio o mejora) y evaluación ( se determina si se han producido avances como resultado del tratamiento) (Spanglet, 1997).

El proceso de la musicoterapia es educativo. Para el autista significa aprender cosas a pasos pequeños de acuerdo con los niveles de dificultad, comenzando por los aspectos más simples del material y tarea progresando hacia otros más complejos. Los problemas que con frecuencia se tratan con la musicoterapia en los casos del autismo son:

\*Trauma: cualquier suceso del entorno o condición que trae una herida o un daño interno

- Déficit: falta de algo necesario para la integridad estructural o educación funcional
- Incapacidad: pérdida de cualquier capacidad para realizar ciertos actos
- Minusvalía: restricción en la realización de cualquier actividad o la imitación para llevarla a cabo por completo
- Excepcionalidad: cualquier excepción a la “norma” incluyendo los dos parámetros superior e inferior (Alvin, 1997).

De acuerdo a Ortiz (2003) algunos de los objetivos de la musicoterapia son los siguientes:

- 1.- Restauración, mantenimiento y mejora de la salud física y mental y, por consiguiente cambios
- 2.- Tratamiento de enfermedades, alteraciones e incapacidades
- 3.- Cambio de condición resultante de la patología y a minimizar y aliviar los problemas específicos
- 4.- Ayuda a la rehabilitación
- 5.- Apoya a la educación, entrenamiento, aprendizaje y reeducación
- 6.- Mejora y mantenimiento de destrezas en áreas académicas, lenguaje, comunicación, socialización, desarrollo motriz y funcional, uso sensorial, cognitivo y terrenos afectivos
- 7.- Mejorar el funcionamiento en el entorno y en la sociedad incluyendo la integración o reintegración al entorno social normal, resocialización y un ajuste más apropiado
- 8.- Transformar o influenciar la personalidad

Existen diferentes niveles de acercamiento por medio de la musicoterapia al niño autista según su experiencia musical:

- estímulos o respuestas al azar y controladas intencionalmente o sin intención
- estímulos o respuestas auditivas, vibratoriales o visuales
- organización o secuenciación de acuerdo a parámetros del sonido u otros parámetros (patrones motrices del habla)
- significación de los sonidos realizados
- propósitos de expresión personal o artística en la recreación de formas o sonoras
- conciencias en las formas creadas

La musicoterapia también logra cambios terapéuticos en diferentes áreas en los niños con autismo:

- Fisiológica: velocidad del corazón, presión sanguínea, respiración- respuesta galvánica de la piel, dilatación de la pupila, ondas cerebrales, respuestas musculares, secreciones glandulares, funciones neurológicas, respuestas inmunes, resonancia vibratorial y sintonización de órganos.
- Psicofisiología: dolor, niveles de respuesta, niveles de conciencia, estados de tensión/relajación, nivel de energía/fatiga, biofeedback (retroalimentación), imagen corporal y sus funciones
- Esquemas sensomotrices: respuestas reflejas y su coordinación, esquemas sensomotrices ( control, integración e interiorización, coordinación motriz gruesa y fina)

- Percepción: percepciones de figura-fondo, parte-todo, igual-diferencia, discriminación de las diferencias, conservación de las igualdades
- Cognitiva: amplitud, profundidad y longitud de la atención, retención de corta o larga duración
- Comportamiento: patrones, nivel de actividad, rendimiento, reforzamiento de medidas de protección-emergencias, eficiencia, vigilancia, seguridad, moral
- Emociones: registro, variabilidad, educación, congruencia de las emociones, recreación, expresividad, intereses, actitudes, defensas, impulsividad, ansiedad, agresividad, depresión, motivación, compromiso, participación, fantasía, cuentos, recuerdos
- Comunicación: destrezas receptivas y expresivas en el habla, lenguaje y otras modalidades no verbales incluyendo la música, la danza, el teatro, la poesía y las artes plásticas.

La terapia musical se utiliza en la mayoría de las escuelas para autismo con buenos resultados. Se ha descubierto, por ejemplo, que con un terapeuta especializado es posible desarrollar la alternancia de turnos, y esto puede ser útil para las habilidades sociales. A parte del empleo de la música para alentar la comunicación, la terapia musical también se ha utilizado para desarrollar lo que a menudo son talentos musicales normales, incluso superiores, en los niños con autismo. La terapia musical tiene como mínimo, un efecto calmante sobre muchos niños con autismo, y se ha indicado que, para algunos niños, el canto es más fácil de entender que el habla ( Baron-Cohen, 1993).

La musicoterapia ha llegado a ser una terapia auxiliar y un remedio más o menos conocido. A pesar de la creencia popular la musicoterapia no se aplica solamente a los trastornos de la mente, ya que la música afecta a todo el organismo, puede ser valioso en el tratamiento de enfermedades o de invalidez física. Muchos trastornos fisiológicos o enfermedades entre ellos están las lesiones cerebrales, la parálisis cerebral, la poliomelitis, la distrofia muscular, las enfermedades respiratorias y también algunas disminuciones sensoriales, tales como la ceguera o la sordera. También hay enfermedades cognitivas o accidentales ( Alvin, 1997).

### 3.10.3. Equinoterapia

Del griego “hippos” (caballo), la hipoterapia o equinoterapia, es una alternativa terapéutica que se basa en la utilización del movimiento multidimensional del caballo para el tratamiento de diferentes afecciones físicas y mentales. Se emplea de forma sistemática desde los años 50-60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos. Los antiguos griegos, entre ellos Hipócrates, aconsejaban la práctica de la equitación para mejorar el estado anímico de las personas con enfermedades incurables, y más tarde, en el siglo XVII, algunos médicos recomendaban montar diariamente a caballo para combatir la gota (García, 2003).

La terapia con caballos surgió en el año 1952 en los países escandinavos, a partir de que una joven llamada Liz Hartal, que a pesar de hallarse impedida por haber padecido poliomielitis, ganó una medalla olímpica de plata en adiestramiento. Su triunfo llamó la atención de los terapeutas, quienes en búsqueda de nuevas y más eficaces formas de terapia para enfermedades físicas y psíquicas, estudiaron minuciosamente el evento. Los resultados de sus estudios fueron sorprendentes: encontraron en la utilización de la equitación bajo normas específicas un excelente e innovadora terapia que prometía excelentes resultados. En México se empezó a conocer acerca de los conceptos desarrollados en Europa y Estados Unidos durante los años 60 y 70, para la utilización de caballos en el tratamiento de diversas discapacidades, a mediados de los años 80.

La equinoterapia consiste en aprovechar movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones del paciente (el vaivén hacia arriba, abajo, adelante, atrás y hacia los lados, es un movimiento que resulta ser único en el mundo animal, semejante a la del ser humano). Además, el contacto con el caballo, aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicación y de personalidad. Isabel Salama, una española experta en terapias asistidas con animales, considera que la equinoterapia trabaja, además de los físicos, aspectos psicológicos, cognitivos, comunicativos, de lenguaje y socialización. Fomenta la relación estrecha entre el animal y el paciente, además mejora la autoestima, el autocontrol, la confianza y la memoria (Garzón, 2003).

El movimiento armónico del paso del caballo, así como la utilización de la mayoría de los músculos del cuerpo humano al montar,

resultan de gran ejercicio para fortalecer aquellas áreas que requieren de una mayor atención, como pueden ser la hipotonía clásica en los niños con síndrome de Down, la falta de equilibrio de la parálisis cerebral u otras lesiones cerebrales menores. Así mismo, aspectos psicológicos como la autoestima y la seguridad en sí mismo, se ven beneficiados al vencer el miedo e ir obteniendo logros importantes durante la terapia.

Físicamente, la hipoterapia puede mejorar el equilibrio y la movilidad, aunque también tienen resultados positivos en las funciones de comunicación como expresar emociones y sentimientos, y de comportamiento como lograr a relajarse por medio del caballo, de todas las edades ( Fernández,2003).

La equinoterapia se puede emplear como un tratamiento alternativo dado que se enfoca no solo al área motora sino que también otro aspecto muy importante como la autoestima, la seguridad en sí mismo y una mejor integración social. Se han comprobado sus beneficios en problemas como el autismo; en este caso se ha probado que los niños desarrollan una relación con el caballo que nunca han tenido con ninguna persona. Niños autistas que jamás habían abrazado a su madre son capaces de abrazar a un caballo; e incluso reír delante de este ( Centro Ecuestre de Rehabilitación las Aguilas, 2004).

Este centro se ubica en el parque Ecológico Japón en la delegación Álvaro Obregón, ciudad de México. Avenida Luz y fuerza s/n las Águilas téls: 55931631 y 55706948.

De acuerdo a la información obtenida en la institución de Crines al Viento el tipo de discapacidades que se atienden son las siguientes: autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, problemas de conducta y aprendizaje, de atención dispersa, microcefaleas, hidrocefaleas, drogadicción, problemas de lesiones sufridas por un accidente, problemas motores, problemas de origen nervioso, autoestima. Mientras que la equinoterapia en el Centro Ecuestre de Rehabilitación las Aguilas ( CERLA) menciona casi las mismas con excepción de atención a personas con lesiones de cadera, epilepsia y problemas del corazón.

Los equinoterapeutas de las dos instituciones mencionan que sería muy importante trabajar con los padres para de esta manera decirles las expectativas a las que se puede llegar o en un dado momento les puedan ayudar como familia para que entiendan el problema que está presentando su hijo.



Los resultados que se han obtenido en estos centros han sido favorables en los casos que ahí se presentan, trabajan por medio del reforzamiento, reforzando las conductas positivas, se trata de evitar el castigo y se les motiva conductualmente, esto por medio del caballo.

De esta manera, la equinoterapia es un tratamiento alternativo y a la vez complementario a los utilizados habitualmente, ya que ésta terapia es capaz de conseguir nuevos estímulos complementarios a los logrados con tratamientos tradicionales.

#### **3.10.4. Delfinoterapia**

La delfinoterapia, como su nombre lo indica, es una terapia en la cual se emplea como instrumento especial a los delfines.

Es dirigida a todos aquellos niños que padecen alguna enfermedad psicológica y /o neurológica como síndrome de Down, autismo, retraso mental, retraso psicomotor, hipotonía muscular; a pesar de que no ha sido muy difundida, muchos niños se han visto beneficiados con sus resultados, ya que estos se alcanzan en menor tiempo que con otro método terapéutico conocido (O'Barry, 2003).

La delfinoterapia consta de varias sesiones, estas sesiones tienen una duración de 15 minutos diarios, en el caso específico del autismo en el cual una de las teorías más fuertes es la ausencia parcial o total de neurotransmisores, estimula directamente al hipotálamo a producir endorfinas que son las células neurotransmisoras y estimula la producción de la hormona ACTH, la cual produce en los pacientes sensación de estabilidad (sensación de estar en equilibrio emocional). Se habla de que esta terapia produce cambios neuroquímicos y neuroeléctricos, ya que con las terapias tradicionales se trabaja en un miembro determinado del cuerpo para producir un cambio en el cerebro, mientras que en la delfinoterapia, se trabaja a nivel cerebral, para producir un cambio físico y mental (Mejía, 2003).

De acuerdo a los centros en donde se da la delfinoterapia (por ejemplo el acuario Aragón), los pasos a seguir para el tratamiento de un niño autista son los siguientes:

- 1.- Recopilación de toda la información del paciente, antecedentes familiares, diagnóstico médico y medicación recetada.
- 2.- Se evalúa al paciente y se traza el tratamiento a seguir y los objetivos a conseguir.

3.- Al introducirlo en el agua, se realiza un periodo de adaptación basado en las propiedades físicas del agua, esta adaptación es:

-adaptación mental: introducirlo en el agua siempre en brazos del terapeuta, mojándole la cara para que tenga la certeza de que el agua no le hará daño.

-separación: aproximándolo y separándolo del terapeuta para generar una autoconfianza en el niño, evitando que el terapeuta se convierta en un salvavidas físico o mental.

-rotación: colocando al paciente en las posiciones que se utilizarán en el agua para realizar la terapia.

-equilibrio: enseñándole a mantener la armonía y tranquilidad.

-desplazamiento por encima del agua: mostrándole que puede desplazarse por encima del agua sin ninguna dificultad.

-desplazamiento por debajo del agua: mostrándole que al hundirse, ni el terapeuta ni el, les pasara nada malo.

-técnicas de relajación: realizando una serie de ejercicios, para llegar a una relación total antes de iniciar la terapia.

-desplazamiento individual: ayudado por un flotador adicional, que no es el terapeuta.

4.- Después de lo anterior, continua la adaptación del delfín en el cual el paciente será acercado al delfín para que sea tocado, besado y de esta manera iniciar la estimulación e integración de los tres elementos básicos de la terapia (paciente, terapeuta y delfín).

Después de esto, los padres todos los días deben realizar un informe escrito, detallando los cambios y reacciones presentados por el paciente. De acuerdo con el comportamiento del paciente, se establece la fecha para que los padres y el, realicen un nado con los delfines, a fin de que vivan una experiencia global con la familia. Los padres se llevarán al final de la terapia, un video, que incluye la mayoría de las sesiones, junto con un informe final, que incluye, la evaluación final de los terapeutas junto con las recomendaciones a seguir. Este video servirá para reforzar los logros obtenidos durante la terapia.

### **3.10.5. Aromaterapia**

Cuando la gente oye hablar por primera vez sobre la aromaterapia, piensa en fragancias y perfumes, pero sencillamente, la aromaterapia consiste en el empleo de los aceites esenciales para curar y preservar. Los aceites esenciales son el “alma de la planta” y

constituye el medio por el cual se transmiten sus propiedades naturales; ellas tienen un alcance fundamental para el tratamiento de las distonías neurovegetativas y los desequilibrios psicofísicos, porque actúan directamente en el plano emocional y fisiológico del ser humano. Su facilidad de absorción en la piel permite que los componentes activos penetren directamente en el organismo, equilibrando y armonizando todo el sistema, a través de los meridianos energéticos, la circulación sanguínea y linfática, las células, los tejidos, los órganos, los aparatos y sistemas. Así mismo, los efectos que producen en la mente y las emociones de la persona son mucho más pronunciados que los de la medicina herbaria (Mazzoni, 2002).

El sistema de la aromaterapia fue desarrollado por el médico inglés Edward Bach a fines del siglo XIX y consiste en 38 esencias florales que actúan sobre siete aspectos emocionales: desaliento y desesperación; falta de interés en la presente circunstancia; incertidumbre, temor, excesiva preocupación por el otro, hipersensibilidad y soledad. Estas esencias se mezclan con agua y son tomadas por el paciente. Su acción modifica el desequilibrio energético de la persona a nivel emocional. Hasta ahora, ha demostrado ser útil para el tratamiento de varias discapacidades, en conjunto con otras terapias, como la modificación de conducta, la terapia de desarrollo social, incluso en el centro Leo Kanner se aplica la aromaterapia y ha obtenido buenos resultados sobre todo en lo que se refiere al miedo, falta de sueño.

La medicina alternativa se basa en la creencia de que el ser humano es un todo compuesto- de manera inseparable- por cuerpo, mente y espíritu.

Por lo tanto, cualquier tratamiento de salud debe propender el equilibrio de estos tres componentes ( Mazzoni, 2002).

En cuanto al autismo, señalan que en la base de este hay un problema de comunicación y relación que crea dificultades a la persona con su medio, especialmente cuando hay cambios. Esto produce mucha angustia y el no puede comunicarse, produce frustraciones, depresiones. Utilizando las flores de Bach les ayuda a disminuir sus niveles de angustia, a equilibrarlos emocionalmente. No se pretende curar al autismo, pero si tratar de equilibrarlos frente a situaciones estresantes que ellos estén viviendo. Al igual que las

demás terapias alternativas, las flores de Bach no tienen contraindicaciones, no provocan efectos secundarios y no interfieren con otros tratamientos (Garza, 2004).

Sin embargo, todas estas terapias presentan una solución respecto al autismo, por ejemplo, la terapia a base de fármacos es ampliamente recomendada siempre y cuando el niño presente alguna enfermedad que sea necesario controlar. El problema más grave que presentan este tipo de niños es la epilepsia la cual tiene que ser controlada por completo.

La modificación de conducta es la terapia más utilizada con los niños autistas y con frecuencia se utiliza para incrementar las habilidades de autoayuda, control de esfínteres, entre otras. Esta terapia es muy completa ya que consta de varias técnicas que complementan el trabajo con este tipo de niños.

Por otro lado, no solo es importante trabajar con los niños sino que también lo es trabajar con los padres y familiares ya que son las personas que pasan la mayor parte del tiempo con ellos. Para este tipo de trabajo se encuentran la terapia de padres como terapeutas, terapia de intercambio social, la psicoterapia para padres, la terapia familiar, los grupos de autoayuda y la terapia de contención. La terapia de juego no se recomienda para el trabajo con niños autistas ya que estos no pueden responder como se quisiera debido a que no suelen diferenciar la fantasía de la realidad.

Finalmente, ninguna de las terapias alternativas tratan de sustituir o reemplazar a ninguna otra terapia o tratamiento médico, sino en conjunto con otras o por sí solas, se llevan a cabo para obtener mayores beneficios en los pacientes; debido a esto, en el siguiente capítulo se hará un análisis comparativo de la eficacia de las diferentes terapias que tratan al autismo; así como la manera en que se pueden combinar para dar una alternativa holística a favor del autismo.



## **CAPITULO 4. ANALISIS COMPARATIVO DE LA EFICACIA DE LAS DIFERENTES TERAPIAS QUE TRATAN AL AUTISMO**

Tal vez uno de los mayores problemas de tener un niño autista es encontrar el tratamiento adecuado, es por eso que en el presente capítulo se analizarán diversas terapias con el fin de dar una propuesta acerca de las mejores de ellas. De acuerdo a la información del capítulo anterior, todas las terapias utilizadas en el tratamiento de niños autistas pueden tener sus pros y sus contras. Debido a esto, a continuación haremos un análisis comparativo de cada una de ellas, así como también daremos una propuesta holística a favor del autismo (tabla 4.1).

En primer lugar, de acuerdo a la tabla 4.1 cada una de las terapias utilizadas para el tratamiento del autismo tiene sus ventajas así como también sus desventajas.

Comparando cada una de ellas podemos ver que la terapia de fármacos tiene ciertas desventajas en cuanto a las demás terapias. Esta terapia solo se aplica en casa o en las clínicas pero no en las escuelas y solo bajo estricta supervisión médica, la tiene que aplicar un especialista. Se utiliza solo para tratar aspectos específicos en los niños autistas tales como la epilepsia, aislamiento y la conducta agresiva que son trastornos que ocurren con frecuencia en los niños autistas, y en el caso de la epilepsia, los ataques deben controlarse totalmente. Los fármacos solo controlan estos aspectos pero no alivian el autismo como tal.

Esta terapia se dirige a los niños, no involucra a maestros ni a la comunidad, no la aplican varios profesionales, su costo puede ser relativamente bajo o muy alto dependiendo del medicamento que debe aplicarse.

A pesar de los beneficios que se pudieran obtener con el tratamiento a base de fármacos, se debe de tener el mayor cuidado posible por los efectos que estos fármacos causen en los niños autistas. Debe considerarse que al administrar fármacos a un niño autista que no puede decir su malestar físico relacionado con dicho fármaco, requiere una atención cuidadosa para considerar si este tipo de terapia es realmente necesaria.

Finalmente, esta terapia es considerada como auxiliar de otro tipo de terapias y no una terapia en sí misma.

En segundo lugar, la terapia de conducta, además de ser la que más se utiliza con niños autistas, es la más y mejores resultados ha logrado obtener. Esta terapia tiene muchas ventajas que desafortunadamente otras terapias no. Se aplica en casa, en la clínica, en la escuela, abarca muchas áreas como por ejemplo: control de berrinches, entrenamiento de habilidades, entre otras. Utiliza algunos instrumentos como los reforzadores tangibles, se dirige 100% al niño autista, debido a que se aplica en las escuelas, también involucra a los maestros, a la comunidad y es de bajo costo.

Algo muy importante dentro de esta terapia es que se basa en la teoría del aprendizaje y tiene por objeto enseñarle al niño las funciones que no tiene como por ejemplo: vestirse, comer por sí solo y control de esfínteres.

Para lograr sus objetivos la terapia de modificación de conducta se basa en varias técnicas tales como el castigo y la extinción. Básicamente estas técnicas se utilizan con la finalidad de eliminar una conducta no deseada como los berrinches y la autolesión.

Otra de las ventajas de esta terapia es que se diseña individualmente para cada niño basándose en excesos o defectos de su comportamiento. En este tipo de terapia es de vital importancia la participación de los padres ya que éstos son los que pasan la mayor parte del tiempo con el niño y por esta razón tienen la posibilidad de facilitar un entorno en el cual puedan aplicar el tratamiento en sus propias casas. En estos lugares es más probable que los miembros de la familia se centren en aspectos adicionales de la conducta del niño.

Por todo esto, esta terapia es considerada el núcleo de la mayoría de los tratamientos de los niños autistas.

En tercer lugar, los padres como terapeutas, la terapia de desarrollo social, así como la terapia de intercambio social, se basan en la modificación de conducta y al igual que en esta terapia, se considera a los padres como maestros ya que estos conocen mejor a los niños y saben cuáles son las conductas de mayor importancia que tendrán que eliminar o qué habilidades necesitan para mejorar sus condiciones, empezando desde el entorno familiar.

Esta terapia también se aplica a varias áreas como incrementar las habilidades del niño, relaciones humanas, desarrollar el interés por jugar y por sus propios juguetes. Es dirigida al niño y sus padres, involucra a la comunidad y es de bajo costo.

Otra ventaja que presenta es que la situación en la que se trabaja está totalmente controlada. Este tipo de terapia se podría incluir dentro de la modificación de conducta, debido a las características que presenta y podrán incrementarse de esa manera mayores resultados en los niños autistas.

La terapia de desarrollo social podría ser de gran importancia ya que ayuda a los niños a desarrollar habilidades para relacionarse con las demás personas o por lo menos con las más cercanas que es algo que se tiene que trabajar con este tipo de niños.

Una desventaja de la terapia de intercambio sociales que solo puede aplicarse a niños autistas con una inteligencia normal ya que incluye órdenes o convenios que tal vez el niño autista no logra entender. Sin embargo, maneja aspectos del autismo que son importantes como por ejemplo: el contacto ojo a ojo, enseñar al niño a jugar y sobre toda terapia de lenguaje, aunque esta tendría que darse en una escuela especial.

En cuarto lugar, la terapia de tratamiento diurno se considera el enfoque ideal para brindar una mayor ayuda a los niños autistas, se dirige al niño, a los padres y a los maestros. Cabe resaltar que los padres junto que los terapeutas trabajan con los niños y brindan mayor apoyo en las áreas cognoscitivas y principalmente el incremento de conductas sociales aceptables y apropiadas. Es muy importante que los profesionales que tratan con niños autistas incluyan a los padres en su trabajo, así como también que los padres sigan participando en el tratamiento.

Se aplica solo en la escuela, abarca más de dos áreas para trabajar.

La psicoterapia se centra principalmente en los padres, no se recomienda en el caso de niños autistas, ya que en primer lugar, el enfoque en el que se basa esta terapia, considera a los padres como culpables del autismo que presenta su hijo y propone que la terapia se les de a los padres, principalmente para orientarlos o brindarles apoyo para que superen las etapas más difíciles y aun más si existe depresión por tener un hijo autista.

Se aplica en la clínica, su costo es relativamente bajo.

En cuanto a los niños autistas, esta terapia sería de muy poca ayuda, sobre todo porque las técnicas de psicoterapia emplean la “regresión” y no estaría de acuerdo con muchas terapias que fomentan un desarrollo hacia delante y no hacia atrás.

Al igual que la psicoterapia, la terapia familiar se centra en los padres, pero también en los miembros más cercanos que se pueden ver afectados por tener un niño autista.

Se aplica solamente en la clínica, tiene un costo bajo en relación a otras terapias, la aplica solo un especialista. Es de vital importancia brindarle apoyo a los demás miembros ya que suelen resultar muy afectados.

En cuanto a las terapias alternativas, la terapia de contención en los últimos años ha sido aplicada en diversos trastornos, entre ellos el autismo, y ha logrado resultados satisfactorios. En esta terapia el abrazo forzado es el que se encarga de brindarle al niño seguridad y aceptación por parte de los padres. Esta terapia se aplica en primer lugar en la clínica, con la ayuda de



un profesional, los padres aprenden a llevarla a cabo, para luego aplicarla en casa, se dirige tanto a los padres como al niño, abarca más de dos áreas, como lo son el contacto ojo a ojo, la aceptación de la cercanía de alguien más, entre otras.

El proceso de terapia de contención es dramático ya que en el caso de los niños autistas, estos sienten cierta aversión al tener un contacto tan cercano con otras personas. Sin embargo, al aplicar la terapia de contención se logran resultados como mejorar la agresión y el coraje, aspectos básicos de controlar en el caso del autismo.

Con la musicoterapia se ha demostrado que es un tratamiento muy efectivo con los niños autistas debido a que un gran porcentaje de ellos gustan de la música. Se aplica en la clínica y en casa, una de sus ventajas es que abarca más de dos áreas, sobre todo en cuanto a la comunicación y a la socialización, uno de sus principales objetivos es ayudarlos a desenvolverse mejor mediante el uso de la música. A través de la música el niño puede expresar diversos sentimientos y emociones que con otras terapias no se trabajan.

Se considera una terapia muy completa ya que trabaja aspectos como los fisiológicos, de percepción, entre otros.

Una de sus posibles ventajas es que su costo no es muy caro e incluso los padres la pueden aplicar en su propia casa.

Dentro de las terapias alternativas es una de las más recomendadas ya que mediante la musicoterapia los niños autistas aprenden debido a que se cuida mucho la situación de aprendizaje y ellos necesitan una enseñanza sistemática en un entorno ordenado, junto con un régimen estructurado y diseñado en función de las deficiencias específicas de estos niños, y esto produce mejoras académicas y sobre todo sociales.

Por otro lado, la equinoterapia, al igual que las terapias anteriores, también a logrado buenos resultados con los niños autistas sobre todo en aspectos tales como el autocontrol, aspectos cognitivos, comunicativos y de personalidad, otros aspectos que trabaja son los físicos, psicológicos, cognitivos, entre otros. Solo se aplica en centros especializados en equinoterapia, la aplican varios especialistas como lo son los psicólogos, médicos, los equinoterapeutas que en conjunto brindan al niño las herramientas necesarias para lograr mejores resultados. Una de sus principales desventajas es que en México hay muy pocas clínicas en las que se imparta dicha terapia. En cuanto al costo, en algunos centros es un poco elevado, mientras que en otros el costo se basa en las posibilidades que tenga la familia del niño autista, aunque al principio es muy cara, algunas instituciones cobran desde \$50 a \$200 por sesión, otras becan a los pacientes, y en otras se cobra \$600 mensuales.

A pesar de esto, la equinoterapia es un tratamiento alternativo, con la que muchos no están de acuerdo ya que aunque en algunos niños se han demostrado logros importantes en otras enfermedades como la parálisis cerebral, el síndrome de Down, entre otros, en el caso del autismo los resultados no han sido significativos.

Solo se aplica en los delfinarios y colaboran al igual que en la equinoterapia varias especialistas. Tal vez su mayor desventaja es que tiene un costo muy elevado y desafortunadamente casi siempre la mayoría de las familias no tienen los medios necesarios para llevarla a cabo.

Finalmente, en cuanto a la aromaterapia, solo se ha demostrado que ayuda a relajar a los pacientes con autismo cuando estos se encuentran angustiados o estresados, y aunque básicamente maneja solo estos aspectos, no se le resta importancia ya que puede aplicarse en combinación con algunas de las terapias anteriores y obtener de esta manera mejores resultados.

Se puede aplicar en casa o en la clínica especializada, se dirige directamente al niño.

#### **4.1. ¿Cómo combinar los diferentes tipos de terapia para dar una alternativa holística a favor del autismo?**

Revisando, comparando y analizando cada una de las terapias utilizadas para el tratamiento del autismo, nos dimos cuenta que cada una de ellas trabaja diversos aspectos de dicho síndrome que son de vital importancia para que estos niños desarrollen todo su potencial. Sin embargo, debemos de tomar en cuenta que la terapia de modificación de conducta, además de la más utilizada, es la que ha obtenido mejores resultados y por este motivo es la terapia básica en el tratamiento del autismo.

Los terapeutas en modificación de conducta buscan los principios psicológicos en la estructura conceptual de sus actividades, pero al hacer esto no están negando el papel que desempeñan los factores biológicos en la conducta humana. Reconocen que los factores constitucionales genéticamente determinados, constituyen el centro dentro del cual están funcionando los principios psicológicos para producir la conducta, tanto adaptativa como inadaptativa. A veces, estos determinantes biológicos imponen límites sobre las habilidades que puede aprender determinada persona y, desde luego, pueden hacer que una forma de aprendizaje sea más efectiva que otra.

Otro punto importante es que los terapeutas en modificación de conducta reconocen que un trastorno bioquímico o enfermedad física puede afectar la conducta de una persona, de manera que la colaboración con otros

especialistas en estas áreas (autismo) a menudo resulta ser un factor de mucha importancia.

Por otro lado, el terapeuta de modificación de conducta espera que estos especialistas reconozcan la interacción entre los procesos biológicos y los psicológicos. Es por eso que no solo basta con tratar al niño autista con una sola terapia, sino que es necesario que se combinen una o más con el fin de obtener mejores resultados, en los cambios que se esperan en estos niños.

Por todo lo que aporta la terapia de modificación de conducta especialmente en el área del autismo, es considerada la base de todas las terapias, por este motivo, se puede combinar con las demás terapias.

Por ejemplo, la podemos combinar tomando en cuenta las ventajas que presentan otras terapias. En primer lugar, se puede combinar con la terapia en la que los padres funcionan como terapeutas, la terapia de desarrollo social y la de intercambio social, de esta manera no solo en la clínica se pueden atender diferentes aspectos del autismo, sino que también, entrenando debidamente a los padres, se pueden aplicar en su propio hogar diversas técnicas que se enfocan a aspectos específicos de dicho síndrome. Esta combinación tiene como ventaja que al aplicarse en casa del niño autista, este no tendrá que sufrir cambios que en la mayoría de las veces no puede aceptar. Además de que trabaja mejor en ambientes estructurados.

Para los niños autistas capaces de poder ir a la escuela, sería de gran utilidad combinar la terapia de modificación de conducta y el tratamiento diurno con el fin de fomentar las habilidades del autista para que se desarrollen casi normalmente fuera de la escuela.

Hay que tomar en cuenta que no solo el paciente autista presenta dificultades, sino también es necesario que los padres reciban tratamiento para poder aceptar y superar el hecho de tener un hijo autista. Para estos fines se aplica la psicoterapia y la terapia familiar.

En cuanto a la terapia de juego, como se mencionó anteriormente, no se recomienda en casos de autismo, ya que requiere de que haya un lenguaje funcional y en ellos no lo hay, aunque no hay que olvidar que este tipo de terapia es de gran importancia en el trabajo con otro tipo de niños.

Por otro lado, existen diversos tipos de terapia llamadas “alternativas” que vienen a dar un apoyo fundamental a las terapias ya tradicionales en el tratamiento de los niños autistas.

Muchas de estas terapias han logrado resultados favorables, un ejemplo de esto es la musicoterapia que ha demostrado que por ser un medio de expresión no verbal, el niño autista rompe esa barrera que tiene con la comunicación e inicia por medio de la música a emitir algunos sonidos verbales, además que incrementa las habilidades motrices, trabaja entre

otras, aspectos sociales, y en combinación con la terapia de modificación de conducta se obtendrían mucho más resultados satisfactorios.

La combinación entre modificación de conducta y terapia de contención sería efectiva ya que con la segunda se le brinda al niño la seguridad que necesita al estar en contacto con otras personas y en diferentes ambientes.

En cuanto a la equinoterapia y la delfinoterapia serían terapias complementarias a la de modificación de conducta y juntas lograrían más y mejores resultados, en la equinoterapia, los beneficios que tienen en el caso del autismo es que por el contacto que tienen los niños autistas con el caballo, fomenta una relación muy estrecha entre ellos y por este motivo el niño mejora su autoestima, el autocontrol y sobre todo su confianza.

En la delfinoterapia se produce un cambio en el cerebro debido a las ondas sonoras que transmiten los delfines y este cambio produce en el niño autista una sensación de estabilidad que es algo importante que deben tener, pero desgraciadamente al igual que en la musicoterapia y la equinoterapia, su costo es muy elevado, además que los lugares donde se aplica son escasos en México.

La aromaterapia es una de las terapias alternativas que se pueden combinar con una o más de las terapias anteriores ya que no tiene mayores efectos que la relajación y el control del insomnio en los niños autistas.

Finalmente, la terapia de fármacos también puede combinarse con una o más de las terapias anteriores, pero solo si es absolutamente necesario como lo es en el caso de la epilepsia, que no se puede controlar con otro tipo de terapia.

Con todo esto, no queremos decir que las terapias alternativas vengan a sustituir a las terapias tradicionales, sino que vienen a reforzarlas y a unirse a las ya existentes para mejorar la calidad de vida de muchos niños, logrando desarrollar la mayor parte de sus capacidades.

Por otro lado, se pudo ver que toda terapia radica en la modificación de conducta ya que este tipo de terapia es la más completa al manejar casi todos los aspectos característicos del autismo. En base a esto, a continuación mostraremos la figura 4.2 que da una propuesta terapéutica holística que toma como base principal la modificación de conducta. En primer lugar, como se mencionó anteriormente, como base de toda terapia está la modificación de conducta por los resultados que ha obtenido en el tratamiento de los niños autistas. A partir de esta, se podrán aplicar las terapias que brindan ayuda a los niños autistas en otros aspectos como por ejemplo la terapia de fármacos en caso de que el niño autista presenta alguna enfermedad como la epilepsia, el tratamiento diurno que se aplica a

niños autistas que asisten a la escuela especial, los padres como terapeutas y la terapia de desarrollo social que son terapias que se llevan a cabo solo en el hogar, donde se entrena a los padres para que trabajen con los niños aspectos como las relaciones humanas, funcionamiento perceptual motor, entre otras; la terapia de intercambio social en la que también participan los padres.

En segundo lugar, es muy importante tomar en cuenta que la terapia no sólo está enfocada a los niños autistas, sino también a los padres, en este caso se presenta la psicoterapia que los ayuda a superar el diagnóstico que le dan a su hijo; la terapia familiar, ya que no solo los padres se ven afectados por dicho diagnóstico, sino que también hay que brindar apoyo a los demás miembros de la familia. Existen también grupos de autoayuda que brindan apoyo tanto a los niños como a los padres. Finalmente y esto no significa que sean menos importantes, tenemos a las terapias alternativas como la delfinoterapia, la equinoterapia, la musicoterapia, la aromaterapia y la terapia de contención, que aplicada con cualquiera de las terapias anteriores y tomando como base a la modificación de conducta que es la terapia que se aplicará principalmente, brindan mejores resultados en el tratamiento de niños autistas.

## CONCLUSIONES

A través de la información recabada en el presente trabajo nos pudimos dar cuenta de que a pesar de que la investigación sobre el autismo es relativamente reciente, se sabe que el autismo ha estado presente en muchas culturas y esto es de gran importancia ya que gracias a esta información nos damos cuenta de qué o cuáles son los aspectos más sobresalientes de dicho síndrome y sobre los cuales hay que trabajar.

A pesar de que se han realizado muchas investigaciones sobre el autismo (a través de los años), éste sigue ocultando su origen y gran parte de su naturaleza y esto recae en los problemas que presentan la intervención educativa y terapéutica, hasta la fecha sigue siendo un enigma.

En cuanto a las características que presentaban los niños en aquellas épocas podemos mencionar que un hecho importante fue el que se dio con las investigaciones que realizó Leo Kanner; el solo rescato dos características que hasta la fecha son las más importantes, estas son: la soledad extrema y la obsesiva insistencia por preservar la invarianza.

El autismo es solo un conjunto de síntomas y se define por la conducta, no es una enfermedad pero puede asociarse a muy diferentes trastornos.

Por otro lado, es importante diferenciar al autismo de otros síndromes o trastornos parecidos; entre estos trastornos se encuentra el síndrome de Asperger que difiere del autismo en que el lenguaje no presenta las deficiencias que presenta en los niños con autismo. La diferencia con el síndrome de Rett es que los pacientes con el síndrome de Rett presentan microcefalea progresiva pero sobre todo la diferencia radica en que principalmente se presenta en las niñas.

Es necesario llegar a un acuerdo en cuanto a la definición del autismo ya que los médicos y otros profesionales tienden a utilizar términos similares para denominarlo y esto puede ser un gran problema al momento de que varios profesionales trabajen con este tipo de niños ya que sino logran ponerse de acuerdo, para algunos de ellos estos niños presentarán aspectos característicos del autismo, mientras que para otros podrían parecerse a otro trastorno similar.

Las características que la mayoría de los profesionales toman como factor común para que un niño presente autismo son las siguientes: la edad de comienzo, su incidencia, características como la socialización, el lenguaje, la misma.

En cuanto a los enfoques o disciplinas que tratan al autismo, existe una gran variedad y con esto diversos puntos de vista para tratar de dar una explicación bastante clara de dicho síndrome. De esta manera cada uno de estos enfoques

aporta aspectos diferentes a tratar ya que por ejemplo, mientras el enfoque conductual propone que los determinantes ambientales influyen sobre la conducta del niño, el enfoque ecológico supone que las primeras relaciones entre la madre y el niño son la causa principal del autismo al igual que el enfoque psicoanalítico; el modelo médico simplemente se enfoca a hacer el diagnóstico, estudiar la historia clínica del niño, para de esta manera verificar que el niño no tenga alguna afección parecida al autismo.

Por otro lado, la psiquiatría no es muy recomendada en el caso de los niños autistas ya que trabaja con procesos inconscientes que los niños autistas no manifiestan con facilidad. En este enfoque el uso de fármacos tiene mucha importancia pero en el caso de autismo solo se administran cuando presentan alguna enfermedad como la epilepsia.

Uno de los enfoques que mayor énfasis ha puesto en el caso del autismo es el enfoque neurológico y se ha encontrado que en los niños autistas hay una disfunción en el sistema nervioso, también se han encontrado ciertas anomalías en distintas regiones del cerebro; incluso se ha llegado a mencionar que el autismo tiene una única causa y esta es cerebral.

Por otro lado, a pesar de todo lo anterior no se ha encontrado causa específica del autismo. Sin embargo, se han estudiado tres de estas causas, las prenatales, las perinatales, las postnatales, de las cuales las prenatales son las que han llamado mucho la atención ya que son las más frecuentes en el caso de los niños autistas como por ejemplo, las infecciones, los medicamentos que toma la madre puede causar un daño irreversible en el cerebro del niño causando el autismo.

Las infecciones que se han encontrado como causa del autismo son: la rubéola, esta daña el cerebro del feto produce muchos trastornos, entre ellos, el autismo. El herpes encefálico que también afecta al cerebro del feto.

Cabe resaltar que la mayoría de los niños autistas no han presentado alguna infección cerebral.

Pudimos ver que el desarrollo característico que presenta un niño autista se da en tres niveles: Biológico, cognitivo y social. En el primer nivel los niños autistas (o la gran mayoría) presentan un retraso mental.

Algo interesante es que el autismo se presenta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, y por lo general, el daño se encuentra entre el cerebelo y el sistema límbico.

En el segundo nivel, el cognitivo, el autismo se caracteriza por presentar una triada de alteraciones en cuanto a la socialización, la comunicación y la imaginación, esto es en todos los niños autistas, podríamos decir que esta es una de las características más significativas con las que podríamos identificar a un niño autista. Finalmente, en cuanto al nivel de comportamiento aunque

las características en la mayoría de los niños autistas son las mismas, el trastorno se manifiesta de forma diferente.

Para no confundirnos, se toma la definición de la O.M.S. que se considera universal y el DSM-IV que es la clasificación más utilizada para diferenciar el trastorno autista de otros, como el de Kanner o el de Asperger.

Wing (1988) hace una clasificación que es de gran importancia para no confundir al autismo con otros trastornos. Hace una división del comportamiento del niño autista por etapas: primera infancia, de los 2 a los 5 años, problemas de la comprensión del mundo que incluye respuestas desusadas de los sonidos, dificultades en la comprensión del lenguaje, dificultades en el habla, deficiencias en la pronunciación y en el control de la voz, problemas en la comprensión de lo que ven, problemas en la comprensión de los gestos, la exploración por medio de los sentidos del tacto, el gusto y el olfato, movimientos estereotipados, torpeza en los movimientos que requieren habilidad, dificultades y problemas emocionales como el alejamiento y retraimiento social, la resistencia al cambio, los temores especiales, conducta socialmente embarazosa y la incapacidad para jugar; las habilidades especiales y finalmente los cambios que se presentan después de los cinco años.

Posteriormente, en lo relacionado a las terapias que se utilizan en el autismo pudimos ver que la terapia de fármacos solo se recomienda en caso de que el niño presente una enfermedad como la epilepsia, la conducta agresiva y perturbaciones del sueño, ya que los medicamentos son de empleo muy delicado. Aunque la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficacias para tratar algunas alteraciones asociadas con el autismo.

Para saber qué tratamientos aplicar a los niños autistas es necesaria una valoración cuidadosa de las necesidades educativas del niño. A medida que el niño autista empieza a crecer, los problemas que presenta desde pequeño, se hacen mayores y surgen nuevos problemas, para esto es necesario encontrar un tratamiento adecuado para todos los problemas que presenten.

Por otro lado, los padres necesitan apoyo, seguimiento y atención profesional, también es necesario que se de apoyo a los hermanos ya que con frecuencia los hermanos de niños autistas tienen intensos sentimientos de celos, desamparo, pérdida de la propia estima y abandono debido a la intensa atención requerida por el niño autista. Algo importante es hacer conscientes a los padres de la necesidad de dar su lugar a los hermanos, dedicar tiempo a ellos y tener atenciones especiales.

De acuerdo al objetivo del presente trabajo consideramos que la base de toda terapia aplicada en este caso a niños autistas radica en la modificación de conducta ya que es la terapia más completa debido a que trata los aspectos más importantes en este síndrome como por ejemplo: erradicar conductas



autodestructivas en el niño, así como fomentar aquellas conductas que aún no se encuentran en el repertorio del niño. Además, se puede aplicar en casa, en los hospitales y en las escuelas.

Esto no quiere decir que las demás terapias no sean de gran utilidad en el trabajo con niños autistas, pero tal vez una de sus desventajas es que la mayoría de ellas solo trabajan un solo aspecto de dicho síndrome.

Por otro lado, algo en lo que vale la pena hacer énfasis es que el apoyo psicológico debe darse también a los padres y a otros miembros de la familia, en primer lugar para dar la suficiente información acerca del problema que presenta su hijo; al mismo tiempo que se les dará a conocer las expectativas del tratamiento, pero sobre todo que los padres logren aceptar el problema que presenta su hijo. Con este fin se recomienda a los padres la psicoterapia, la terapia familiar o acudir a algún grupo de autoayuda que se integra por un numeroso grupo de profesionales y padres para apoyarlos y ayudarles a superar momentos difíciles, a los que nunca antes se habían enfrentado.

Cabe mencionar que para la Psicología es importante tratar un tema tan enigmático como lo es el autismo debido a que uno de sus objetivos es el estudio de la conducta del ser humano.

Como psicólogos una tarea importante es el estudio del desarrollo de la conducta y proporcionar el mejor tratamiento de las conductas anormales como lo es en este caso el autismo.

Por otro lado, la función más relevante que tiene el psicólogo es dirigir sus esfuerzos a las demandas de una sociedad, por lo que es importante saber la historia de dicho trastorno, sus causas y los tratamientos que existen para de esta manera dar un tratamiento específico pero sobre todo eficaz. También para el psicólogo es necesario conocer a fondo todas aquellas terapias que pueden ayudar en gran medida a cualquier tipo de paciente y de esta manera saber que se cuenta con múltiples opciones para mejorar la calidad de vida del paciente y sobre todo que no solo se puede centrar en un solo método sino que se pueden combinar dos o más con el fin de encontrar una mejor alternativa terapéutica. Con este fin el presente trabajo se enfocó en analizar las terapias más comunes aplicadas en el autismo así como también las terapias alternativas.

Con este trabajo se puede lograr ampliar la información que se tenga acerca de algún tema o de aspectos poco conocidos sobre el autismo, en este caso del autismo nos encontramos que las terapias alternativas ya sean solas o como apoyo complementario de alguna otra que trabaja con este tipo de niños, son ampliamente recomendadas ya que los resultados hasta ahora han sido alentadores, mejores y más rápidos, aunque algunas de ellas tienen un costo elevado y por este motivo muchos niños no pueden ser tratados mediante

ellas. Sin embargo, se ha demostrado que con la aplicación de este tipo de terapias, el niño podrá realizar sus capacidades, fomentar conductas que tal vez no tenga, quitar aquellas otras que sean autodestructivas, pero sobre todo dan la oportunidad de que se desenvuelvan casi normalmente en la sociedad que los rodea.

De acuerdo con este trabajo, cabe resaltar que la investigación también, más adelante podría enfocarse en aquellas áreas que no se han tomado mucho en cuenta como por ejemplo el hecho de prevenir el autismo o brindarle al niño una atención temprana para trabajar con ellos aspectos que son de vital importancia para que desarrolle al máximo sus capacidades.

Por otro lado, también se deberían investigar qué o cuáles son los métodos para dar un diagnóstico a tiempo.

Finalmente, por medio de la realización del presente trabajo, se tuvo la satisfacción de encontrar información de importancia que nos ayudó a determinar que con el apoyo de las terapias alternativas, con las terapias aplicadas comúnmente y basándose en la modificación de conducta, los niños con autismo tienen la oportunidad de lograr una mejor calidad de vida e incluso en un futuro, conseguir trabajo en algunas de las instituciones diseñadas especialmente para ellos. Esto a pesar de que una de las barreras más grandes que encontramos fue que la información acerca de las terapias alternativas como la delfinoterapia o la equinoterapia es muy reducida y aunque hay mucha información vía INTERNET, esta no tiene tanta validez como por ejemplo un libro, ya que muchas veces es solo información que no cuenta con un autor que lo respalde.

<b>TIPO DE TERAPIA</b>	<b>LUGARES DE APLICACION</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>MEDIOS PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO</b>
<b>FÁRMACOS</b>	-Se aplica en casa -Se aplica en la clínica -Se aplica en la escuela	-Tratar aspectos específicos tales como la epilepsia, el aislamiento y la conducta agresiva.	-A base de medicamentos.	-Medicamentos como Levadopa, hormonas, Fenobarbital.
<b>MODIFICACIÓN DE CONDUCTA</b>	-Se aplica en casa -Se aplica en la clínica -Se aplica en la escuela	-Eliminar alguna conducta no deseada o autodestructiva. -Enseñarle al niño funciones que no tiene como vestirse por sí solo, comer por sí solo, entre otras.	-Se basa en la teoría del aprendizaje, se basa en varias técnicas como el moldeamiento o el reforzamiento.	-Reforzadores, técnicas como el modelamiento o el encadenamiento.
<b>PADRES COMO TERAPEUTAS</b>	-Se aplica en casa -Se aplica en la clínica	-Incrementar o fomentar las habilidades en el niño autista para mejorar sus condiciones.	-Se centra en la disminución de conductas inapropiadas y la promoción del desarrollo de las habilidades.	-Entrevistas, cuestionarios observación directa.
<b>TERAPIA DE DESARROLLO SOCIAL</b>	-Se aplica en casa -Se aplica en la escuela	-Que los niños desarrollen habilidades para relacionarse con las personas.	-Se centra en la disminución de conductas inapropiadas y la promoción del desarrollo de las habilidades.	-Entrevistas, cuestionarios, observación directa.
<b>TERAPIA DE INTERCAMBIO SOCIAL</b>	-Se aplica en casa	-Incrementar o eliminar conductas.	-Se basa en peticiones o intercambios.	-Peticiones o convenios.

Tabla 4.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES TERAPIAS QUE TRATAN AL AUTISMO.



<b>TIPO DE TERAPIA</b>	<b>LUGARES DE APLICACION</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>MEDIOS PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO</b>
<b>TRATAMIENTO DIURNO</b>	-Se aplica en la escuela.	mentar conductas sociales bles y apropiadas.	-A base de un programa utilizando reforzamientos.	-Unidad especial. -Reforzamiento
<b>PSICOTERAPIA PARA PADRES</b>	-Se aplica en la clínica.	-Orientar a los padres y brindarles apoyo.	-orientar, apoyar y superar periodos difíciles y depresiones.	-Técnicas de regresión
<b>TERAPIA DE JUEGO</b>	-Se aplica en casa. -Se aplica en la clínica.	-No se recomienda en casos con autismo.		-Juguetes.
<b>TERAPIA DE CONTENCIÓN</b>	-Se aplica en casa. -Se aplica en la clínica.	-Brindarle al niño seguridad y aceptación por parte de los padres.	-Mediante un abrazo forzado.	-Abrazo.
<b>MUSICOTERAPIA</b>	-Se aplica en casa. -Se aplica en la clínica.	-Ayudarlos a desenvolverse mejor mediante el uso de la música.	-Por medio de la música evocar emociones, estados de ánimo y sensaciones.	-Cassetts con música especial.
<b>EQUINOTERAPIA</b>	-Se aplica en centros especiales.	-Brindarle al niño las herramientas necesarias para mejorar aspectos como el autocontrol.	-Aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones del paciente.	-Caballos
<b>DELFINOTERAPIA</b>	-Se aplica en centros especiales.	-Brindarle al niño las herramientas necesarias para mejorar aspectos como el autocontrol.	-mediante varias sesiones de 15 min. diarios estimula directamente al hipotálamo para que produzca endorfinas que son las células neurotransmisoras y estimula la producción de la hormona ACTH.	-Delfines
<b>AROMATERAPIA</b>	-Se aplica en casa. -Se aplica en la clínica.	-Ayudar a relajar a los pacientes con autismo cuando se encuentren angustiados, tengan problemas de sueño, entre otros.	-Tratamiento de las distonías neurovegetativas y los desequilibrios psicofísicos actuando directamente en el plano emocional y fisiológico.	-38 esencias florales

<b>TIPO DE TERAPIA</b>	<b>AREAS QUE TRABAJA</b>	<b>TRABAJA CON PADRES</b>	<b>TRABAJA CON OTROS PROFESIONALES</b>	<b>COSTO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>FÁRMACOS</b>	-Enfermedades como la epilepsia, el aislamiento, la conducta agresiva.	-No	-No	-Relativamente bajo	-Satisfactorios siempre y cuando el niño lo necesite.
<b>MODIFICACIÓN DE CONDUCTA</b>	-Todas las áreas	-Sí	-No	-Bajo	-Es la terapia que más y mejores resultados ha obtenido.
<b>PADRES COMO TERAPEUTAS</b>	-Conductual -Relaciones humanas	-Sí	-No	-Bajo	-Satisfactorios ya que los padres son los que la llevan a cabo.
<b>TERAPIA DE DESARROLLO SOCIAL</b>	-Relaciones humanas	-Sí	-No	-Bajo	-En combinación con otras es de gran ayuda al niño a relacionarse con las demás personas.
<b>TERAPIA DE INTERCAMBIO SOCIAL</b>	-Cognoscitivas -Comportamiento	-Sí	-No	-Bajo	-Igual que la anterior
<b>TRATAMIENTO DIURNO</b>	-Cognoscitivas -Comportamiento	-Sí	-Con maestros	-Relativamente bajo	-Satisfactoria siempre y cuando el niño tenga la capacidad para asistir a un centro especial.

--	--	--	--	--	--

Tabla 4.1. Continuación

<b>TIPO DE TERAPIA</b>	<b>AREAS QUE TRABAJA</b>	<b>TRABAJA CON PADRES</b>	<b>TRABAJA CON OTRO TIPO DE PROFESIONALES</b>	<b>COSTO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>PSICOTERAPIA PARA PADRES</b>	-Apoyo para los padres	-Sí	-No	-Relativamente bajo	-Es de gran ayuda para la superación de los problemas que presentan los padres al tener un hijo autista.
<b>TERAPIA DE JUEGO</b>	-Regresión a otras etapas	-No	-No	-Bajo	-En la mayoría de los casos no se utiliza con los niños autistas debido a las técnicas de regresión.
<b>TERAPIA DE CONTENCIÓN</b>	-Comportamiento -Relaciones sociales	-Sí	-No	-Relativamente bajo	-Satisfactorios ya que llena al niño de seguridad por lo que puede convivir mejor con las demás personas.
<b>MUSICOTERAPIA</b>	-Comunicación -Socialización -Relajación	-No	-Sí	-Alto	-Efectivos ya que a través de la música logran expresar sus sentimientos y emociones.
<b>EQUINOTERAPIA</b>	-Cognitivas -Comunicación -Comportamiento	-No	-Sí	-Alto	-Efectivos en aspectos como el autocontrol, aspectos físicos, psicológicos,



					entre otros.
<b>DELFINOTERAPIA</b>	-Comunicación -Relajación	-No	-Sí	-Alto	-Se han demostrado logros en otros enfermedades como la parálisis cerebral, el síndrome de Down, pero en cuanto al autismo no han sido tan significativos.
<b>AROMATERAPIA</b>	-Relajación	-No	-No	-Bajo	-Satisfactorios en cuanto a aspectos de relajación, problemas de sueño.

Tabla 4.1. Continuación

MODIFICACIÓN  
DE  
CONDUCTA

TERAPIAS PARA PADRES

- Psicoterapia para padres
- Terapia familiar
- Grupos de autoayuda
- Terapia de contención

TERAPIAS PARA NIÑOS

- Tratamiento diurno
- Terapia de desarrollo social
- Terapia de intercambio social
- Terapias alternativas
  - Terapia de contención
  - Delfinoterapia
  - Equinoterapia
  - Musicoterapia
  - Aromaterapia



## BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1981). Grupoterapia de la familia. México: Paidós. Capítulo 1
- Alvin, J. (1997). Musicoterapia. Barcelona: Paidós. Capítulo 1y 2
- Axline, R. (1974). Terapia de juego. México: Editorial Diana. Capítulo 6,7 y8
- Baron-Cohen, S. (1993). Autismo una guía para padres. Psicología y educación. Madrid: Alianza Editorial. Páginas 1-5, 9 y 10
- Bowen, M. (1989). La terapia familiar en la práctica clínica. Volumen I. Madrid: Editorial desclea de Brouwer. Capítulo 9
- Brauner, A. (1981). Vivir con un niño autista. Barcelona: Paidós. Páginas 1-5
- Fernández, F. (2003). Equinoterapia.[En red]. Disponible en: [entornomédico.org](http://entornomédico.org)
- Frith, U.- (1991). Autismo hacia una explicación del enigma. España: Alianza editorial. Páginas 1-4
- Garanto, A.J. (1990). El autismo. Aproximación nosográfica-descriptiva y apuntes psicopedagógicos. Barcelona: Aerded. Páginas 3,8,9,11 y 12
- Garanto, A.J. (1994). Epidemiología de las psicosis. Salamanca: Amarú ediciones. Capítulo 4
- García, C. (2003). Hipoterapia y equinoterapia. Terapias alternativas con caballos. [En red]. Disponible en: [todocaballos.com](http://todocaballos.com)
- Garza, F. (2004). Tratamientos para el autismo. [En red]. Disponible en: [psicopedagogía.com](http://psicopedagogía.com)
- Garzón, A. (2003). Equinoterapia una forma terapéutica de cabalgar. [En red]. Disponible en: [encolombia.com](http://encolombia.com)
- Gisbert, A. (1988). Psicoanálisis. Itinerario de una ciencia. Caracas: Disinlimed C.A. Capítulo 1 y 12
- Happé, F. (1998). Introducción al autismo. España: Alianza editorial. Capítulo 1y2
- Insúa, A.J. (1985). Introducción a la psicología médica. Barcelona: Editorial Promed. Capítulo 1
- Jerusalinsky, A. (1997). Psicoanálisis del autismo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Capítulos 2,3 y 4
- Johnson, H.J. (1992). Métodos de tratamiento infantil. Barcelona: Paidós. Capítulo 1
- Kazdin, A. (1994). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno. Capítulo 2 y 5

- Lebovice, M. (1989). Tratado de psicoterapia del niño y del adolescente. Madrid: Ediciones Pirámide. Capítulo 1,3 y 4
- Mazzoni, M. (2002). ¿ Qué es la musicoterapia?. Buenos Aires: Editorial Kier. Capítulo 1
- Medrano, R.E. (2002). Guía para diagnosticar el autismo infantil. Tesina Campus Iztacala Estado de México. Capítulo 1,2 y 3
- Mejía, M. (2003). Delfinoterpia: una esperanza venida del mar. [En red]. Disponible en: isabelsalama.com
- O'Barry, A. (2003). Definición de delfinoterapia. [En red]. Disponible en angelfire.com
- Ortiz, M. (2003). Abriendo canales de comunicación en autismo a través de la expresión musical. [En red]. Disponible en: alboranpsicología.com
- Paluszny, M. (1991). Autismo. Guía para padre y profesionales. México: Trillas. Capítulo 1 y 4
- Patton, R.J. (1991). Casos de educación especial. México: Limusa. Capítulo 1 y 3
- Polaino, A. (1982). Introducción al estudio científico del autismo infantil. España: Alambra. Capítulo 1,3 y 4
- Rincón, G.L. (2001). El abrazo que lleva al amor. México: Paz. Capítulo 1 y 2
- Riviére, A. (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Buenos Aires: Trotta. Capítulo 1 y 2
- Ross, A. (1994). Terapia de conducta infantil, principios, procedimientos y bases teóricas. México: Limusa. Capítulo 1,2,3 y 4
- Shea, T. (1986). La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta. Buenos Aires. Panamericana. Capítulo 8 y 9
- Shea, M.T. (1998). Manejo conductual: un enfoque práctico para educadores. México: Manual Moderno. Capítulo 2,4 y 5
- Sigman, M. (2000). Niñas y niños autistas. Una perspectiva evolutiva. Madrid : Morata. Capítulo 9
- Spanglet, M. (1997). Musicoterapia. Ambientes predecibles, comportamientos inapropiados. [En red]. Disponible en: autismo.com
- Speier, A. (1984). Psicoterapia de grupo en la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 1 y 2
- Tustin, F. (1994). Autismo y psicosis infantiles. Barcelona: Paidós. Capítulo 6
- Villamarzo, V.F. (1998). Psicoanálisis aplicado. Manual teórico y práctico. Salamanca: Ediciones Amarú. Capítulo 1

- Walker, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. [En red]. Disponible en [autismo.com](http://autismo.com)
- Wing, L. (1988). La educación del niño autista. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1,2,4,5,7 y 8