

728048



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

✓
**EL NIÑO AUTISTA Y SU RELACION
DE OBJETO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CARMEN EDITH RUIZ HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS: DR. DANIEL NARES RODRIGUEZ.



FACULTAD DE PSICOLOGIA

México, D. F.

1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Z5053.08
UNAM.102
1989



~~A~~

L. Ps 4987

A mis padres, con especial cariño
por dedicarme lo mejor de su vida
y por haberme iniciado en el cam
no profesional.

A mi querido hermano por
su acertado apoyo moral
que me ha permitido dar
el primer paso en el ám-
bito profesional.

A mis hermanas, a quienes de
dico esta tesis como símbolo
del cariño que les tengo.

A la Dra. Bertha Fortes por su brillante profesionalismo y gran paciencia en la dirección de esta tesis.

Al Dr. Daniel Nares R. por su atinada y desinteresada ayuda en los momentos críticos.

Al Mtro. Eugenio Aguilar por su orientación en la metodología de esta investigación.

Al Mtro. Aroldo Elorsa por su importante opinión y orientación en la parte estadística de la investigación.

A la Lic. Estela Cordero por su magnífica dirección en la construcción del cuestionario RENAM.

A la Lic. Dora Ma. M. B. - Dounce por su atinada e importante aportación a esta investigación.

A Esther Díaz por su valiosa ayuda en la parte práctica de esta investigación.

A la Lic. Gabriela Urrio-
la por su atinada e importante colaboración.

A la Psicóloga Judith Vaillard M. Directora del Centro Educativo Domus, por su apreciable ayuda al facilitar el acceso a dicho plantel, así como también la interacción con los niños que formaron parte del grupo de investigación.

Al Dr. Sergio R. Herrera-Juárez, Director del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro, al Dr. Jorge Escotto Morett jefe de UTNA y a la Psicóloga Elvira Murga Creel, a todos ellos mi sincero agradecimiento por sus valiosas observaciones y las facilidades de acceso a su Centro de Trabajo y de Interacción con los niños que formaron parte del grupo de investigación.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	11
DESARROLLO INFANTIL	11
Freud S.	14
Klein M.	20
Mahler M.	24
Spitz R. A.	27
Fairbairn R. D.	30
Winnicott D. W.	37
 CAPITULO II	 52
TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL AUTISMO	
Introducción	52
Definición y Características del Autismo	54
Teorías Biogenéticas	56
Teorías Psicoanalíticas	70
 CAPITULO III	 83
METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO	83
 CAPITULO IV	 106
RESULTADOS	106

	Pág.
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	186
CAPITULO V	238
CONCLUSIONES	238
APENDICE	246
CUESTIONARIO RELACIONES DEL NIÑO AUTISTA CON SU - MEDIO (RENAM)	247
FORMATOS, CUADROS, DIAGRAMAS	266
BIBLIOGRAFIA	279

INTRODUCCION

En base a los estudios anteriores a la presente investigación, ésta se realizó con el objetivo de conocer la relación del niño autista hacia los objetos. El interés sobre este tema surgió cuando, como estudiante, al realizar mi servicio social, tuve la oportunidad de conocer el caso de un niño autista, enterándome que el conocimiento e investigaciones existentes sobre el tema no han podido explicar el porque del comportamiento autista, permaneciendo toda suposición acerca de éste a nivel de hipótesis, sin aún poderse aceptar una teoría como alternativa para la comprensión de tales casos.

Para el logro del objetivo antes mencionado se trabajó con un grupo control (niños normales) y un grupo experimental (niños autistas), integrado cada uno de ellos por 13 niños y un adolescente de 6 a 18 años de edad.

Los niños de ambos grupos tuvieron a su disposición una serie de objetos (juguetes) con los cuales interactuaron en forma individual en una habitación alejada de cualquier distractor, durante 15 minutos cada sesión, siendo cuatro el número total de sesiones.

La presentación de los objetos varió de acuerdo a las características de éstos, tanto para el grupo control como para el grupo experimental.

1. Objetos estáticos (no emiten sonido, luz ni movimiento).
2. Objetos de cuerda (emiten sonido, luz o movimiento).

Se aplicó el cuestionario RENAM a las madres de los niños de ambos grupos. Dicho cuestionario fué elaborado por el investigador para obtener información sobre las primeras vivencias del niño con la madre, específicamente en la aceptación de la madre hacia el hijo, la relación madre-hijo durante la lactancia de éste último y la relación del niño con el objeto transicional.

Finalmente para lograr la comprensión clara de las conductas observadas en los niños autistas y normales sirvieron de apoyo al marco teórico los siguientes autores: Melanie Klein, Margaret Mahler y Donald Woods Winnicott.

El presente trabajo está constituido por seis capítulos, antes de los cuales se inicia con una introducción, referente al objetivo de la investigación. Después se desarrolla el capítulo uno con el tema de desarrollo infantil, haciendo referencia a diversos teóricos empezando por la teoría psicoanalítica de S. Freud, por ser el pilar de todas las aportaciones posteriores, le siguen M. Klein con su teoría del desarrollo en donde destaca la fase es-

quizoparanoide y la fase depresiva, M. Mahler con su teoría de las relaciones objetales en donde destaca la primera fase de autismo normal, la segunda fase de simbiosis - normal y la tercera fase de separación-individuación. R. A. Spitz con su teoría del desarrollo en el primer año de vida, se enfoca a la génesis de las relaciones objetales-destacando tres etapas: etapa pre-objetal, etapa del precursor del objeto y etapa del objeto libidinal. R.D. - Fairbairn también se refiere a la teoría de las relaciones-objetales mencionando la etapa oral, anal y fálica. D.W. Winnicott se refiere al desarrollo emocional del niño en el primer año de vida.

En el capítulo dos, concerniente a las teorías sobre la etiología del autismo, se inicia con la introducción sobre la evolución de los trastornos de la esquizofrenia, - más adelante se parte de la definición y características del autismo para después describir las teorías biogénéticas y las teorías psicoanalíticas sobre la etiología del mismo.

En el capítulo tres se explica la metodología y procedimientos realizados en esta investigación, en el capítulo cuarto se reportan los resultados obtenidos y en el capítulo cinco las conclusiones de éstos.

En el apéndice se presentan el cuestionario RENAM -- (las relaciones del niño autista con su medio). Tal ins-

trumento fué elaborado en esta investigación con la finalidad de obtener la información necesaria respecto a las primeras vivencias de la madre y el niño autista. Más adelante, se incluyen diversos materiales utilizados en la investigación como fueron: formas de registro, diagrama de la conducta de los niños autistas, tablas de grupos, etc. Finalmente se incluye la bibliografía consultada.

CAPITULO I

DESARROLLO INFANTIL

Antes de introducirnos a las etapas del desarrollo del niño es de vital importancia conocer el significado de tal concepto. La palabra desarrollo: Des y Arrollar significa "Aumento de Tamaño", y se refiere a los cambios continuos que se dan en todo organismo, animal o humano. Tales cambios van desde el nacimiento hasta el fin de la existencia y abarcan diferentes aspectos de la vida humana, que difieren de acuerdo al período de vida y experiencia del organismo, siendo éstos: el aspecto biológico, físico, motor, intelectual, social, emocional, etc. Pero tal crecimiento o aumento de tamaño puede ser interrumpido por la supresión del curso normal del desarrollo, es entonces cuando se hace necesaria la distinción entre normalidad y patología.

Etimológicamente la palabra salud proviene del latín Salus-utis, y se refiere al estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales.

La palabra anormal proviene de a- y normal adj. anómalo, irregular. La palabra patología al igual que la an

terior, también se refiere a las irregularidades en el organismo. Proviene de pato-enfermedad y el griego logos - tratado, rama de la medicina que estudia las enfermeda - des y los trastornos que se producen en el organismo.

La distinción entre normalidad y patología depende - de muchos criterios como son: el sociocultural, el legal, el clínico etc. (4). De acuerdo a lo anterior, y al contexto que nos ocupa, tomamos el criterio clínico, específicamente al referente a S. Freud por ser el pilar del - psicoanálisis, y a M. Klein por ser la base fundamental - del marco teórico de esta investigación.

Según S. Freud no es posible establecer límites absolutos entre normalidad y anormalidad, porque cada persona tiene rasgos iniciales de anormalidad. La diferenciación entre los conceptos anormalidad y normalidad es de naturaleza cualitativa. Para Freud la anormalidad se desarro - llaría como resultado de la represión de ciertos instin - tos parciales y elementos de la disposición infantil y de la subordinación de lo restante a la primacía de la zona genital al servicio de la función de la reproducción.

Melanie Klein señala lo difícil que es, durante el - desarrollo, encansillar determinadas conductas en el marco de lo normal, o de lo patológico, si no se tiene en - cuenta la edad y toda la estructura de la personalidad. - M. Klein encasilla en el marco del desarrollo normal "pos

turas depresivas", "posturas esquizoparanoides" no forzosamente malsanas, sino correspondientes a los diversos momentos evolutivos. Lo importante según Klein es el estudio de los medios, a veces oscuros, mediante los que el niño ha transformado su angustia, así como su actitud fundamental. Para un feliz desarrollo son condición indispensable algunas mezclas de emotividad y angustia. Esquemáticamente la enfermedad es una no adaptación a las exigencias íntimas y a las del mundo externo, unida a una incapacidad de reversibilidad e imposibilidad descentradora; pero un síntoma o una conducta no son patológicos, sino con respecto al grado de evolución, a la situación presente y al sistema de motivaciones. (2)

Son diversas las teorías que se han postulado con respecto al desarrollo del niño (Gesell, Piaget, Freud, Klein, Mahler, Spitz, Fairbairn, Winnicott etc.) y diversos aspectos de funcionamiento que se han abordado desde el motor, cognoscitivo, psicosexual, emocional, etc. De la misma manera, no hay una teoría que pueda digerir el enorme cúmulo de datos reunidos en el campo de la psicología del desarrollo, sin embargo por cuestiones prácticas y de interés particular, este estudio está dirigido a esta última aproximación, la emocional, pero no por ello se excluyen los aspectos restantes, ya que en el desarrollo de la personalidad intervienen todos éstos, interactuando

entre sí. Por tal razón se mencionan como una introducción al tema de desarrollo infantil las teorías principales que, a criterio personal, están más relacionadas con el tema de interés de esta investigación y que abarcan a los siguientes autores: Freud, Klein, Mahler, Spitz, Fairbairn y Winnicott.

S. Freud se refiere al funcionamiento de la mente como una estructura dinámica y cambiante en donde el Ello, Ego y Super-ego se relacionan funcionalmente entre sí, de acuerdo a las características muy particulares de cada una de ellas que se mencionan a continuación.

El ello abarca las representaciones psíquicas de los impulsos y se encuentra presente desde el nacimiento. (16)

El ego consiste en las funciones que tienen que ver con la relación con el ambiente, y comienza alrededor del sexto al octavo mes de vida y queda establecido a los dos o tres años de edad. (16)

El super-ego comprende las funciones morales de la personalidad y las aspiraciones ideales, y se inicia hasta los cinco o seis años de edad, quedando establecido antes de los diez u once años. (16)

Tanto el ego como el super-ego originalmente forman parte de ello, y se van diferenciando durante el curso del crecimiento hasta llegar a ser entidades funcionales-

separadas. La presencia de tales estructuras se manifiesta en las diferentes actitudes del niño hacia su medio.

El ello se manifiesta desde el nacimiento hasta los cinco años aproximadamente en que para el niño la única importancia que tiene el ambiente es la de ser una fuente posible de gratificación, de descarga de deseos, necesidades y tensiones psíquicas que surgen de los impulsos. En la incapacidad de distinguir entre los estímulos de su propio cuerpo y los provenientes del medio. Se manifiesta también en que el niño percibe diversas partes de su cuerpo (como son sus dedos y su boca) como los objetos más importantes, ya que son fuentes de gratificación, pues la actitud centrada del niño hacia estos está dirigida a las satisfacciones que el objeto le brinda. En forma gradual el niño desarrolla un interés por los objetos*, éste persiste aún cuando el niño no persigue placer o gratificación de parte de ellos.

Los primeros objetos con los que se relaciona el niño son los denominados objetos parciales, tales objetos -

* La noción de objeto se considera en psicoanálisis bajo tres aspectos principales para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, de acuerdo al momento evolutivo de éste. 1) como correlato de la pulsión, es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial (partes del cuerpo: pecho, heces, pene), de un objeto real o de un objeto fantaseado.

2) como correlato del amor (o del odio): se trata entonces de la relación de la persona total, o de la instancia

están separados en la vida mental del niño, y son el pecho, la mano, la cara de la madre. Cabe aclarar que la madre en sí misma no es un objeto parcial, sino más bien el niño la percibe como objeto parcial.

A fines del primer año de vida se establece una relación continua con el objeto que se caracteriza por la ambivalencia, en donde los sentimientos de amor alternan con igual intensidad con los de odio. Se trata de la relación del niño con el objeto total, es decir, el niño ya percibe a la madre como una persona.

Las relaciones con el objeto desempeñan en los primeros tiempos de vida un papel de suma importancia en el desarrollo del ego, pues cierta parte de éste es un precipitado de esas relaciones, si éstas son inadecuadas e insatisfactorias pueden dificultar el desarrollo apropiado de las funciones del ego.

El ego es la parte de la psiquis que concierne al medio y tiene entre uno de sus propósitos el de obtener el máximo de gratificación o de descarga para el ello, es decir,

del yo con un objeto al que se apunta como totalidad (persona, entidad, ideal etc.); el objetivo correspondiente sería objetal. 3) en el sentido tradicional de la filosofía y de la psicología del conocimiento, como correlato del sujeto que percibe y conoce: es lo que se ofrece con caracteres fijos y permanentes, reconocibles y la universalidad de los sujetos, con independencia de los deseos y de las opiniones de los individuos, el objetivo correspondiente sería el objeto. (50)

es el ejecutante de los impulsos, de tal manera que existe en esta etapa una relación de cordial cooperación entre el ego y el ello, y no solamente conflicto entre ambos. El ego evoluciona en forma gradual a medida que el niño crece, tal evolución se puede observar a través de las actividades del ego en relación a su medio como son: el dominio de la musculatura esquelética o control motor, modalidades de la percepción sensorial que brindan información acerca del ambiente, la adquisición de recuerdos para influir sobre el ambiente, y finalmente la actividad más distintiva del ego humano, el criterio de la realidad, que es la primera vacilación entre el impulso y la acción, la primera demora en la descarga que evolucionará hacia el fenómeno llamado pensamiento. Tales funciones se desarrollan gracias a factores del desarrollo, divididos en dos grupos:

1. El crecimiento físico o maduración, que se refiere al desarrollo del SNC, determinado genéticamente.
2. Los factores experienciales.

Freud considera, como uno de los aspectos de importancia fundamental para la formación del ego en las primeras etapas de la vida, a la relación del niño con su propio cuerpo, ya que una determinada parte del organismo es distinta de cualquier otro objeto del ambiente por el hecho-

de dár origen a dos sensaciones, en vez de una, cuando la criatura la toca o se la lleva a la boca: no sólo es sentida, sino que siente y esto, no ocurre con ningún otro-objeto.

También las partes del propio cuerpo le proporcionan al niño un medio de gratificación, fácil y siempre a su alcance, como llevar el pulgar a la boca, pero también - con frecuencia es fuente de sensaciones dolorosas o desagradables que a menudo el niño no puede huir de ellas, como puede ser la sensación de hambre, dolor de estómago, - etc., es decir, el niño aprende que algunas cosas vienen y se van, que pueden estar presentes o ausentes por mucho que uno lo desee, es decir, no son "sí mismo" sino "fuera de sí mismo", y a la inversa, existen estímulos a los que el niño no puede obligar a irse, son estímulos que surgen en el seno del organismo y son puntos de partida para reconocer que tales cosas no son "fuera de sí mismo" sino - "sí mismo".

Un segundo factor de importancia considerado por Freud en la evolución del ego son las representaciones psíquicas del cuerpo, es decir, los recuerdos e ideas conectados con éste, y con sus catexias de energía.

Otro proceso que depende de la experiencia y que es predominante en la evolución del ego es la identificación con los objetos del medio y que son, por lo general, per-

sonas. Freud entiende por identificación el acto o proceso de asemejarse a algo o a alguien en uno o varios aspectos, ya sea del pensamiento o de la conducta. Señaló que la tendencia a asemejarse a un objeto del medio es una parte muy importante de las propias relaciones con los objetos en general, y que tiene un significado particular en la vida temprana. En esta etapa se pueden hallar las siguientes pruebas de esta tendencia de identificación en la conducta del niño: aprender a sonreír, adquisición del habla, en donde el niño se expresa con el mismo acento que los adultos y niños que lo rodean, adquisición de modismos físicos, inquietudes etc. de una persona altamente catectizada. Otro factor de importancia en el proceso de identificación es la pérdida del objeto o separación prolongada o permanente, en donde existe una fuerte tendencia a identificarse con la persona desaparecida.

Las funciones del super-ego en relación con el medio se manifiestan en la aprobación o desaprobación de los actos y deseos sobre la base de la rectitud, en la auto-observación crítica, en la exigencia de reparación o de arrepentimiento por el mal hecho, y en la propia estimación o el propio amor como recompensa por los pensamientos o actos virtuosos o deseables.

Los precursores del superyo se encuentran presentes en la etapa prefálica o preedípica, en las exigencias y

prohibiciones morales de los padres o substitutos de éstos (abuelos, maestros etc.), en la disciplina con respecto a las evacuaciones, y comienzan a tener influencia en la vida mental del niño al término del primer año. En la fase preedípica, tales exigencias morales son tratadas por el niño como parte del ambiente, pues puede obedecerlas o transgredirlas de acuerdo con su relación hacia la madre. Ya durante la etapa edípica, alrededor de los cinco a seis años, la moralidad comienza a ser una cuestión interior, es decir, las normas morales provienen de adentro y no de otra persona a quien hay que obedecer. Es hasta los nueve o diez años que tal proceso de interiorización se hace bastante estable como para ser permanente, aunque está sujeto a modificaciones en la vida posterior. (16)

Melanie Klein, destacó dos fases del desarrollo, una que llamó posición esquizoparanoide y la otra posición de presiva. Denominó a la primera posición esquizoparanoide porque la ansiedad predominante es paranoide, y porque el estado del yo y los objetos se caracteriza por la escisión que es esquizoide. "Esta fase comienza en los primeros tres o cuatro meses de vida", y se caracteriza porque el bebé no reconoce a las personas como tales (madre), sino más bien las percibe y se relaciona con ellas como si fueran objetos parciales (pecho materno). Tal relación marca el inicio de las relaciones objetales, en donde el ni

no hace una separación del pecho en bueno, si gratifica o satisface sus necesidades, y en malo, si no lo satisface y lo frustra. Ambas experiencias de gratificación y frustración convierten al pecho en bueno y malo en el prototipo de los objetos beneficiosos y persecutorios respectivamente, y pasan a ser fuertes estímulos para los impulsos libidinales y agresivos, para el amor y el odio. Así el objetivo del bebé es introyectar el objeto bueno e identificarse con él para mantenerlo a salvo, y proyectar el objeto malo para controlarlo. El bebé normal sale de la posición esquizoparanoide cuando predominan las experiencias buenas sobre las malas, permitiendo la aproximación de los objetos persecutorios (objeto malo) e ideales (objeto bueno) la integración de la personalidad del niño. Este proceso es perturbado cuando por razones internas o externas, o por una combinación de ambas las experiencias malas predominan sobre las buenas. (55)

El objeto malo es identificado con perseguidores internos que generarán ansiedad por el peligro de introducirse en el yo, aniquilándolo junto con el objeto ideal. Ante tal peligro surge un cambio en la percepción del objeto que le permite al niño reconocer a la madre como individuo, con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas. Descubre también como depende totalmente de ésta, y cuantos celos le provocan los demás. Es

te cambio en la percepción del niño hacia la madre en -- "objeto total", marca el inicio de la posición depresiva, que corresponde al segundo trimestre del primer año en fase oral de desarrollo. Al decir que el bebé reconoce a la madre como objeto total, M. Klein se refiere a que la reconoce como persona total, que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente, y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo, es decir, el bebé comienza a percatarse de que sus experiencias -- buenas y malas no proceden de un pecho o madre buena y de un pecho o madre mala, sino de la misma madre, que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo. Así, el reconocimiento de la madre como persona total tiene muchas consecuencias y abre un mundo de experiencias nuevas al objeto ideal (pecho bueno), con quien el yo anhela identificarse, se convierte en la parte del superyo que corresponde al ideal del yo, y que también resulta persecutorio por sus elevadas exigencias de perfección.

También se dá un cambio fundamental en el yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo del bebé se convierte en un yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos. Esta integración del yo y del objeto prosiguen simultáneamente. Al disminuir los procesos proyectivos e integrarse más el yo, se distorciona menos la percepción de los ob-

jetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal se aproxima el uno al otro. . . Así la introyección de un objeto cada vez más total estimula la integración del yo.

En cuanto al cambio en la concepción de la realidad, los procesos de proyección disminuyen, y el niño ya comienza a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de los propios instintos y fines que dan lugar al descubrimiento de su propia realidad psíquica. El bebé ya advierte la propia existencia y la de los objetos como seres distintos y separados de él. También advierte los propios impulsos y fantasías, y comienza a distinguir entre ésta y la realidad externa, y a su vez ésta última de la realidad psíquica. El yo se fortifica gracias al crecimiento y a la asimilación de objetos buenos introyectados en el yo y en el super-yo, y es entonces cuando el bebé establece su relación con la realidad, pues con la progresiva elaboración de la posición depresiva cambia totalmente la relación con los objetos, tal cambio se observa en la adquisición de la capacidad del niño de amar y respetar a las personas como seres separados y diferenciados, en el reconocimiento y responsabilidad de los propios impulsos, en la tolerancia de la culpa, en la capacidad de sentir preocupación por sus objetos. (55)

Cuando se produce una regresión a éstos puntos tem-

pranos del desarrollo, el sentido de la realidad se pierde y el individuo se psicotiza.

Sí se alcanza la posición depresiva y se la elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior son de carácter neurótico. (55)

Por otra parte en su teoría del desarrollo de las relaciones objetales, Margaret Mahler destaca las consecuencias del desarrollo normal y patológico al describir el autismo normal y la psicosis infantil, la simbiosis normal y patológica y el proceso de separación - individuación.

En la primera de tales fases, el autismo normal, que abarca las primeras semanas de vida, postula, que se caracteriza por la falta de consciencia de parte del infante de un agente materno, es decir, el infante no se diferencia así mismo de los demás, no es consciente de lo que está -- más allá de su propio cuerpo. "El infante parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva, en el cual, la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente". (53)

La segunda fase conocida con el nombre de simbiosis normal, que se inicia a partir del segundo mes de vida -- aproximadamente, se caracteriza porque el niño funciona como si él y su madre fueran una unidad. Es una fase de

absoluta dependencia, en donde todavía no existe una diferenciación entre el yo y no yo. Es a partir del tercer mes cuando el niño empieza a darse cuenta en forma vaga de la existencia de un objeto parcial satisfactor de sus necesidades, pero aún percibe al objeto satisfactor (la madre) como parte de él mismo. El yo se va formando por un lado, bajo el impacto de la realidad, y por otro lado bajo el impacto de los impulsos instintivos. A los cinco meses el infante alcanza una relación simbiótica con su madre.

Mahler divide el proceso de separación-individuación en cuatro fases, dentro de las cuales sólo la primera se encuentra dentro del primer año de vida y consiste en un proceso paulatino por medio del cual el niño va a ir dejando de prestar atención a los estímulos interiores, que le proporciona la relación simbiótica. El infante se torna gradualmente consciente de su separación, proceso que se lleva a cabo aproximadamente en dos años.

La segunda fase del proceso separación-individuación se inicia entre los 16 y 18 meses, es un periodo en el que el infante ya se diferencia a sí mismo de las personas y objetos, esta diferenciación se ve apoyada por la separación física de la madre y por el negativismo de la fase anal. Así, el niño inicia una lucha por conseguir su autonomía. El infante se encuentra en el punto cumbre

de creencia de omnipotencia mágica, derivada de la creencia de omnipotencia de la madre. A los dos años de edad el infante se sobrepone a la angustia de separación gracias al predominio del placer del que se ve rodeado. Ya al final del segundo año, cuando el niño va dejando el concepto de omnipotencia mágica, se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el cual su autoestima puede bajar considerablemente. Es entonces cuando se inicia el proceso de internalización, mediante una verdadera identificación yoica con los padres. En esta etapa nace en el niño un deseo de que su madre comparta con él los logros alcanzados, en base a su nuevo poder para alejarse físicamente de ella. Mahler ha llamado a este período de "Rapprochement", es decir, que el infante a la vez que se aleja de su madre, establece un nuevo tipo de relación cordial con ella. Ya no sólo se acerca a ella para ser papachado, sino que se le dirige en otro nivel emocional utilizando gestos y palabras.

La culminación de la fase de separación - individuación llega entre los tres y cuatro años de edad con el establecimiento de la constancia objetal, que debe ser considerada como la fase final en el desarrollo de la relación de objeto. Mahler entiende por constancia objetal, a la imagen maternal que se ha tornado intrapsíquicamente disponible para el niño en ausencia de la madre, es -

decir, la imagen interna de la madre le permite al niño - utilizar un símbolo substitutivo mientras la madre no está presente. A partir de los cuatro años, la imagen obje tal es concebida como siendo catectizada intrapsíquicamen te cuando surge una necesidad y la catexis, como estando disminuida o ausente, cuando la necesidad es satisfecha.

(51)

En su teoría del desarrollo en el primer año de vida, Spitz se enfoca a la génesis de las relaciones de objeto en la cual distingue tres etapas:

1. Etapa preobjetal o sin objeto
2. Etapa del precursor del objeto
3. Etapa del objeto libidinal, propiamente dicho.

La primera etapa preobjetal, que abarca los tres pri meros meses de vida, se caracteriza porque el niño posee una barrera natural muy alta contra los estímulos exte^{ri}o res. Es una etapa de no diferenciación, en la que no --- existe clara distinción entre el YO y el NO YO, e incluso tampoco entre las diferentes regiones del cuerpo.

En el aspecto afectivo, durante los primeros días de vida, sólo se capta una ligera manifestación semejante a la emoción, ya sea un estado de excitación negativa que - se presenta cuando la estimulación rebasa el umbral de to lerancia perceptiva, o bien, su contrapartida que es el -

sosiego, sin llegar al placer.

En el aspecto cognitivo, Spitz afirma que el neonato no tiene en absoluto imagen alguna del mundo y que incluso a los seis meses de edad sólo unas pocas de las señales que han recibido han quedado establecidas como huellas mnémicas.

El recién nacido atraviesa por una serie de condiciones que le van facilitando transformar los estímulos en experiencias significativas, entre tales condiciones se encuentran:

- a) La creación de una barrera que lo protege de la excesiva cantidad de estímulos o de aquellos demasiado altos.
- b) En forma gradual empieza a dotar de significados a los estímulos.
- c) Su mundo está rodeado de estímulos que la madre le proporciona.
- d) La madre le presta ayuda para lograr la descarga de sus tensiones.
- e) La reciprocidad en la relación madre - hijo permite a éste último transformar poco a poco los estímulos sin significado, en señales significativas. (72)

En el área perceptual el recién nacido no tiene percepción, sino sólo sensación. La percepción parece empe-

zar como una totalidad y las diversas modalidades perceptivas se irán separando a lo largo del desarrollo. Spitz postula la existencia de una zona perceptual única que actúa desde el nacimiento y que consiste en la boca y la cavidad oral; que la única conducta dirigida del infante al nacer, se da por la combinación de asir y succionar el pezón con los labios.

Alrededor de los tres meses se desarrolla la percepción tridimensional de la Gestalt por la percepción de la distancia. Spitz considera esto de peso importante para la consecución de la relación objetal.

La segunda etapa, el precursor del objeto, que abarca de los tres a los seis meses de edad, se caracteriza porque aparece la sonrisa, que se puede considerar como la primera manifestación de conducta activa del infante, dirigida e intencionada, y que se presenta siempre y cuando el rostro de la persona que observa el niño, esté de frente y presente movimiento. Esta reacción de la sonrisa al adulto representa la transición de la pasividad a la actividad dirigida en la comunicación madre-hijo y forma las premisas de ulteriores relaciones sociales. Las vocalizaciones, que al principio sólo servían para descargar la tensión, se convierten en un juego en el que el niño las escucha con atención y las repite.

Hacia los seis meses, la sonrisa se vuelve selectiva,

es decir, no se presenta con extraños. Se considera que aún no se ha establecido la relación objetal, dado que la Gestalt de la cara es percibida por el infante sólo como un signo y no como persona u objeto.

La tercera etapa, del objeto libidinal que va de los ocho a los diez meses, se caracteriza porque ya se da el establecimiento del objeto libidinal, que se manifiesta con la angustia de los ocho meses, ante la aparición de rostros desconocidos que no coinciden con las huellas mnésicas del rostro de la madre, es decir, la capacidad de distinción entre el amigo y el extraño está ya bien desarrollada. Esto revela el hecho de que se ha establecido una verdadera relación de objeto con la madre como objeto libidinal.

También en esta etapa se observa la iniciación de la imitación sobre la base afectiva de las relaciones con la madre.

Por su parte Fairbairn rechazó la teoría de los dos instintos propugnada por Freud y la reemplazó por una radical teoría de relaciones objetales. Consideró a tales relaciones como determinantes en la actitud libidinosa. Afirma que la meta libidinosa es establecer relaciones objetales utilizando los órganos como canales, y considerando lo que Freud llamaba fines orales y anales como formas de tratar con los objetos. Concibe el funcionamiento

del organismo como un todo, y no como entidades separadas. Encontró que la elección de órganos para el establecimiento de relaciones objetales está determinada en orden de prioridad por tres factores:

1. Que el órgano sea apropiado al fin, y que haya sido adaptado para funcionar como tal en el curso de la evolución.
2. Que el órgano esté biológica y psicológicamente disponible
3. Que el órgano reciba entrenamiento por medio de la experiencia.

En el desarrollo libidinal concibe que el infante empieza con una relación de gran dependencia con la madre y que va madurando a un sistema complejo de interacción social con diferentes grados de intimidad. En base a esto, distingue tres estadios del desarrollo libidinal:

1. El objeto biológico adecuado es el pecho de la madre.
2. Estadio de transición.
3. Estadio en el que los órganos genitales en relación heterosexual son el objeto biológico adecuado.

Fairbairn integró su teoría en tres etapas: oral, anal fálica.

La primera etapa del desarrollo, la etapa oral que -
corresponde al primer año de vida, se caracteriza porque
considera que en base a la succión la boca cumple la fun-
ción del primer medio de contacto social, que es el cami-
no que ofrece menor resistencia para llegar al objeto, y
es por eso que se convierte en el órgano libidinoso predo-
minante de esta etapa. Esta etapa es llamada de dependen-
cia infantil y sus rasgos sobresalientes son:

- a) Que el niño presenta una dependencia incondicio-
nal hacia el objeto, siendo esta, una dependen-
cia oral, no porque el niño sea intrínsecamente
oral, sino porque el pecho es un objeto primario.
- b) Presencia del narcisismo que puede ser primario,
consistente en un estadio de identificación con-
el objeto internalizado. En general podría de-
cirse que el narcisismo, es el resultado de una
excesiva libidinización de objetos.

Fairbairn divide la fase oral en dos partes:

1. Fase oral primaria.

Está caracterizada por la succión e incorporación,
en donde el niño tiene un sentimiento preambiva-
lente hacia el objeto, aceptando su parte buena-
y rechazando su parte mala, sin llegar a la agre-
sión directa. El objeto es aún parcial (pecho -

materno), es decir, que el niño no ha identificado a la madre como un todo.

2. Fase oral secundaria.

Está caracterizada por las modalidades de morder e incorporar. El niño presenta una actitud ambivalente hacia la madre, a quien ya percibió como un objeto total, (la madre).

El período de uno a tres años se caracteriza por el progresivo abandono de la dependencia infantil y la progresiva adopción de la actitud de dependencia madura, y corresponde a las dos fases: anal y fálica. Esta fase se llama de transición dentro de la teoría de Fairbairn, y se inicia cuando se realiza la dicotomización del objeto, quedando atrás la ambivalencia. Consiste en que el objeto primario hacia el que se orientaba el amor y el odio es reemplazado por dos objetos: - uno aceptado que reciba el amor y uno rechazado que reciba el odio.

Esta etapa se caracteriza por el uso de técnicas defensivas para el enfrentamiento de los conflictos propios de una transición y son: Paranoide, obsesivo, histérico y fóbico, y no corresponden a una fase libidinal en especial, sino que son -

empleados alternativamente.

A) Técnica fóbica.

Entra en acción ante la necesidad de dejar atrás la identificación infantil con el objeto, y la tendencia regresiva hacia ésta, oscilación que - va acompañada de angustia. La separación ocasionará una angustia en forma de temor al aislamiento, y la identificación, un temor a ser aprisionado. La naturaleza de las relaciones de objeto de la técnica fóbica, implica que tanto el objeto aceptado como el rechazado son externalizados.

B) Técnica obsesiva.

Esta técnica actúa ante la angustia que ocasiona la oscilación entre la expulsión y la retención del objeto. La expulsión se acompaña de un temor a ser vaciado y la retención, de un temor a estallar. Así las relaciones de objeto de esta técnica implican que tanto el objeto aceptado como el rechazado han sido internalizados.

C) Técnica histérica.

"Esta técnica actúa ante el conflicto entre la aceptación o rechazo del objeto, de tal manera que la aceptación del objeto se manifiesta en las intensas relaciones amorosas que son típicas

del histérico, mientras que la exageración de estas relaciones emocionales hace sospechar que se está sobrecompensando un rechazo. Esta sospecha se confirma por la propensión del histérico a fenómenos de disociación. Siendo así, es notable que lo que disocia el histérico sea un órgano o función dentro de él mismo. Este hecho sólo puede tener un significado: el de que el objeto rechazado es un objeto internalizado en el cual - hay una considerable identificación. Por otra parte, la sobrevaloración que hace el histérico de sus objetos reales, no deja lugar a dudas de que en su caso el objeto aceptado es un objeto - externalizado. De manera que el estado histérico se caracteriza por la aceptación del objeto - externalizado y el rechazo del objeto internalizado".

D) Técnica paranoide.

Se caracteriza por un rechazo del objeto externalizado (al considerarlo perseguidor), o una externalización del objeto rechazado y por otro lado, por la aceptación del objeto internalizado - (por un sentimiento de grandiosidad) o internalización del objeto aceptado.

Dentro de esta etapa de transición, se encuentra

la fase anal, en donde Fairbairn considera que la defecación y la iniciación no son actividades libidinosas primarias, ya que su fin no es establecer una relación objetal, sino rechazar objetos, y aunque estas actividades proporcionan placer, no tienen conexión con la libido, tal como él la concibe, ya que considera al placer sólo como un acompañamiento natural del alivio de la tensión.

Fairbairn ha encontrado que el individuo no se preocupa por la expulsión de contenidos porque se encuentre en una etapa anal, sino que se encuentra en una etapa anal porque se preocupa de la expulsión de contenidos. Atribuye importancia a esta etapa en base a que el individuo se desembaraza de objetos, y la tarea del estadio de transición incluye el renunciar a las relaciones establecidas en el período oral.

La fase fálica comienza a partir de los tres años y se caracteriza porque la actitud fálica es el resultado de la identificación de los órganos genitales con el pecho, como objeto parcial primario, y con la boca, como órgano libidinoso. Concede importancia a la situación Edípica, que representa una diferenciación del objeto único de la fase ambivalente con dos objetos, en donde el niño identifica al objeto aceptado con uno de los padres y el

rechazado con el otro. La relación del niño con el padre - como objeto nuevo, trae como consecuencia problemas de -- adaptación que se resuelven como ocurrió en el caso de la madre, internalizando al padre como objeto excitante y como objeto repelente, dándose así una relación ambivalente. El niño simplifica esta situación de doble ambivalencia, - (la sentida hacia el padre y la madre), concentrándose en el aspecto excitante de uno de los padres, y en el aspecto repelente del otro. La orientación hacia el progeni - tor del sexo opuesto como objeto excitante, está determi - nada por el sexo biológico del niño, y por su consciencia de las diferencias genitales entre ambos sexos. Fairbairn, considera que la culpa resultante de la situación Edípica se da por el hecho de que el deseo incestuoso representa - robar un amor que no ha sido otorgado libremente y por - sentir que su amor es rechazado por ser malo. (2)

Winnicott D. W. intentó reformular la teoría del de - sarrollo emocional del niño, en tal formulación habla a - cerca de las necesidades del niño y del papel que desempe ña la madre como promotora del desarrollo psicológico sa - no en la primera infancia, que va del nacimiento a los dos años y en la niñez que abarca de los dos a cinco o - siete años. Durante la primera infancia Winnicott mencio - na que el desarrollo emocional del ser humano comienza en el primer año de vida, estableciéndose en éste la base de -

la salud mental. Este período se caracteriza por la total dependencia del niño hacia el medio físico y emocional, no habiendo consciencia en el niño de tal dependencia. El lactante y la atención o cuidados maternos forman una unidad que se va disociando a lo largo de una evolución normal. (2)

Los cuidados maternos permiten que el niño viva y se desarrolle aunque no es capaz todavía de dominar lo que de bueno y de malo hay en su entorno, ni de sentirse responsable de ello. En esta etapa Winnicott destaca al ambiente como papel vital en el desarrollo emocional del niño. "Refiere que en el desarrollo emocional individual el precursor del espejo es el rostro de la madre".

Es decir, el rostro de la madre es el espejo en el que el bebé se ve a sí mismo, puede ver el estado de ánimo reflejado por la madre, la rigidez de las defensas de ésta o no recibir lo que dió. Cuando el bebé no recibe de vuelta lo que da se atrofia su capacidad creadora, - tiende a estudiar el rostro de la madre y trata de encontrar algún significado, de predecir su estado de ánimo, - ésto lo puede llevar a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos que trae como consecuencia la amenaza de caos y la retirada o el no mirar, salvo para percibir a manera de defensa. De este modo, si el rostro de la madre no responde, un espejo se

rá para el niño algo que se mira, y no, algo dentro de lo cual se mira. Al finalizar esta etapa el niño ya ha alcanzado ciertos logros como son: la independencia, la integración de la personalidad, se han desarrollado rudimentos de la mente, la fantasía ha evolucionado en forma considerable, se organiza la realidad personal interna, las relaciones objetales parciales pasan a ser totales, la espontaneidad es de suma importancia así como la capacidad creadora, la motilidad va adquiriendo significado a medida que el niño crece, aparecen signos de la capacidad para preocuparse, el niño ya ha adquirido varias posesiones o varios objetos, y el significado de la palabra amor se modifica e incorpora nuevos elementos.

Aunque el niño ha logrado un cierto grado de independencia, a menudo vuelve a la dependencia. El niño se haya primero en un estado de "dependencia absoluta", es decir, que carece de medios para reconocer los cuidados maternos. Después, en un estado de "dependencia relativa"-el niño es capaz de enterarse detalladamente de los cuidados maternos que necesita.

Por último, al desarrollarse "hacia la independencia" adquiere los medios de prescindir de tales cuidados; lo consigue a través del almacenamiento de los recuerdos de dichas atenciones, de la proyección de sus necesidades -- personales y la introyección de los detalles de los cuida

dos, al mismo tiempo se desarrolla su confianza en el medio.

La integración de la personalidad se refiere a que el niño ha alcanzado el status de individuo, y aún cuando esto no ocurre permanentemente, en ciertos períodos y en determinadas relaciones, el niño de un año de edad ya es una persona total. La integración es un proceso que se desarrolla en forma gradual a partir de un estado primario no integrado. Para que tal proceso tenga lugar deben existir ciertas condiciones ambientales que dependen de la madre. Al principio, el niño es una serie de fases de motilidad y percepciones sensoriales. La integración está vinculada con las experiencias emocionales más definidas como son la rabia o la excitación de una mamada. Gradualmente la integración se convierte en un hecho establecido y el niño en una unidad cada vez más cohesiva.

El grado de integración es variable al cumplir el año de edad; algunos niños ya poseen una personalidad definida como una fuerte personalidad con características personales exageradas, o bien, ubicados en el extremo opuesto, no han adquirido una personalidad tan definida y siguen dependiendo en alto grado del cuidado permanente.

En cuanto al desarrollo de rudimentos de la mente, se refiere a que la mente y los procesos intelectuales del niño le permiten entender y tolerar fallas en la adaptación

de la madre. Una de las funciones de la mente consiste - en catalogar los acontecimientos y almacenar y clasificar recuerdos. También le permite al niño utilizar el tiempo - como medida, medir el espacio y relacionar las causas con los efectos.

El mundo interno del niño se va organizando de acuerdo con complejos mecanismos que tienen como propósito:

1. Preservar lo que se siente como "bueno" aceptable y fortalecedor del self.
2. Aislar lo que se experimenta como "malo", inaceptable, persecutorio.
3. Preservar un área en la realidad psíquica personal, en la que los objetos tienen interrelaciones vivas, excitantes e incluso agresivas, a la vez que afectuosas. La visión que el niño tiene del mundo exterior está basada en gran parte en el patrón de la realidad interna personal. La conducta concreta del medio con respecto a un niño se ve afectada por las expectativas positivas y negativas de aquel.

La relación del niño como persona total con personas totales es un logro que se alcanza en forma gradual y se convierte en un hecho cuando las condiciones imperantes son suficientemente buenas. La integración gradual de la

personalidad infantil en una unidad hace posible que el objeto parcial, el pecho, se experimente y reconozca como parte de la persona total, provocando este aspecto -- del desarrollo ansiedades específicas. Tal reconocimiento del objeto total va acompañado por un sentimiento de dependencia, y por lo tanto de la necesidad de independencia.

En cuanto a la espontaneidad, el niño se ve obligado a renunciar a ésta, pues el establecimiento de un superyo, el desarrollo de complejos mecanismos, y el deseo de la madre de liberarse del yugo de la maternidad, le demandan la restricción de tal espontaneidad, y adaptación de las necesidades de quienes lo cuidan. Al comienzo, los mecanismos de autocontrol son toscos como los impulsos -- mismos, pero la actitud de la madre resulta beneficiosa en tanto es menos brutal y más humana. Si las condiciones externas siguen siendo favorables el niño establecerá un control interno humano, sin sufrir una pérdida demasiado grande de esa espontaneidad.

En cuanto a la capacidad creadora, el impulso creador innato del niño le demuestra que está vivo. El niño debe recrear el mundo, y esto es posible si aquel se hace presente en los momentos de actividad creadora. El éxito de tal operación depende de la adaptación sensible que la madre hace a las necesidades del niño, sobre todo al principio.

En cuanto a la motilidad, esta constituye un rasgo - del feto vivo, es la precursora de la agresión, y su desarrollo está determinado por la existencia de condiciones ambientales suficientemente buenas. Cuando tal situación no se da, sólo una pequeña proporción del potencial agresivo se fusiona con la vida erótica, y el niño se ve abrumado por impulsos que carecen de sentido, llevándolo a una actitud destructiva en la relación con los objetos o, a una actividad carente de sentido, como una convulsión. La agresión no funcionada puede aparecer como la expectativa de un ataque, y es la forma en la que se puede producir una patología del desarrollo emocional, evidente desde una etapa muy temprana y que con el correr del tiempo, llega a constituir un trastorno psiquiátrico que puede presentar rasgos paranoides.

La capacidad para la preocupación se refiere a la capacidad del niño para experimentar sentimientos de culpa. Tal capacidad depende de la integración de la personalidad infantil en una unidad, y de que el niño acepte su responsabilidad con respecto a la fantasía total de lo que corresponde al momento instintivo. Para este logro tan complejo es necesaria la presencia continua de la madre o de un sustituto de ésta, así como su actitud que debe revelar su disposición a ver y a aceptar los esfuerzos inmaduros del niño y contribuir a reparar y a amar en for

ma constructiva.

Con respecto a las posesiones, se refiere a que el niño ya ha adquirido varios objetos blandos como: ositos, muñecas de trapo etc. que son importantes para él. Tales objetos son la representación de objetos parciales, en particular del pecho materno, y solo gradualmente simbolizan a los bebés o al padre. El objeto es valioso como objeto intermedio entre el self y el mundo externo. Por lo general el niño se aferra a él en el momento de ir a dormir, en momentos de soledad, tristeza o ansiedad, y puede perdurar hasta a fines de la niñez e incluso en la vida adulta. A tales objetos Winnicott los llamó transicionales, y su elección constituye un fenómeno normal que permite al niño efectuar la transición entre la relación oral con la madre y la verdadera relación de objeto, es decir, entre un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado. Este objeto adquiere cualidades especiales para el niño durante su relación con el y son las siguientes:

1. El bebé adquiere derechos sobre el objeto, y el adulto lo acepta.
2. El objeto es acunado con afecto, y al mismo tiempo amado y mutilado con excitación.

3. El objeto nunca debe cambiar, a menos de que lo cambie el propio bebé.
4. El objeto tiene que sobrevivir al amor instintivo, así como al odio, y si se trata de una característica, a la agresión pura.
5. Al bebé debe parecerle que el objeto irradia calor, o que se mueve, o que posee cierta textura, o que hace algo que parece demostrar que posee una vitalidad o una realidad propias.
6. El objeto proviene de afuera desde el punto de vista del adulto, pero no para el bebé. Tampoco viene de adentro, no es una alucinación.
7. Se permite que el destino del objeto sufra una descarga gradual, de modo que a lo largo de los años queda no tanto olvidado como relegado al limbo. Winnicott quiere decir con esto que en un estado de buena salud el objeto transicional no "entra", ni es forzoso que el sentimiento relacionado con él sea reprimido.

No se le olvida, ni se lo llora. Pierde significación, y ello porque los fenómenos transicionales se han vuelto difusos, se han extendido a todo el territorio intermedio entre la "reali-

dad psíquica interna" y "el mundo externo tal como lo perciben dos personas en común", es decir, a todo el campo cultural.

"En este punto mi tema se amplía, y abarca el del juego, y el de la creación y apreciación artísticas, y el de los sentimientos religiosos, y el de los sueños, y también el del fetichismo, las mentiras y los hurtos, el origen y la pérdida de los sentimientos afectuosos, la adicción a las drogas, el talismán de los rituales obsesivos-etc."

En cuanto al amor, pasa a significar: la existencia, el respirar, el ser amado, el apetito, la necesidad de satisfacción, el contacto afectuoso con la madre, la integración por parte del niño del objeto de la experiencia instintiva con la madre total o el contacto afectuoso, los reclamos con respecto a la madre, mostrándose compulsivamente ávido por recibir los cuidados maternos.

CUADRO GENERAL DE DESARROLLO PSICOLÓGICO

AÑOS	FREUD	KLEIN	MAHLER	SPITZ	FAIRBAIRN	WINNICOTT
1o.	ETAPA ORAL	Fase Esquizoparanoide. Fase Depresiva	Autismo Normal Simbiósis	Establecimiento del Objeto	Etapa Oral	Desarrollo Emocional
2o.	ETAPA		P R O		E T A	
3o.	ANAL		C E S		P A	FASE ANAL
4o.	E F		O S E		D E	
5o.	T A A L		P A R A A		R A N S	FASE FALICA
6o.	P I A C A A		C I O N		I C I O N	
7o.	E L					
8o.	T A A T					
9o.	P E A N					
10o.						
11o.	D I E A					
12o.						

PRIMER AÑO DE VIDA

MESES	FREUD	KLEIN	MAHLER	SPITZ	FAIRBAIRN	WINNICOTT
1o.	E A L P su	Relaciones con objetos par- ciales (pecho materno)	Autismo Normal	Responde a es- tímulos ex- ternos	PRIMARIA	D
2o.	E A L R propósi- O es L O A obtener el		Simbiosis Normal		SECUNDARIA	E P E
3o.	D O E M máximo de gratifi- cación	No hay recono- cimiento de las personas como tales	Vaga conciencia de la existencia de un objeto parcial satis- factor de necesidades	No hay dife- rencia entre el yo y no yo	OBJETOS	M D E N I
4o.	I P N S I O T A	Reconocimien- to de la ma- dre como ob- jeto total		la manifes- tación de con- ducta activa dirigida e- intencionada	OBJETOS PARCIALES	C I A I
5o.	E C A L O		Relación Simbólica Específica	la sonrisa - como respues- ta ante el - rostro de -	ACCIONES	H A C O
6o.	P S E E los impuls- os			cuales cualquier a- dulto		I A
7o.	I N A E L A I	los objetos - parciales tie- nen un papel importante en la mente in-	Separación individua- ción. la. Fase: paun- lativamente deja de prestar atención a	Establecimiento - del objeto libidin- al.	SECUNDARIA	E L Y
8o.	C E I O O A	fantil	estímulos interio- res	Angustia ante ex- traños	OBJETOS PARCIALES	M E M O I C
9o.	R	La relación a objetos com- pletos esta - siendo esta- blecida		Comienzo de la - imitación	ACCIONES	O O N
10o.	A	Los deseos ge- nitales avan- zan fuertemen- te.			ACCIONES	A L
11o.	L	La libido or- al aun manda			ACCIONES	
12o.		Iniciación de fantasías de masturbación			ACCIONES	

PERIODO DE 1 A 3 AÑOS

AÑOS	FREUD	KLEIN	MAHLER	SPITZ	FAIRBAIRN	WINNICOTT
1o.	<p>E T A P A</p> <p>S P E R E E N C U R S U S</p> <p>L O S</p> <p>O P N T R A R S R C I A S Y E P R O H I B I C I O N E S</p>	<p>TEJIDAS DE SADISMO Y CENTRADAS EN TORNO DE LA COPULACION ENTRE LOS PADRES. SENTIMIENTOS DE ODIOS CONTRA EL PROGENITOR DEL MISMO SEXO. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD. SURGIMIENTO DE OBSESIONES BASADAS EN ANSIEDADES ORALES, URETRALES Y ANALES.</p>	<p>2a. PASE</p> <p>SE DIFERENCIA A SI MISMO DE LOS</p>	<p>1o. ORGANIZADOR RESPUESTA DE LA SONRISA</p> <p>2o. ORGANIZADOR ANGSTIA DEL 8o. MES</p> <p>3o. ORGANIZADOR DOMINIO DEL NO</p>	<p>E A D U T B I S A A C C O P N O D A D T O E O I E Z C T P A N I R R C I C A O I C A S R N S</p>	
2o.	<p>A N S E P A T E R Y O S L O S</p> <p>S E</p>	<p>DESARROLLO DE LA CONSCIENCIA. INTEGRACION DEL SUPERYO. DELIMITACION ENTRE LA CONCIENCIA Y LO INCONCIENTE. APARICION DEL MECANISMO DE DEFENSA LA REPRESION</p>	<p>DEMÁS.</p>		<p>I E D D C S E E I I L P O V O E N B N S E J S L E I V A T O A S D E P E N D E</p>	
3o.	<p>E S T A G B O L E C E E L</p> <p>CRITERIO DE LA REALIDAD</p>				<p>E E N C A P A A P R E O C U P A C I O N P O R L A E X P U L S I O N D E C O N T E N I D O S</p>	

PERIODO DE 3 A 6 AÑOS

AÑOS	FREUD	KLEIN	MAHLER	SPITZ	FAIRBAIRN	WINNICOTT
3o.	E T A P A	I N I C I A C I O N E S LA TEMPRANA VI DA SEXUAL AL- CANZA SU MAXI- MO	C U L M I N A C I O N E S I N D I V I D U A L I Z A C I O N E S O B J E T O S D E L A C O N S T A N C I A		E T A P A S A C C E P T A C I O N E S P A D R E S Y O T R O S F A L I C A C I O N E S	
4o.	F A	D E L E D I P O L O G R A U N D E S A R R O L L O C O M P L E T O.	D E F A S E S E P A R A C I O N E S C O N E S T A B L E S N O S T A B L E S		F A L I C A C I O N E S U N O D E R E C H A Z A L O S A L	
5o.	L I C I A N P I E R I O D O D E I N T E R I O R E S S E L A M O R A L I D A D C O M I E N Z A A S E R U N A C U E S T I O N E S I N T E R I O R E S I N T E R I O R E S	P E R I O D O D E I P I C O M I E N Z A A D E C L I N A R A L C A N Z A N D O S U S N I V E L E S M A S B A J O S L A R E P R E S I O N D E L O S D E S E O S E D I P I C O S E S M A S S E G U R A S.				
6o.		L A E N C I A S D E S E X U A L I Z A C I O N E S D E E X P E R I E N C I A S Y F A N T A S I A S, -- L A S E X P R E S A M U Y D I S F R A Z A D A S.				

PERIODO DE 6 A 11 AÑOS

AÑOS	FREUD	KLEIN	MAHLER	SPITZ	FAIRBAIRN	WINNICOTT
7o.	E T A P A	LOS IMPULSOS SON MAS PODE ROSQS P				
8o.	D E L A	U RESURGIMIENTO DE LA INTIMI- DAD DE LAS EMO B CIONES Y DE LA E INFLUENCIA DE LO INCONSCIENTE				
9o.	S E LA INTERIO T E L RIZACION E E S DE LAS - N S P NORMAS MO T E RALES ES C A R TE PERMANEN- I B Y A L O	R LAS ACTIVIDA - DES IMAGINATI- VAS SE ADAPTAN T MAS A LA REALI- DAD Y A LOS IN A TERESES DEL YO				
10.	E C E	D SE OCUPA DE LAS GENTES Y DE LAS COSAS				
11o.						

CAPITULO II

Introducción.

Los enfermos que en la actualidad se consideran dentro del grupo de las esquizofrenias, sorprendieron a los clínicos del siglo XIX por la progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento, entorpecimiento e incoherencia. En Francia B. Morel (28) denominó a la debilidad mental propia de la adolescencia con el nombre de "DEMENCIA PRECOZ". En el año de 1871, en Alemania, E. Herker (28) designó al estado demencial de la gente joven con el nombre de HEBEFRENIA, y K. Kalhbaum (28), en el año de 1863, describió los trastornos psicomotores como: la inercia, la flexibilidad cética, la catalepcia, la hiperquinesia, el patetismo de las expresiones y los manierismos como efectos de CATATONIA. Más adelante, en el año de 1896, E. Kraepelin (28) reunió estas psicosis deteriorantes, la HEBEFRENICA, CATATONICA Y PARANOIDE en un sólo grupo que llamó DEMENCIA PRECOZ, porque aparecían a edad temprana, generalmente en la adolescencia, y su curso siempre terminaba en un deterioro completo. Para Kraepelin, la demencia precoz consistió en una especie de locura, caracteri-

zada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y por profundos trastornos de la actividad como: la indiferencia, la apatía y los sentimientos paradójicos.

En 1906, el psiquiatra suizo Eugenio Bleuler (14), - describió por primera vez al autismo como una alteración del pensamiento en los pacientes psicóticos, que consistía en referir a sí mismo cualquier acontecimiento, evitando cualquier estímulo de tipo social. Más adelante, - en el año de 1911, argumentó que el concepto de demencia precoz de Kraepelin era falso, apoyándose en que no todos los pacientes eran jóvenes, ni podían calificarse de dementes, ya que no todos llegan a una deterioración completa, y que no aparece necesariamente en forma precoz. De ahí propuso el término de ESQUIZOFRENIA, con la finalidad de hacer alusión sobre el trastorno de la asociación de las funciones básicas de la personalidad como; las intelectuales, las afectivas y las pragmáticas, y evitar implicaciones referentes a la edad de iniciación y aspectos de perturbación.

En 1943, el psiquiatra infantil norteamericano Leo Kanner (62) dió la primera definición del AUTISMO INFANTIL, basándose en una investigación minuciosa en donde examinó a niños con extrañas alteraciones y que durante esa época todavía no eran clasificadas. Determinó que

el autismo es una forma singular de esquizofrenia, como - el síndrome que afecta a infantes en los primeros años de vida, y que es una forma en que reacciona el niño para - adaptarse a un sistema de vida familiar con poca o ninguna comunicación. Kanner, fué el primero en determinar - LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PADRES de los niños autistas - como personas poco afectivas, obsesivas, sofisticadas y con inteligencia superior, y consideró especialmente a la madre como el factor causal de la aparición y persistencia del autismo en el niño, ya que éste nunca llega a percibirla como persona y retira, así, todo interés y contacto con las otras personas. (36)

Definición y características del autismo.

La palabra autismo proviene del griego Autos que significa, uno mismo, vivir en función de sí mismo. Dicho término se emplea para referirse a comportamientos centrados en el propio individuo. (36)

La Asociación Psiquiátrica Americana define al autismo infantil como el síndrome que se caracteriza porque se presenta desde el nacimiento o dentro de los primeros 30 meses de vida. Se presentan reacciones anormales hacia los estímulos auditivos y, a veces, a los estímulos visuales; existen graves problemas en la comprensión del lenguaje; el habla es retardada y cuando se desarrolla se carac

teriza por ecolalia, reversión de pronombres, estructura gramatical inmadura, incapacidad para usar términos abstractos, problemas de relaciones sociales, principalmente antes de los cinco años de edad, que se manifiestan en alteraciones para mirar de frente a las personas, para el juego cooperativo, resistencia al cambio, interés excesivo por los objetos giratorios, modelos estereotipados de juego, disminución en la capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para el juego imaginativo. La inteligencia varía desde acentuadamente subnormal hasta normal o superior, mejor desempeño en las tareas que requieren memoria maquina o capacidad de percepción visual y espacial, que en las tareas que demandan habilidad lingüística o simbólica. (5)

TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL AUTISMO

Las principales teorías sobre la causas del autismo han surgido de múltiples investigaciones realizadas por diversos especialistas en diferentes ramas de la ciencia como son: la Biología, la Genética, la Fisiología, la Química, la Psiquiatría, la Psicología, con la finalidad de encontrar las perturbaciones que expliquen la incapacidad de estos niños para establecer relaciones humanas. Tales investigaciones se clasifican en dos puntos de vista diferentes:

1. El punto de vista de las teorías biogenéticas.
2. El punto de vista de las teorías psicoanalíticas.

1) Teorías biogenéticas.

En el año de 1947 Bender L. concibió al autismo infantil precoz, como una forma de esquizofrenia infantil, con un trastorno de conducta en las áreas de funcionamiento de la personalidad. Afirmó que tal trastorno se debe a una disfunción orgánica semejante a una encefalopatía o a una falta de maduración a nivel embrionario, determinados genéticamente y activados por una crisis fisiológica como: el nacimiento, que da lugar a la presencia de ansiedad hacia la cual el niño responde con mecanismos de defensa que conducen al autismo (10)

En 1959, Goldstein afirmó que el autismo es una defensa secundaria contra una deficiencia orgánica que, supuso, era la incapacidad del niño autista para abordar el pensamiento abstracto. Mencionó que el comportamiento autista está ligado a las reacciones de pacientes con lesiones en el cerebro y representa o expresa un mecanismo de protección puesto en juego pasivamente como medio de salvaguardar la existencia del pacien

te en situaciones de desazón y angustia insoporables por consiguiente, concluyó que el autismo es la forma como el niño, así deficiente, evita una reacción catastrófica. (11)

En el año de 1964 Rimland Bernard realizó un estudio con 28 niños gemelos, 11 de los cuales -- eran monocigóticos. Encontró que 14 sufrían de autismo, y explicó que esta era una prueba con - tra una etiología psicogenética del autismo, lle - gó a la conclusión de que la causa principal del apartamiento social de los niños autistas y su falta de respuesta a los estímulos sensoriales, se pueden deber a una disfunción del sistema reticular activador (SRA), estructura ubicada en - el péndunculo cerebral que ejerce influencia en - la atención, el despertar y el sueño. También - significa una función básica para toda cognición en cuanto que le da sentido y utilidad a la in - formación recibida. Consideró que tal lesión - pudo haberse dado durante el embarazo o en el pe - ríodo próximo al nacimiento, y trae como resulta - do que el sistema nervioso del niño no este lo - suficientemente despierto como para que el mundo tenga sentido para él. (36)

Goldfarb (1967) y Quinn (1974), realizaron un es

tudio con niños autistas, y encontraron tres factores morfológicos que pueden ser considerados como "factores de riesgo" e indicativos en relación al diagnóstico; sindactilia, hipertelorismo y descenso en la implantación de los pabellones-auriculares. Afirmaron que estos factores deben ser considerados como meros indicadores y de un valor relativo para el diagnóstico, puesto que también aparecieron en niños normales. (62)

En 1968, Rutter afirmó que los niños autistas presentan un desorden central del lenguaje en su comprensión y utilización. Pensó que este desorden de lenguaje constituye el impedimento básico junto al cual los otros síntomas del autismo son secundarios. (39)

En 1969, Ornitz y Ritvo sugirieron que los síntomas del autismo se pueden ver como manifestaciones de una inconstancia perceptual, que se produce por un desajuste en la regulación homeostática del SNC. Pensaron que el niño experimenta sobrecargas sensoriales que le causan constantes alteraciones de períodos de excitación e inhibición. (41)

En el año de 1970, Ricks y Wing vincularon las alteraciones a un problema de desarrollo del que

dependería la incapacidad de los niños autistas para operar con símbolos. (62)

Hermelin y O'Connor, sugirieron en el año de 1970, que en el autismo parecía estar aumentando el umbral de sensibilidad al dolor. También observaron otras alteraciones como: la ausencia de respuesta a estímulos auditivos, ya fueran familiares o no, la conducta de evitación a estímulos visuales o a la alta emisión de respuestas táctiles y olfativas ante la presentación de estímulos no específicos para estos receptores. (62)

Citada por Jurgen Hartemg en el año de 1970, -- Pribrom relacionó características conductuales del autismo a un daño cerebral. Pensó que el problema básico de los niños autistas recae en los defectos de memoria de corta duración, que le causan fallas al registrar sus experiencias en tareas cognoscitivas y relaciones interpersonales. (39)

En el año de 1970, Lobascher, Kinglerles y Gubbay estudiaron a madres de niños autistas en comparación a un grupo control, encontrando en el primero una alta incidencia de post-madurez --- (65%), al igual que más complicaciones en el parto. (39)

En el año de 1971, Coleman afirmó que hay un aumento de serotonina (5-Hidroxitriptamina 5-HT) acumulada en las plaquetas, cuya concentración disminuye paralelamente a la mejoría de la conducta que se observó en estos casos. Lo mismo aconteció en los niños hiperactivos. (62)

Rubber (1971) y Wing (1972) encontraron que la proporción de hermanos autistas es bastante baja, menos del 2%, esto contradice los elementos decisivos hereditarios, aunque en Estados Unidos es alta, de 4 a 5 niños en cada 10,000, los niños autistas tienen un complemento de cromosomas normal. (39)

En el año de 1971, Stella Chess y colaboradoras, obtuvieron datos sobre 243 niños que habían sido afectados debido a la existencia de rubiola en el uterero materno. Las familias representaban diversos grupos étnicos y socioeconómicos, de 10 niños que fueron diagnosticados como autistas, ocho mostraron síntomas parciales del síndrome de autismo. (39)

En el año de 1971, Rutter y Bartak informaron sobre un caso de histidinemia en el que aparecieron de forma incompleta síntomas específicos de autismo infantil. También afirmaron que los niños sujetos a privación ambiental adquieren lenguaje, -

pero que este no contiene la atonalidad, arritmia y sonido ecolálico característico de los niños autistas. La ecolalia y la inversión -- de los pronombres no han sido reportados en niños privados, ni tienen trastornos perceptuales indicativos de un defecto de modulación en la estimulación sensorial. (62)

En 1971, Williams estimó que las funciones que principalmente resultan afectadas en los niños autistas, son los procesos centrales de codificación de la información. (62)

En 1974, Cohen realizó trabajos sobre el ácido-homo vanílico (HVA) y ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes autistas y con psicosis atípicas. No generó ninguna conclusión definitiva. (62)

En el año de 1974, Manyuk afirmó que el niño autista tiene categorizados pocos parámetros -- criteriales como el perceptual y productivo en los dominios visomotor y lingüístico y utiliza dichas categorías para operar sobre el ambiente. (62)

En 1975, Hutt y Hutt observaron las pautas de actividad cerebral registradas por el electroencefalograma en niños autistas. Encontraron un-

bajo voltaje en los registros practicados en estado de vigilia. Llegaron a la conclusión de - que existe una deficiencia en el sistema reticular activador (SRA), que produce en el niño sensibilidad extrema, provocándole un bloqueo de la información y de la actividad que le llegan. Pero considerando que el registro de la actividad cerebral presenta varios problemas, este hallazgo no significa una prueba concluyente de una actividad cerebral anormal, ni de que el SRA esté implicado en ella. (36)

En el año de 1976, Ornitz y Ritvo citaron a Letter y a Kolvin (1971), quienes realizaron varios estudios que muestran que un parto prematuro es significativo en la asociación con el autismo, - estos estudios han demostrado que ciertas complicaciones prenatales y parinatales sean más comunes en niños autistas que en niños normales. -- (39)

Citado por Prior en 1979, Hermelin sugirió, en 1976 la existencia de alguna anormalidad en el - proceso de información en niños autistas, que implica una disfunción del hemisferio izquierdo. - Estimó que las funciones de tal hemisferio como el aspecto verbal, el procesamiento de secuencia

y habilidades analíticas, son pobres o ausentes en los niños autistas, mientras que otras funciones del hemisferio derecho como las habilidades visuales y el reconocimiento sin análisis, están dañadas. (39)

En 1976, Warrington subrayó las alteraciones mnésicas que están en los fundamentos de los procesos de adquisición del lenguaje, de los que hace depender gran parte de la patología. (62)

En 1976 y 1978 Coleman, observó la actividad de la catecol - o metiltransferasa (COMT) en las células rojas de sujetos autistas y normales, sin encontrar diferencias significativas. También - estudió el ácido úrico de adolescentes autistas. Encontró un aumento de tal ácido en la sangre y en la orina, por lo que sugirió una probable alteración en el metabolismo de las purinas de estos pacientes. (62)

En 1977, Walker realizó una investigación de dermatoglifos, en donde reveló la reducción del número de espirales, el aumento del número de arcos dactilares, el bajo número de surcos y la disminución en la formación de triredios. (62)

En 1977, Cohen replicó sus investigaciones realizadas en el año de 1974, en esta ocasión hizo -

uso del test del probenecid. Concluyó que en al
gunos niños autistas puede haber un déficit cen-
tral en serotonina. (62)

En 1977, Rutter afirmó que las alteraciones del-
lenguaje, son la consecuencia de una disfunción -
orgánica cerebral. (62)

Tanguay (1977), citado por Prior (1979), sugirió
que en los niños autistas no se desarrolló nor -
malmente una especialización hemisférica, y que
los dos hemisferios pueden mantenerse inmaduros-
y plásticos. (39)

En 1977, Folstein y Rutter realizaron una inves-
tigación en Gran Bretaña con 21 pares de gemelos,
de los cuales, uno de los dos era autista. Sugi-
rieron que los factores genéticos juegan una --
gran parte en algunos casos del autismo. (39)

En 1977, Ornitz afirmó que ante los estímulos au
ditivos el autista responde con una conducta de
agresividad y/o irritabilidad. La emisión de la
tasa de respuestas adaptativas varía en función-
del canal sensorial usado por el estímulo, lo --
que significa que hay un predominio de los senso-
receptores proximales sobre los distales. Las -
excepciones a lo anteriormente expuesto se refie-
ren a la percepción visual de ciertos objetos co

mo son el agua, la arena etc. que atraen la atención del niño, y a la percepción auditiva de sonidos musicales muy animados y rítmicos. (62)

Sohmer et al (1978) y Student et al (1978) postularon que en el autismo infantil se manifiesta una disfunción neurológica del sistema auditivo - a nivel del tronco del encéfalo, es decir, un aumento de latencia de las respuestas auditivas - avocadas (RAE), a la vez que una alteración de la circunstancia perceptiva, evidenciada por la variabilidad de las RAE. Esta afirmación está basada en la investigación que realizaron con niños autistas y niños normales, y a los que se les registraron respuestas del nervio auditivo y del tallo cerebral. Encontraron en los niños autistas una respuesta de latencia más larga del nervio auditivo y una transmisión de tiempo más larga. (62)

En 1978, Deslauriers y Carlson opinaron que las pautas del sistema reticular activador (SRA) y el sistema límbico pueden ser defectuosas, ya sea demasiado altas o demasiado bajas, de tal manera que al recibir el niño cualquier estímulo, se muestra hipersensible o infrasensible a tal estímulo, y se puede dar una distorsión en la recepción de los estímulos o una carga excesiva de és

tos. Propusieron que el autismo es el resultado de un retardo en el desarrollo del sistema nervioso central o en el periférico, lo que explicaría que el niño no se da cuenta de las consecuencias de su conducta y, por consiguiente, no aprenda. (36)

En 1978, Ornitz evidenció en sus trabajos una reducida duración de los movimientos oculares durante la fase de sueño REM en niños autistas, y un déficit en la organización de dichos movimientos, lo que hablaría a favor de un defecto de la maduración cerebral e incluso de una posible disfunción vestibular. La proporción entre las fases de sueño REM y no REM tienen idéntica distribución en los niños autistas y en los niños normales. (62)

En 1978, Campbell, Hardesty y Burdock, demostraron que un 13% de las madres de niños autistas, sufrieron sangrado durante el embarazo, en comparación con sus hermanos no autistas. (39)

Sverd et al (1978) y Hurwic y Becker (1978) no lograron encontrar ningún resultado que fundamente la hipótesis del déficit serotoninérgico cerebral en el autismo infantil. (62)

En 1978, O'Connor demostró que en el autismo in-

fantil existe una gran dificultad para monitorizar las respuestas motoras en función de la información visual recibida, por lo que regulan sus procesos atencionales pobremente a través del tacto y de las respuestas motoras. (62)

En 1978, Calcagno encontró un aumento significativo en los niveles de zinc sérico en los niños autistas, en comparación con el grupo normal, por lo que propuso la investigación exhaustiva del metabolismo del zinc a través de las determinaciones del mismo en saliva, orina y pelo. (62)

Campbell et al (1978) y Yuwiler (1975), no encontraron diferencias significativas en la actividad de la mono-ámimo-oxidasa (MAO) en plaquetas de niños autistas y normales. (62)

En 1978, Blackstock dió a escoger a niños autistas entre material verbal y musical, encontró preferencia hacia la segunda, en donde constantemente utilizaban su oído izquierdo. Estos resultados apoyan la teoría de que algunos de los niños diagnosticados como autistas son predominantemente procesores del hemisferio derecho. (39)

En 1978, Folstein y Rutter realizaron investigaciones sobre mellizos, cuidaron que el diagnóstico o la determinación de monocigosis versus dicit

gosis se basará en un criterio muy exigente, al mismo tiempo se preocuparon para que el diagnóstico del autismo se fundamentase en criterios - igualmente exigentes. Encontraron que entre los mellizos monocigóticos había cuatro pares concordantes para el autismo y siete pares discordantes, en los mellizos dicigóticos no había concordantes y todos eran discordantes. Hubo una diferencia bastante apreciable con un porcentaje mayor de concordancia para el autismo entre los pares monocigóticos, sólo el 36% de los pares monocigóticos mellizos idénticos fué concordante para el autismo. De modo que algún factor genético estaba en juego, pero no por fuerza se trataba de uno hereditario. (8)

En 1979, Riviere encontró en niños autistas, una distribución de los bucles dactilares en menor proporción que en la población normal, una disminución de las figuras palmares en el área hipotenar y en el tercer espacio interdigital y una -- frecuencia menor de las crestas palmares. "Su ángulo ATD mínimo era significativamente mayor y mostraba rupturas de cresta dactilares y palmares, y pliegues similares a los de flexión, repartidos por toda la palma de la mano". Más ade

lante afirmó que los niños autistas no son anormales, sino que poseen una audición hiperaguda, que no les permite adaptarse a su medio, para --ellos, los sonidos humanos no son agradables, --sino al contrario, aparecen en forma aterrizante. (62)

En el año de 1980, Rosenblum et al, revelaron en sus investigaciones realizadas sobre las respuestas auditivas evocadas (RAE) en niños autistas y normales, que no hay diferencias audiométricas entre ambos grupos.

En 1982, Dawson, Warrenburg y Fuller, encontraron que una alta proporción, 7 de 10 niños autistas tenían un patron atípico de lateralización cerebral, especialmente con una dominancia en el hemisferio derecho. (39)

En 1983, investigaciones israelíes propusieron la hipótesis de que el autismo infantil se debía a un mal funcionamiento del sistema inmunológico en el cual, los globulos blancos en lugar de destruir los virus llegados del exterior, se vuelven contra el propio organismo, destruyendo la vaina de mielina que recubre las fibras nerviosas, provocando el fenómeno de autismo. Para confirmar tal hipótesis extrajeron sangre y la --

pusieron en presencia de una solución de mielina. Observaron que los glóbulos blancos macrófagos, - quedaban concentrados frente a la solución de mielina, considerándola como un enemigo que había -- que destruir. (25)

2) Teorías psicoanalíticas

En el siglo XIX, antes del nacimiento del Psicoanálisis, existió en la ciencia médica la preocupación por comprender la naturaleza de las enfermedades nerviosas y encontrar el tratamiento adecuado a éstas. Hasta entonces, los neurólogos consideraron que tales enfermedades se debían a trastornos funcionales en el cerebro y abandonaron el factor psíquico a los filósofos, místicos y curanderos porque no sabían como abordarlo. La terapia para estos estados nerviosos consistía en la prescripción de medicamentos, administración de descargas eléctricas y tentativas inadecuadas de influencia psíquica como: intimidaciones, burlas y reprimendas.

En el año de 1880, Sigmund Freud (55) se interesó en el trabajo que realizaba el Dr. Josef Breuer - (55) en Viena, con una paciente afectada de histeria, a la que aplicó el hipnotismo y encontró que

el síntoma de la paciente desaparecía cuando és ta expresaba los traumas olvidados bajo el esta do hipnótico. Llamó a este tratamiento CATARTI CO. Más adelante, en el año de 1895, después - de haber publicado sus experiencias en este ca- so de histeria terminó la colaboración de Freud con Breuer. Durante los 10 años siguientes, - Freud probó el procedimiento catártico y encon- tró que no a todos los pacientes se les podía - hipnotizar, esto lo llevó a la necesidad de em- plear otro procedimiento y fué así como surgió la asociación libre, que al substituir a la hip- nosis pasa a convertir el procedimiento catárti co en Psicoanálisis. Más adelante, en la inves- tiguación analítica de pacientes adultos en don- de hizo uso de asociaciones libres, actos falli- dos e interpretación de los sueños, Freud -- (55) encontró que sus pacientes hacían referen- cia a vivencias y conflictos como: perversiones sexuales en los primeros años infantiles, de és- te modo descubrió la presencia de la sexualidad en la infancia, y formuló su teoría del desarro- llo psicosexual infantil. (55)

En el año de 1908, Sigmund Freud (55) publicó - su trabajo acerca del "Análisis de una fobia en

un niño de cinco años de edad" (el niño temía a que lo mordiese un caballo), en este estudio ex tendió la terapia analítica a los niños, y comprobó que en éstos se cumplían sus afirmaciones sobre la evolución psicosexual del ser humano. Posterior a estos estudios se formó en torno a Freud un círculo de discípulos, algunos de los cuales se dedicaron a difundir y continuar su teoría psicoanalítica, mientras que otros se se pararon tomando caminos propios.

De los actuales enfoques que intentan adaptar - el método analítico a la mente infantil se encuentran dos escuelas que difieren en varios - sentidos: la escuela de Melanie Klein (31) en - Berlín y posteriormente en Londres, y la escuela de Anna Freud (31) en Viena. Ambas comenzaron a analizar niños, a principios de la década que va de 1920 a 1930, y son consideradas las - auténticas pioneras del psicoanálisis de niños.

Escuela de Anna Freud.

Anna Freud fue la pionera del psicoanálisis infantil en el año de 1926, por comenzar la aplicación de los prin cipios psicoanalíticos al tratamiento de niños perturbados. Dentro de la disposición terapéutica incluyó la in

terpretación del juego, sin dejar de lado los dibujos y verbalizaciones del niño. Entre el material que evaluó incluyó: fantasías, sueños diurnos, relatos continuados y experiencias cotidianas. A diferencia de Melanie Klein, empleó como fuente de información, los informes regulares de los padres sobre la conducta del niño, pues aunque reconoció que tal información está deformada por conflictos inconscientes de los padres, supuso que las acciones del niño son determinadas por dichos conflictos.

Escuela de Melanie Klein.

Desde fines de la década de 1920 hasta 1946 Melanie Klein (41) destacó la importancia de las relaciones objetales desde el comienzo de la vida, en donde el primer objeto con el que el niño se relaciona es el pecho materno, que diferencia en bueno y malo. Mencionó que las relaciones de objeto del niño, se moldean por la interacción entre los mecanismos de introyección y proyección, que también son utilizados por el yo para protegerse a sí mismo de la ansiedad provocada por la energía del instinto de muerte (agresión). Afirmó que la preservación del yo se efectúa mediante la proyección de los impulsos hostiles al pecho de la madre (como objeto malo) y por introyección a la mamá buena. Sostuvo que la escisión del objeto en sus aspectos bueno y malo conduce a una es

cisión en el propio yo, que cuando es acentuada no favorece la integración del yo y se convierte en un hecho psicológico central, de importancia básica en el desarrollo de la esquizofrenia. (8)

En el año de 1955, Melanie Klein (47) hizo posible - el psicoanálisis de niños de hasta 2 y 3 años de edad, al reemplazar las asociaciones libres por la interpretación de los juegos y acciones del niño. Sostuvo esta variación hecha al psicoanálisis afirmando que el niño expresa en forma simbólica sus fantasías, sus deseos, experiencias etc. por medio de juguetes y juegos. Puso poco énfasis a la situación real en que vive el niño. Omitió cualquier informe de los padres por creer que son deformados por los conflictos inconscientes de éstos.

Entre los seguidores de Melanie Klein se encuentran: W.R. Bión (44) que en 1954 presentó su teoría de la esquizofrenia bajo el punto de vista Kleniano. Herbert Rosenfeld (65), fué analista didáctica de la Sociedad Psicoanalítica Británica y uno de los discípulos más distinguidos de Melanie Klein y continuador de sus ideas. Se destacó especialmente por su dedicación al tratamiento psicoanalítico de los procesos psicóticos. A Aberastury (1) se limitó al igual que Melanie Klein, a observar el juego, actitudes, expresiones, dibujos y relatos del niño, dando interpretaciones para abrir camino al inconsciente, cuan-

do el material es revelador. A. Sechehaye (67) se le otorgó el hallazgo de encontrar un método de psicoterapia aplicado a un caso de esquizofrenia infantil, pues en este tipo de pacientes fracasa el análisis clásico debido a los procesos intelectuales primitivos, al egocentrismo y al autismo que pueden presentarse en el niño y que constituyen un obstáculo en el campo de la expresión lingüística, además de la poca comprensión de las explicaciones recibidas por parte del paciente. Winnicott D. W. (2) en el año de 1954, estudió las aportaciones de la madre al hijo y su presencia actuante. Afirmó que, gracias a los cuidados de ésta, cada niño está preparado para tener una existencia personal, en la que se edifica el sentimiento de ser en continuidad, a partir del cual, el potencial innato se convierte gradualmente en un niño que tiene individualidad. S. Lebovici y R. Diatkine (2) estudiaron el comportamiento instintivo infantil, tomando en cuenta la elaboración del objeto y los primeros núcleos del yo. Hanna Segal (37), ilustró clínicamente el caso de una paciente con mecanismos esquizoides. Demostró que la técnica de Melanie Klein está basada estrictamente en los conceptos psicoanalíticos de Freud.

Otros teóricos.

Spitz (1945 a 1946), menciona una investigación rea-

lizada con infantes albergados en la casa hogar situada fuera de los Estados Unidos. Tales infantes fueron expuestos a la separación materna al tercer mes de vida, - después de haber sido criados al pecho por la madre. - Durante el transcurso de este estudio Spitz observó que la privación emocional parcial provoca en el infante - depresión anaclítica, que se manifiesta por la incapacidad de asimilar el alimento, presencia de insomnio, - golpearse a sí mismo en la cabeza arrancándose los cabellos, presencia de retraso motor, pasividad total, rostro vacío de expresión (rigidez), coordinación ocular - defectuosa, posición patognomónica (permanecer acostado boca abajo), pérdida de peso, poca resistencia a las infecciones. Posteriormente pueden arremeter contra ellos mismos activamente. Si la privación emocional es total, el estado del infante deriva en hospitalismo, que se caracteriza porque cesan todas las actividades autoeróticas de cualquier clase, incluso la succión del pulgar. Se diría que el niño vuelve al narcisismo primario. Ni siquiera puede ya tomar su propio cuerpo como objeto, - es decir, es un empeoramiento progresivo, inexorable, - que lleva al marasmo y a la muerte.

El marasmo se presenta en el infante que fué -- privado de la oportunidad de formar relaciones de objeto y se manifiesta en la incapacidad de dirigir el impulso libidinal y agresivo sobre uno y el mismo objeto, -

por lo tanto los impulsos no fusionados se vuelven contra su propia persona que toman como objeto. De este estudio Spitz concluye que la deficiencia o perturbación en las relaciones de objeto llevan a la detención en el desarrollo en todos los sectores de la personalidad. (70)

En su estudio psicoanalítico de la personalidad --- Fairbairn destaca la etapa de dependencia infantil y su psicopatología. En el período de dependencia infantil, menciona, el rasgo sobresaliente lo constituye su carácter incondicional, es decir, la relación de objeto del niño tiene de a concentrarse sobre un solo objeto, hacia el cual no tiene otra alternativa que aceptar o rechazar. La naturaleza de la relación de objeto está basada en la identificación. Fairbairn explica que el estado intrauterino se caracteriza por un grado absoluto de identificación y ausencia de diferenciación, y que en la vida extrauterina tal identificación representa la persistencia de una relación existente antes del nacimiento y que dado esto, el objeto del individuo constituye su mundo y a él mismo.

Durante el desarrollo normal la progresiva diferenciación del objeto va acompañada por la disminución de la identificación, pero mientras persiste la dependencia infantil, la identificación continúa. Otra característica de la dependencia infantil es el narcisismo y surge de la identificación con el objeto.

Cuando el individuo fracasa en establecer una relación de objeto satisfactoria durante el período de dependencia infantil surgen dos estados psicopatológicos; el estado esquizoide, que está vinculado con una relación de objeto insatisfactoria durante la fase oral primaria, y el estado depresivo, que está vinculado con una relación de objeto insatisfactoria durante la fase oral secundaria, en ambas fases el narcisismo constituye un rasgo común, pero la última fase difiere de la primera por el cambio en la naturaleza del objeto. En la fase oral primaria el objeto natural es el pecho y en la fase oral secundaria lo es la madre. La transición de una a otra fase está marcada por la sustitución de un objeto parcial (el pecho) por un objeto total (la madre), sin embargo, el objeto continua siendo tratado como un objeto parcial (el pecho), con el resultado de que la madre se transforma en un objeto de incorporación. Tal transición también se caracteriza por la tendencia a morder. (29)

En el año de 1951 Margaret Mahler presentó en Amsterdam su trabajo sobre psicosis infantil, en el cual mantuvo una distinción clara entre dos tipos de psicosis infantil; el síndrome del "Autismo Infantil" (término introducido por Kanner en 1944) y el síndrome "Simbiótico" (Mahler - 1952). Los dos tipos de psicosis menciona Mahler, son distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desa

rollo del yo y de sus funciones dentro de una relación -
primaria madre-hijo. Desde el punto de vista sociobiológico, el autismo infantil primario representa una fijación --
ción o una regresión a esa primera etapa más primitiva de
vida extrauterina llamada autismo normal. El síntoma más
conspicuo de ésta es que la madre, como representante del
mundo externo, parece no ser percibida por el niño, parece
no existir como un faro de orientación en el mundo de
la realidad, es decir, el niño no ha catectizado libidi -
nalmente a la madre y a sus cuidados. El ser del niño, -
aún el ser corporal, parece no ser distinguido de los ob
jetos inanimados del medio.

El síndrome simbiótico representa una fijación o una
regresión a una etapa más diferenciada del desarrollo de-
la personalidad que la austista, esto es, la etapa del ob-
jeto parcial satisfactor de la necesidad, la etapa de la
relación preobjetal en la que la representación mental
de la madre está fundida con la del ser, por lo tanto los
cuadros clínicos son infinitamente más complejos y varia-
bles en los niños con esta psicosis predominantemente sim
biótica, como son las reacciones extremas a los pequeños-
fracasos que ocurren normalmente en el período del ejerci
cio de práctica de las funciones de la locomoción, en el
fracaso de la autodiferenciación de la madre durante la -
fase de separación - individuación, manteniéndose así la
fusión omnipotente simbiótica ilusoria con la madre.



Posteriormente, Mahler hizo una revisión de sus ideas, en tal revisión afirma que ante la incapacidad del infante psicótico de usar a la madre en la forma habitual, recurre a mecanismos de mantenimiento: autísticos y simbióticos; inanimación, indiferenciación, desvitalización fusión y defusión. Tales mecanismos son intentos de restitución de un yo rudimentario o fragmentado, que sirve al -- propósito de la supervivencia. En el trastorno particular del autismo el síntoma más conspicuo es que la madre, como representante del mundo externo, parece no ser percibida por el niño, parece no existir como un "faro viviente de orientación" en el mundo de la realidad. Ni el ser, ni siquiera el ser corporal, parecen distinguirse de los objetos inanimados del medio por lo tanto la regresión no ocurre e a una fase normal del desarrollo humano. Las conductas de los niños que presentan tal trastorno son respuestas en contra del contacto humano, y se manifiestan en la exclusión que hacen del objeto humano real con la finalidad de efectuar una negación ilusoria de la existencia del mundo objetual humano y del peligro de aniquilación.

En la psicosis infantil simbiótica la representación mental de la madre permanece o se funde regresivamente, es decir, no se separa del ser. El crecimiento maduracional de la coordinación motora confronta al niño y lo reta con una medida de separación e independencia respecto a la madre, pero aquel responde con pánico ante la amenaza sobre la ilusión de la omnipotencia simbiótica. Tal pánico se manifiesta en el intento por externalizar la unidad dual omnipotente, como una ilusión al mundo externo, como por ejemplo: hacer que la madre se comporte como si en realidad fuera una extensión del propio cuerpo del niño.

"En ningún síndrome puede uno hablar de una verdadera relación de objeto. Solo la relación de objeto con el objeto amado humano, que incluye una identificación parcial con el objeto, así como la catexis del objeto con la energía libidinal neutralizada, promueve el desarrollo emocional y la formación estructural. (51)

D. W. Winnicott se refiere a las necesidades del niño y al papel que juega la madre como promotora de un desarrollo psicológico sano en los primeros años de vida. Con respecto a las necesidades infantiles destaca la necesidad de ser alimentado, bañado, sostenido, la manifestación de la constitución infantil, el desarrollo de las tendencias evolutivas; como la experimentación de movimientos espontáneos y el vivir con plenitud las sensaciones -- propias, también la autoexpresión a través del juego y del lenguaje. Con respecto al rol materno Winnicott describe un fenómeno psicológico en la madre que llama "preocupación materna primaria". Tal fenómeno se desarrolla en forma progresiva alcanzando su mayor grado de intensidad durante el embarazo, especialmente al final del mismo, y permaneciendo unas semanas después del nacimiento del niño. Esta preocupación menciona Winnicott, no es recordada por la madre tras su recuperación. Winnicott considera que la madre que ha alcanzado la "preocupación materna primaria" proporciona al niño las condiciones necesarias-

para que éste desarrolle sus tendencias evolutivas; como son las condiciones en las que el infante experimentará sus movimientos espontáneos y vivirá con plenitud las sensaciones propias. Finalmente entre otros roles de importancia de la madre se encuentran el de proporcionar los cuidados maternos y condiciones favorables al infante. - La satisfacción de las necesidades ya mencionadas y la presencia del rol materno permitirán al infante alcanzar la salud mental, la independencia, la capacidad de almacenar recuerdos, de introyector los detalles de los cuidados recibidos, de proyectar las necesidades personales, de desarrollar la confianza en el medio le permitirá la integración de su personalidad. (80)

CAPITULO III

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

En esta investigación de tesis, titulada "El niño autista y su relación de objeto", se partió del objetivo de entender lo que ocurre, desde el punto de vista psicológico, en la interacción que establece el niño autista con los objetos inanimados. Para el cumplimiento de tal meta se realizó el planteamiento del problema que cuestiona:

¿Qué uso le da el niño autista a los objetos, qué simbolizan y qué función tienen éstos para él?

Las hipótesis que responden a tal planteamiento son las siguientes:

Ho:

El uso que el niño autista haga del material de juego no dará índice de haber sido expuesto a una relación de cuidados insatisfactorios e inconsistentes en sus primeros meses de vida.

Hi:

El uso que el niño autista haga del material de

juego si dará índice de haber sido expuesto a -
una relación de cuidados insatisfactorios e incon-
sistentes en sus primeros meses de vida.

I. Metodología.

1. Sujetos.

En esta investigación se trabajó con un grupo control (niños normales) y un grupo experimen-tal (niños autistas). Cada grupo estuvo inte-grado por 13 niños y un adolescente de 6 a 18 años de edad, correspondiendo tres miembros - de ambas poblaciones al sexo femenino y once al sexo masculino. La población de niños nor-males provino de diferentes colonias, la se - lección de tales niños se hizo al azar cuidan - do que las variables edad, sexo y tamaño de - la población correspondieran a la de los ni - ños autistas. Algunos miembros de esta última población eran pacientes de consulta externa - del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. - Navarro y otros de egreso del Centro Educati - vo Domus. De 18 niños autistas que en un prin-cipio formaban la población a estudiar y de - los cuales 5 correspondían al sexo femenino y 13 al sexo masculino entre las edades de 4 a -

15 años, se concluyó la investigación con 14 niños, por razones ajenas a ésta, tal grupo se mantuvo bajo los criterios antes mensionados y sin importar el nivel socioeconómico y escolaridad de los padres.

2. Escenario.

Para el grupo control se trabajó en una habitación alejada de cualquier distractor, ubicada en su consultorio particular. Para el grupo experimental se trabajó en una habitación alejada de cualquier distractor ubicada en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y en el Centro Educativo Domus.

3. Instrumentos.

Se aplicaron dos cuestionarios a las madres - de los niños normales y de los niños autistas. Uno de forma abierta¹ (ver pag.268) para obtener datos clínicos de éstos como: edad, desarrollo psicomotor, antecedentes familiares, etc. y otro de forma cerrada, elaborado por el investigador, y al que se le asignó el título de "CUESTIONARIO RENAM" (ver pag.247), este cuestionario se utilizó para obtener información sobre las vivencias de la madre y el niño en el primer año de vida de éste.

Se utilizaron dos tipos de registro: un registro de observación libre para conocer el repertorio conductual de los niños autistas y facilitar al investigador familiarizarse con estos casos nuevos para él. La aplicación de este registro se omitió para los niños normales ya que en esta población no se trató de casos nuevos para el investigador, y tampoco existió la necesidad de familiarizarse con ellos, por lo que dicho objetivo no es aplicable a esta población. El otro registro, de muestra continua² se utilizó para ambos grupos (control y experimental) con el objetivo de registrar sus conductas durante la interacción con los objetos (juguetes).

Expedientes.

Dos cronómetros.

Un observador para el registro de observación libre.

Dos observadores para el registro de muestra continua.

Un especialista colaborador en la construcción del cuestionario de forma cerrada titulado "CUESTIONARIO RENAM". (ver pag.247).

I. Basado en el formato de entrevista del C.E.P.H. de la facultad de psicología de la UNAM, correspondiente al año de 1982 a 1983.

Tres jueces en la aprobación del cuestionario de forma abierta. (ver pag.268)

Técnica y juego.

Después de hacer una revisión minuciosa de - las diferentes técnicas de análisis infantil existentes para poder disponer de la más adecuada en el estudio de la conducta de los niños autistas en la relación con los objetos, tomando en consideración las limitaciones con ductuales que caracterizan a estos niños, se encontró que la técnica de juego de Melanie-Klein fué la más adecuada para el logro del objetivo ya mencionado, por lo que se utilizó como una técnica de análisis de la conduc ta, así como también la interpretación de di cha actividad.

-
2. Registro de muestra continua. es una de entre otras modalidades del registro de muestra, también conocido como registro de intervalos. Es útil para observar - varias conductas en una misma sesión. - Se puede realizar con un sólo sujeto o con un grupo de sujetos.

Por falta de recursos económicos se utilizaron objetos o materiales de juego que llegaron a disposición del investigador. Todos estos objetos llenaron la mayoría de las características requeridas al principio de la investigación:

- 1) Emitir sonido, luz o movimiento.
- 2) Carecer de sonido, luz o movimiento.
- 3) Textura.
 - a) Suave: tela, plástico.
 - b) Dura: madera, plástico, tela.
- 4) Tamaño
 - a) Grande
 - b) Mediano
 - c) Chico

Lista de objetos o materiales de juego presentados al grupo control (niños normales) y al grupo experimental (niños autistas).

Cabe mencionar que algunos objetos se omiten o varían en cantidad, esto se debe a que se trabajó primero con el grupo experimental y los niños autistas destruyeron objetos que no fue posible reponer por falta de recursos económicos.

GRUPO CONTROL

GRUPO EXPERIMENTAL

1) Objetos con sonido, luz o movimiento.

a) De textura suave y grande en tamaño.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| - Cinco globos | - Cinco globos |
| - Una pelota de plástico color verde | - Una pelota de plástico color verde |

b) De textura dura y grande en tamaño.

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| - Un piano | - Un piano |
| - Una televisión de cuerda | - Una televisión de cuerda |
| | - Un radio de cuerda |

c) De textura dura y chico en tamaño.

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| - Un reilete | - Un reilete |
| - Dos pelotas (verde y roja) | - Dos pelotas (verde y negra) |
| | - Un espantasuegras |

2) Objetos sin sonido, luz ni movimiento.

a) De textura suave y grande en tamaño.

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - Perro salchicha de trapo blando | - Perro salchicha de trapo blando |
| - Un muñeco pitufo de peluche, azul | - Un muñeco pitufo de peluche, azul |
| - Una muñeca de plástico | - Una muñeca de plástico. |

b) De textura suave y chico en tamaño.

- Una bolsa de plástico, verde
- Una bolsa de plástico, verde
- Una almohada
- Dos pitufos de plástico, rojo

c) De textura dura y grande en tamaño.

- Un muñeco de trapo
- Un muñeco de trapo
- Cinco boliches de plástico (blanco, amarillo, verde, rosa, naranja)
- Cinco boliches de plástico (blanco, amarillo, verde, rosa, naranja)
- Un pescado de plástico, naranja
- Un pescado de plástico naranja
- Un jeep de plástico
- Un jeep de plástico
- Un aro amarillo de plástico
- Un pescado de plástico, con ruedas, verde

d) De textura dura y chico en tamaño.

- Dos cubos de madera (verde, naranja)
- Cuatro cubos de madera (rojo, verde, azul, naranja)
- Un espejo de plástico, verde
- Un espejo de plástico, azul

- Un cañón de plástico,
blanco con azul
- Un círculo de plástico,
anaranjado
- Dos cubos de madera
sin color
- Dos tasas de plástico
(amarillo, azul)
- Una cuchara de plástico,
blanca
- Un peine de plástico,
café
- Dos platos de plástico,
blancos
- Un coche de plástico,
rosa
- Un buzo de plástico, rosa
- Un cañón de plástico
blanco con azul
- Un círculo de plásti-
co, anaranjado
- Siete cubos de madera
sin color
- Dos tasas de plástico
amarillas
- Una cuchara de plásti-
co, blanca
- Un peine de plástico
rojo y azul
- Dos platos de plásti-
co, azul
- Un coche de plástico
verde y rosa
- Un buzo de plástico,
rosa
- Un gato de plástico,
amarillo
- Una goma rosa
- Siete coches de metal
- Un sartén de plástico
rojo

- Un vaso de plástico,
anaranjado
- Un huevo de plástico,
blanco
- Un hipopótamo de plástico,
gris
- Una tasa de plástico,
roja
- Un pato de plástico -
con ruedas, verde
- Un pescado de plástico,
blanco
- Una caja de cigarros
Raleigh

e) De textura dura y mediano en tamaño.

- Dos coches de plástico
(rosa con blanco, ver-
de)
- Dos raquetas de plástico
(azul, rosa)
- Un coche de plástico,
azul y blanco
- Dos raquetas de plástico
(azúl, rosa)
- Un gusano de plástico
con ruedas, color ro-
sa.

4. Tipo de respuesta.

A) La conducta a registrar de los niños normales y autistas hacia los objetos se clasificó en tres tipos:

1) Tipo motor

Grupo control

Usar los objetos o juguetes de acuerdo a su propósito establecido socialmente.

Grupo experimental

Girar las ruedas de los juguetes mecánicos, hacer sonar piedras dentro de una lata.

2) Tipo verbal.

Grupo control.

Lenguaje coherente en relación a la situación presente.

Grupo experimental

Manifestación de ecolalia (inmediata o retardada), reversión de pronombres, sonidos inarticulados.

3) Tipo afectivo.

Grupo control.

Manifestación de diferentes conductas ante situaciones nuevas y personas extrañas como: exploración, introversión, desconfianza.

Grupo experimental.

Presencia de ataques de rabia y angustia vio -

lentos caracterizados por gritos, lágrimas, pa
taleo, tendencia a morder, sin razón aparente.

B) La información dada por las madres de los niños -
normales y autistas.

5. Diseño.

A esta investigación corresponde el tipo de diseño ex
post facto en dos muestras independientes, correspondiendo
éstas a una muestra de niños normales (grupo control) y a
una muestra de niños autistas (grupo experimental), ambas-
poblaciones con un total de 14 miembros cada una.

Debido al reducido número de población en cada mues -
tra las únicas pruebas estadísticas posibles de aplicación
en el manejo de los datos obtenidos fueron: frecuencia, me
diana, modo y rango percentilar. Aún cuando se obtuvieron
porcentajes, éstos no fueron fácilmente manejables al com-
parar el total de cada conducta y el total de cada objeto
elegido de un grupo con otro (control y experimental), --
pues al obtener los totales se encontraron cantidades supe
riores al 100%. Al problema mencionado se suma el haber -
encontrado en el grupo de los niños autistas que algunas -
conductas se manifestaron en un alto grado de frecuencia -
pero en un sólo sujeto del total de la población, ésto li-

mitó la obtención de otros datos esenciales para la aplicación de otras pruebas estadísticas.

Se trabajó con un nivel de significación de 0.05

Muestras independientes.

Z1	
Grupo control	Grupo experimental
X1	X2
C1	
C2	
C3	
C4	

Z2	
Grupo control	Grupo experimental
Y1	Y2

Diseño factorial 2 X 4

Vi = normalidad (X1) - madres (Y1)

autismo (X2) - madres (Y2)

Vd = comportamiento (A)

información (B)

Z1 = grupo de niños normales y autistas.

Z2 = grupo de madres de niños normales y autistas.

C1, C2, C3, C4 = diferentes condiciones en el orden de presentación de los objetos.

Son posibles seis formas de comparación:

1) entre X1 y X 2

2) entre C1, C2, C3, y C4

3) entre Y1 y Y2

4) entre X1 y Y1

5) entre X2 y Y2

6) entre A y B

6. Confiabilidad.

La confiabilidad del cuestionario RENAM se obtuvo por el coeficiente de estabilidad test-retest, en donde se -- aplicó dos veces el mismo cuestionario a dos grupos piloto, dejando transcurrir cierto período de tiempo entre la primera y segunda aplicación. Cada grupo estuvo integrado por cinco madres de niños normales, esta población fué extraída del mismo grupo del que se obtuvo la validez de contenido.

La confiabilidad del registro de observación libre se obtuvo por medio de cinco aplicaciones de éste.

La confiabilidad del registro de muestra continua se obtuvo por medio de interjueces, a los cuales se les entrenó en el manejo del código conductual a registrar, sin mantenerlos en conocimiento del objetivo de la investigación.

7. Validez.

La validez de contenido del cuestionario RENAM se obtuvo mediante su aplicación a dos muestras tomadas independientemente de la misma población, (integrada cada una de-

ellas por 10 y 20 madres de niños normales respectivamente, elegidas al azar y que tuvieran niños (as) de 6 a 8 años, correspondiendo tal edad a la de los niños autistas de la investigación. Se utilizó como tratamiento estadístico: frecuencia (F), media (\bar{X}), desviación estandar (S), puntajes Z, T, rango percentilar (R.P).

Cabe mencionar que el cuestionario RENAM aún requiere de posteriores aplicaciones a otros grupos de madres - de niños normales y autistas, para afinar más los reactivos, ya que entre más se someta a prueba el cuestionario mayor sera su validez. Pese a lo anterior, la validez de contenido obtenida, permitió recoger los datos necesarios para esta investigación como fueron:

1. Captar información del pasado sobre el comportamiento del niño (s) en sus primeros meses de vida en la relación con la madre.
2. Detectar diferencias entre la información recibida por las madres del grupo control y del grupo experimental.
3. Detectar contradicciones en la información dada por las madres del grupo experimental.

Las razones por las cuales la validez del cuestionario RENAM se realizó con un grupo de madres de niños normales son las siguientes:

1. Por ser más conveniente para esta investigación - la necesidad de tener un parámetro de comparación con un grupo normal, para la comprensión clara de la información obtenida por las madres de los niños autistas. Es decir, para explicar la anormalidad (autismo), siempre se requiere o parte de un parámetro de comparación que es la normalidad.
2. La población de los niños autistas es mínima en comparación con otras enfermedades, de ahí, la dificultad en conseguir un grupo de madres de niños autistas para pilotear el cuestionario (a fin de ensayar algunos aspectos y observar los errores más frecuentes para corregirlos, y conocer las variables a controlar) y otro grupo de madres de niños autistas para aplicar el cuestionario ya corregido y estructurado en el estudio final.
3. No es posible pilotear este cuestionario al grupo de madres de niños autistas y luego volverlo a aplicar al mismo grupo en el estudio final, ya que al ser esta población la de interés en esta investigación, la información obtenida se vería contaminada por la variable aprendizaje.

8. Variables..

Variables Independientes (VI)

- Cuidado inconsistente.

- Cuidado insatisfactorio

Variables Dependientes (VD)

- Conducta motora

- Conducta verbal

- Conducta afectiva

9. Definición operacional de las variables.

A) Cuidado inconsistente.

El cuidado del niño está a cargo de varias personas. El niño no tiene una persona permanente que satisfaga sus necesidades básicas (fisiológicas, afectivas).

B) Cuidado insatisfactorio.

El bebé no es gratificado en forma inmediata en sus apetitos de hambre y otras necesidades básicas como: tener calor, frío, estar mojado, etc. por diversas razones, como por ejemplo; durante el amamantamiento la madre retira el pecho al niño por algún problema sufrido como dolor en los senos, porque la madre no tiene los pezones bien formados y dificulta al bebé la acción de succionar, por adelantar el destete sin ningún motivo aparente, porque ante el llanto del bebé la madre lo deja llorar.

C) Conducta motora.

El niño presenta una tendencia a girar constantemente las ruedas de los juguetes mecánicos (uso del material de juego).

D) Conducta verbal.

El niño manifiesta ecolalia, reversión de pronombres, gritos o sonidos inarticulados.

E) Conducta afectiva.

El niño presenta ataques de rabia y angustia violentos y prolongados caracterizados por gritos, lágrimas, pataleo, tendencia a morder, etc. sin motivo aparente. El niño manifiesta períodos de risa sin motivo aparente.

II PROCEDIMIENTO

PRIMERA FASE.

Los niños autistas fueron elegidos por un observador mediante cinco registros de observación libre de sus conductas al presentarse a consulta. En un principio la persona encargada de realizar tales registros fungió como simple observador y registrador de la conducta, pero más adelante, se dieron circunstancias como la falta de personal encargado de los niños autistas. Esta situación favoreció la interacción directa del observador hacia los niños, pasando así a jugar el papel de observador participante, también favoreció que los niños se familiarizaran aún más con la presencia del observador y viceversa, y a su vez facilitó en este último la comprensión más clara de las conductas de estos niños. (ver diagrama pág. 266).

De las conductas observadas, se diagnosticó a los niños de acuerdo a los criterios del DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1983, mediante la información obtenida del cuestionario * de los datos clínicos de cada niño y de sus respectivos expedientes. (ver DSM-III pág. 274).

SEGUNDA FASE

Antes de comenzar esta fase se encontró que dos de las características de los objetos o materiales de juego-disponibles (estáticos -de cuerda) podrían influir en la elección del niño autista, por tal motivo se decidió dividir a los objetos de acuerdo a tales características, entendiéndose por objetos estáticos a aquellos objetos que no emiten sonido, luz, ni movimiento, y por objetos de cuerda a aquellos objetos que emiten sonido, luz o movimiento.

Posteriormente los niños normales y autistas fueron designados al azar en cuatro grupos (ver cuadro y lista de grupos - pag. 276), en cada uno de los cuales varió el orden de presentación de los objetos de acuerdo a las características antes mencionadas. Dicha presentación fue la siguiente:

* En la aplicación de este cuestionario se omitieron ciertas partes por considerar que determinada información podría ser amenazante para los padres y éstos podrían oponer su colaboración (ver pág.).

Grupo I

Fase 1

Objetos estáticos para elección.

Fase 2

Objetos mov- luz - son para elección.

Fase 3

Objetos elegidos estáticos.

Fase 4

Objetos elegidos mov- luz - son.

Grupo II

Fase 1

Objetos mov - luz - son para elección

Fase 2

Objetos estáticos para elección.

Fase 3

Objetos elegidos mov - luz - son.

Fase 4

Objetos elegidos estáticos.

Grupo III

Fase 1

Objetos estáticos y objetivos mov - luz - son para elegir.

Fase 2

Objetos elegidos estáticos y objetos mov - luz - son.

Fase 3

Objetos elegidos estáticos.

Fase 4

Objetos elegidos mov - luz - son.

Grupo IV

Fase 1

Objetos estáticos y objetos mov - luz - son para elegir.

Fase 2

Objetos elegidos estáticos y objetos mov - luz - son.

Fase 3

Objetos elegidos mov - luz - son.

Fase 4

Objetos elegidos estáticos.

Después de haber designado el orden de presentación de los objetos en cada subgrupo y en cada fase de éste, y de haber integrado a cada niño (normales y autistas) en-

el mismo, dió comienzo la segunda fase de investigación.

Esta fase se efectuó en una habitación alejada de -- cualquier distractor, en la que los niños normales y autistas en forma individual, tuvieron a su disposición una serie de objetos (ver lista de objetos o materiales de juego, pág. 88), para interactuar con ellos, durante un lapso de 15 minutos cada sesión, siendo 4 el número total de sesiones. Al comenzar cada sesión, se tomó el tiempo de reacción (TR) de cada niño hacia los objetos.

Dos observadores llevaron a cabo un registro de muestra continua (ver hoja de registro pag.272) por niño en cada sesión. Se dió un cambio en esta fase que fué la omisión del uso del código conductual, por cuestiones prácticas, pues se observó que la (s) conducta (s) a registrar se daba demasiado rápido, eran variadas y el observador tendía a omitir o a alterar el tiempo de duración de la conducta observada, por lo que se decidió que cada observador pondría sus propias claves para aclararlas con el otro al término de la sesión.

Para finalizar esta fase se contruyó un cuestionario al que se asignó el título de "CUESTIONARIO RENAM". Este cuestionario, después de haber sido validado y confiabilizado con un grupo de madres de niños normales (ver cuestionario RENAM pág. 247), fué aplicado a las madres del grupo control (niños normales) y del grupo experimental (niños -

autistas), para obtener información respecto a la aceptación de la madre hacia su hijo, de la relación madre - hijo durante la lactancia y del uso del objeto transicional de parte del niño.*

* Por falta de recursos económicos no se presenta el questionario R E N A M en su totalidad.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados encontrados en esta investigación. Abarcan información sobre la relación de los niños normales y los niños autistas con los objetos, e información obtenida por las madres de los niños de ambos grupos, sobre las primeras vivencias de éstos.

En la relación de los niños normales con los objetos se encontró que aquellos usaron el material de juego de la siguiente manera.

1. Manejo del material de juego o relación hacia el objeto.
 - A) Uso del objeto de acuerdo al propósito de éste, ya establecido socialmente.
 - B) Otorgar diferentes caracterizaciones al objeto.
 - C) Utilización del objeto como medio para llegar a un fin determinado o provocar un efecto determinado.
 - D) Formación de grupos o agrupación de objetos

de acuerdo a determinadas características (uso, forma, color).

E) Formación de diversas figuras con los objetos - (torres, pirámides, estrellas).

F) Reproducción de sonidos musicales en un objeto a partir de otro objeto.

2. Conducta motora.

- Caminar.
- Incarse.
- Permanecer de pie.
- Brazos atras.
- Brazos cruzados.
- Rascarce la espalda.
- Acomodarse el cabello.
- Manías (tocarse ceja, boca).
- Acomodarse la ropa (blusa, falda).
- Tronar los dedos.

3. Conducta verbal.

Lenguaje articulado y coherente

4. Relación con el medio.

Explorar la habitación con la mirada o desplazandose físicamente.

5. Relación con el observador.

Ver al observador.

Acercarse al observador.

Sonreír al observador al mismo tiempo que se le ve a los ojos.

Hacer comentarios coherentes al observador al mismo tiempo que se le ve a los ojos.

6. Se observó que durante la fase de elección de objetos el sujeto uno de 18 años de edad y el sujeto 9 de 12 años de edad, no eligieron ningún objeto, ni estáticos ni de cuerda.

Los resultados anteriores se presentan a continuación en una tabla de frecuencias y porcentajes de las diversas conductas en cada uno de los sujetos.

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	I Relación con el objeto. A) Usa el objeto de acuerdo a su propósito.														
Botar la pelota		71	6	64	21	40	42			8%		4		5	261
		100%	8.45	90.14	29.57	56.33	59.15			11.26		5.63		7.04	
Patear la pelota				13	3	7	23				15		5		66
				56.52	13.04	30.43	100%			65.21		21.73			
Peinar muñeco (a) con peine			4				2	1							7
			100%				50%	25%							
Se peina con peine			1				1					1			3
			100%				100%					100%			
Dar de comer a muñeca con cuchara.			1												1
			100%												

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA	SUJETOS NORMALES														TOTAL DE CONDUCTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Rodar coches		18	4	1	2	1	8				10			13	57
		100%	22.22	5.55	11.11	5.55	44.44				55.55			72.22	
Girar el aro, pelota, reileté y rueda.		2	3	6		11	11			9			7	49	
		18.18	27.27	54.54		100%	100%			81.8%			63.63		
Disparar el cañón		1			15	18					8		3	56	
		5.55			83.33	100%					44.44		16.66		
Tocar el piano		4				1	13			9		11		38	
		30.76				7.69	100%			69.23		84.61			
Dar cuerda a la televisión			5				10	2		7	3			5	32
			50%				100%	20%		70%	30%			50%	

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LO NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS.

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CON DUCTAS
Se ve en el espejo								1					1		2
								100%					100%		
Poner el espejo frente a cara de muñeca.		1		1							1			1	4
		100%		100%							100%			100%	
Sopla al reilete, globo.		6	3				5					10			24
		60%	30%				50%					100%			
Tira con pelota boliches, coches.			5			4								8	17
			62.5			50%								100%	
Bota pelota, cubos sobre palma de mano.						2									2
						100%									

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS \ SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Pega a pelota, globos con cabeza , rodillas.				3		8	4						6		21
			37.5			100%	50%						75%		
Hacer que nada el pescado							2								2
							100%								
Poner bolsa en brazo de muñeca		1	2				1	1							5
		50%	100%				50%	50%							
Ponerse bolsa en brazo							1	1							2
							100%	100%							
Guardar en la bolsa peine, espejo.			2					1							3
			100%					50%							

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Hacer que chocan dos coches						1									1
						100%									
Presionar el muñeco, pescado que chillan.					1	1					3				5
					33.33	33.33					100%				
Hacer que vuela el muñeco						4	1								5
						100%	25%								
Aventar y cachar la pelota, globo, aro.		12	2	64		50	33	8			46		25		240
		18.75	3.12	100%		78.12	51.56	12.5			71.87		39.06		
Pasar la pelota, globo de una mano a otra.				2			1	1							4
				100%			50%	50%							

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Pone en diferentes posiciones el perro, pitufo, soldado, muñeca.		5			2	1	5	1				3		4	21
		100%			40%	20%	100%	20%				60%		80%	
B) Otorga diferentes caracterizaciones al objeto.															
Con la raqueta pega al cubo, plato, pescado, globo, boliches como si éstos fueran una pelota.		46	8		29	78	6	25			21	4	12	39	268
		58.97	10.25		37.17	100%	7.69	32.05			26.92	5.12	15.38	50%	
Con el cubo tira hacia los boliches, globos como si aquél fuera una pelota.					10	1	1					2	7		21
					100%	10%	10%					20%	70%		
Con los boliches pega al cubo como si aquellos fueran raquetas.					1										1
					100%										

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Hacerse aire con la raqueta como si ésta fuera un avanico.					2										2
					100%										
Tira hacia la pelota con otra pelota como si la primera fuera una canica.						4									4
						100%									
Saltar sobre los boliches que usa como obstáculos.							1								1
							100%								
Tocar las teclas del piano con el reilete.		2													2
		100%													
Forma pirámides de cubos, tazas, platos.		18													18
		100%													

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS / SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Disparar globos, boliches que pone sobre boca del cañon.		6													6
		100%													
Poner boliche sobre espalda de pitufo y hace que vuela.		1													1
		100%													
Tirar los boliches con muñeco (buhu) como si éste fuera una pelota.		3													3
		100%													
Hacer que escribe con el mango del peine como si éste fuera una pluma ó lápiz.		1													1
		100%													
Aventar el plato como si fuera un búmeran.		6													6
		100%													

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Poner el asa de la bolsa a muñeca como diadema			1												1
			100%												
Poner la taza sobre el aro como si éste fuera un plato			1												1
			100%												
Tocar sobre la pared como si ésta fuera una puerta.				1											1
				100%											
Tratar de botar el globo como si éste fuera una pelota.							29							15	44
							100%							51.72	

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS / SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	C) Utiliza el objeto como medio para llegar a un fin determinado.														
Rodar el aro, el jeep para tirar los boliches.					2										2
					100%										
Aventar el boliche para tirar otro boliche					1										1
					100%										
Tocar las teclas del piano con la raqueta, el buho o el pescado.		2													2
		100%													
Rascarse la espalda con la raqueta.		1													1
		100%													
Tratar de sacar el cubo que se encuentra dentro del cañón con el mango del peine.		1													1
		100%													

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS	SUJETOS NORMALES														TOTAL DE CONDUCTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Empujar la pelota, los globos con el reilete.		1	1												2
		100%	100%												
Acercar la pelota con el reilete.		3													3
		100%													
Saltar sobre los boliches							1								1
							100%								
Poner un cubo sobre un extremo de la ametralladora del jeep, presiona el otro extremo de ésta lanzando el cubo.					1										1
					100%										
Frotar el globo en el cabello y pegarlo en la pared		3													3
		100%													

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Frotar el peine en el cabello y acercarlo al globo.		2													2
		100%													
Con la raqueta pegarle al cubo, pescado, boliches como el golf para tirar otros boliches.					4						2				6
					100%						50%				
Tirar boliches, pirámide, disparando un cubo con el cañón.		39													39
		100%													
D) Formar grupos de objetos de acuerdo a determinadas características.															
Uso-Forma (pelotas, raquetes cohces, muñecas, pescados, boliches, globos, tazas).			11			1	5	10					8		35
			100%			9.09	45.45	90.90					72.72		

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS Sujetos Normales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Color (rosa, amarillo, rojo, azul, verde, blanco, naranja)			2												2
			100%												
Forma grupos de objetos sin ninguna relación.							1								1
							100%		()						
E) Forma diferentes figuras con los objetos.															
Torres (con cubos, platos, peine, raquetas, boliches)							1	3		5				7	16
							14.28	42.85		71.42				100%	
Pirámide (cubos, tazas).		18													18
		100%													

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	Estrella					1									
					100%										
F) Reproducción de sonidos musicales.															
Tocar en el piano la misma pieza que emite la televisión			6							1					7
			100%							16.66					
II CONDUCTA MOTORA															
Caminar					24	2			1	8					35
					100%	8.33			4.16	33.33					

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS / SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
Incarse		46	53	33	29	45	62	38		1	25	25	19	38	414
		74.19	85.48	53.22	46.77	72.58	100%	61.29		1.61	40.32	40.32	30.64	61.29	
Permanecer de pie	78				11		2	6	78	5	18	5	4		207
	100%				14.10		2.56	7.69	100%	6.41	23.07	6.41	5.12		
Brazos atras									4						4
									100%						
Brazos cruzados									3						3
									100%						
Rascarse la espalda.									1						1
									100%						

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTAS SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	Tronar los dedos					1									
					100%										
Acomodarse el cabello									2						2
									100%						
Tocarse cualquier parte del cuerpo (ceja, boca).					7				2						9
					100%				28.57						
Acomodarse la ropa.									6						6
									100%						

TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTA SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	III. CONDUCTA VERBAL.														
Lenguaje articulado y coherente.	6				9				1						16
	66.66				100%				11.11						
IV. RELACION CON EL MEDIO.															
Explorar la habitación con la mirada o caminando	1				21	2	3	5							32
	4.76				100%	9.52	14.28	23.80							
V. RELACION CON EL OBSERVADOR															
Ver al observador	7	1		31	4	3	10	22	2		13	18		3	114
	22.58	3.22		100%	12.90	9.67	32.25	70.96	6.45		41.93	58.06		9.67	

TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS NORMALES CON LOS OBJETOS

CONDUCTA Sujetos Normales															TOTAL DE CONDUCTAS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Acercarse al observador								3								3
								100%								
Sonreír al observador a la vez que lo ve a los ojos.	1				3		1		2				2			9
	33.33				100%		33.33		66.66				66.66			
Hacer comentarios al observador a la vez que lo ve a los ojos.	6				9				1							16
	66.66				100%				11.11							

En cuanto a la relación de los niños autistas con -- los objetos se encontró que éstos presentaron los tres - tipos de conducta esperada. *

1. Manejo del material de juego o relación hacia - el objeto.

En general los niños autistas manifestaron di- versas formas de usar el objeto (s), las cuales se presentan a continuación.

- Golpear el objeto
- Apretar el objeto
- Chocar dos objetos entre sí
- Aventar el objeto
- Patear el objeto
- Morder el objeto

* Se observó que el lapso de tiempo transcurrido del pri- mer registro que se hizo de la conducta de los niños au- tistas y del segundo registro que fueron en 1984 y en - 1986 respectivamente hubo persistencia en la conducta, no hubo ningún cambio en ambos registros.

- Pisar el objeto
- Romper el objeto
- Jalar el objeto
- Doblar el objeto
- Acercarse el objeto a la boca, oído nariz
- Tocar y dejar el objeto
- Meter el objeto a la boca
- Oler el objeto
- Girar el objeto
- Rodar el objeto
- * Mover el objeto y su cuerpo simultáneamente, siendo tal movimiento el mismo o similar entre el objeto y el cuerpo.
- * Usa el objeto de acuerdo al propósito de éste.
- * Otorga diferentes caracterizaciones al objeto.

2) Conducta motora.

- Pocos movimientos corporales
- Acostarse
- Sentarse
- Incarse
- Brincar

- Actividad física exagerada (caminar, correr)

A) Movimientos corporales estereotipados.

- Girar sobre su propio eje

- Aplauso

- Aleteo

- Balanceo

- Picarse los ojos

- Jalarse los parpados

B) Movimientos faciales.

Gesticulaciones:

- Sacar la lengua

- Hacer muecas

- Guiñar el ojo

C) Ningun movimiento estereotipado

3) Conducta verbal

A) Lenguaje articulado

- 1, 2, 3, 4 persona.

- Tarareo

- Sonido articulado

- Ecolalia (inmediata, retardada)

- Reversión de pronombres

- Grito articulado

- B) Lenguaje inarticulado
 - Sonido inarticulado
 - Grito inarticulado
 - C) Ausencia de lenguaje
- 4) Conducta afectiva
- Jalarse
 - Pegarse
 - Tocarse
 - Frotarse
 - Sonrisa sin razón aparente
 - Risa sin razón aparente
 - Grito inarticulado
 - Grito articulado
 - Tarareo
 - Gesto con nariz
 - Expresión de tristeza
- 5) Relación con el observador
- Mirar al observador
 - Acercarse al observador
 - Tocar al observador
 - Jalar al observador
 - Pegar al observador
 - Empujar al observador

Los resultados anteriores se presentan a continuación

en una tabla de frecuencias y porcentajes de las diversas conductas en cada uno de los sujetos.

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA / SUJETOS AUTISTAS	Sujetos Autistas														TOTAL DE CONDUCTAS.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
I) RELACION CON EL OBJETO																
A) DESCARGA DE AGRESION																
Aventar el objeto	1 3.03	1 3.03			3 9.09	33 100%		1 3.03				1 3.03		18 54.54	58	
Batear el objeto		1 14.28			1 14.28			4 57.14	7 100			5 71.42	1 14.28	4 57.14	23	
Presionar el objeto		13 61.90		21 100	1 4.76		3 14.28	9 42.85		6 28.57		8 38.09		10 47.61	71	
Morder el objeto		5 50%										4 40%	10 100%	2 20%	21	
Pisar el objeto					1 12.5%			8 100%				5 62.5%		1 12.5	1 12.5	16
Romper el objeto		1 100%						1 100%				1 100%		1 100%	4	
Jalar el objeto					2 13.33								15 100%		17	
Doblar el objeto		2 100%													2	
Golpear el objeto	1 4.76	16 76.19		18 85.7	6 28.57			17 80.95	7 33.33	21 100%	12 57.14	13 61.90		8 38.09	119	
Chocar un objeto con otro		4 4.21					3 3.15%	95 100%			1 1.05			3 3.15	106	

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS

CONDUCTA SUJETOS AUTISTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CONDUCTAS
	B) ESTIMULACION														
ESTIMULACION AUDITIVA															
Agitar-acercar oído		1		8			2			45				1	57
		2.22%		17.77			4.44%			100%				2.22%	
Frotar - acercar oído				4											4
				100%											
Rasgar - acercar oído				32											32
				100%											
Golpear - acercar oído				1											1
				100%											
Apretar - acercar oído				24											24
				100%											
Chocar un objeto con otro		4				3	95			1				3	106
		4.21				3.12	100%			1.05				3.12	
Acercar el objeto al fdo	1			7	4	3			14			10			39
	7.14			50%	28.57	21.42			100%			71.42			
ESTIMULACION TACTIL															
Tocar el objeto	29	2		44	6	15		1	2				1	4	104
	65.90	4.54		100%	13.63	34.09		2.27	4.54				2.27	9.09	
Acercar el objeto a la boca, nariz etc.		2		2		5	2	2	7		2	2		3	27
		28.5%		28.57		71.42	28.57	28.57	100		28.57	28.57		42.85	

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS

CONDUCTA	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE CONDUCTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Protar el objeto				1		1			2	5					9
				20%		20%			40%	100%					
Meter el objeto a la boca	4	10	5			5	7	5				4			40
	40%	100%	50%			50%	70%	50%				40%			
ESTIMULACION VISUAL															
Mirarse en el espejo		1			3										4
		33.33			100%										
Mirar y mover ojos del objeto.				1											1
				100%											
Mirar al observador	10	35	41	5	4	6	9	1	4	11	7	3	1	11	148
	24.39	85.36	100%	12.19	9.75	14.13	21.95	2.43	9.75	26.82	17.07	7.31	2.43	26.82	
ESTIMULACION OLFATIVA															
Oler el objeto						1									1
						100%									
ESTIMULACION CINESTESICA															
Girar el objeto				1			2	1			1	5		7	17
				14.28			28.57	14.28			14.28	71.42		100%	
Rodar el objeto	24				1	7								1	33
	100%				1.19%	29.16								4.16	

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE CONDUCTAS		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
C) MOVIMIENTO OBJETO																	13
MOVIMIENTO CUERPO																	100%
D) USA EL OBJETO DE ACUERDO																	
AL PROPOSITO DE ESTE																	
Botar la pelota						4						1	84				89
						4.76						1.19	100				
Batear la pelota						5						2					7
						100%						40%					
Ondear la bandera	1					3											4
	33.33					100%											
Peinarse con el peine						1											1
						100%											
Comer con plato y cuchara						2											2
						100%											
Rodar el jeep	24					17											41
	100%					70.83											
Tratar de inflar el globo	28					37											65
	75.67					100%											
Dar cuerda a la televisión	32	12	20		11	7						15					97
	100%	37.5	62.5		34.37	21.87						46.87					
Tocar el piano	3				2	2									3		10
	100%				66.66	66.66									100%		
Bota el globo contra la pared														39			39
														100%			

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE CONDUCTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Dar cuerda al radio	10	7			6	6						11			40
	90	90	63	63	54	54						100%			
E) OTORGA DIFERENTES CARACTERIZACIONES AL OBJETO															
Peinarse con palo de bandera	1														1
	100%														
Botar el globo													2		2
													100%		
Servir café con boliches						1									1
						100%									
Borrar el pizarrón con almohada					1										1
					100%										
II) CONDUCTA MOTORA															
Caminar - círculo		1	1		5		52	16	12	7	41		17	2	154
		1.92%	1.92%		9.61%		100%	30.76%	23.07%	13.46%	78.84%		32.69%	3.84%	
Correr - círculo		1					33				3				37
		3.03%					100%				9.09%				
Acostarse	9				4	12	7							4	36
	75%				33.33%	100%	58.33%							33.33%	
Sentarse	1	2		89	2	1	5	3		2	3			1	109
	1.12%	2.24%		100%	2.24%	1.12%	5.61%	3.37%		2.24%	3.37%			1.12%	
Incarse	1		2		3					1					7
	33.33%		66.66%		100%					33.33%					

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE CONDUCTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Brincar	1	4								2	8	2	1		18
	12.5%	50%								25%	100%	25%	12.5%		
A) MOVIMIENTOS CORPORALES ESPEREOTIPADOS															
Gira sobre su propio eje								1		1	1			2	5
								50%		50%	50%			100%	
Aplauso								3	1		63				67
								4.76	1.58		100%				
Aleteo														4	4
														100%	
Balanceo							2	1							3
							100%	50%							
Jalar el párpado														1	1
														100%	
Picarse los ojos											5				5
											100%				
B) MOVIMIENTOS FACIALES															
Gesticulaciones (muecas, sacar la lengua etc.)		5									1		1		7
		100%									20%		20%		
III CONDUCTA VERBAL															
A) LENGUAGE ARTICULADO															

Falta Página

No. 138

TABLA DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS AUTISTAS CON LOS OBJETOS.

CONDUCTA	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE CONDUCTAS.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Sonido inarticulado	5	5	1			3	3	1	4	17	20	8	3	12	82
	25%	25%	5%			15%		5%	20%	85%	100%	40%	15%	60%	
Grito inarticulado		2					18								27
		50%					100%								
IV) CONDUCTA AFECTIVA															
Jalarse											1				1
											100%				
Pegarse	1	3	1	2	1					2	8	3			21
	12.5%	37.5%	12.5%	25%	12.5%					25%	100%	37.5%			
Tocarse cualquier parte del cuerpo (pies, boca, dedos, pene, etc.)			25	7	1	3	2	1			6	5		4	54
			100%	28%	4%	12%	8%	4%			24%	20%		16%	
Frotarse cualquier parte del cuerpo (estómago, mejilla, manos, etc.)		1			2				5						8
		20%			100%				100%						
Sonreír		5	1				2	2		4	5			2	21
		100%	20%				40%	40%		80%	100%				
Reír		1					1	1		1			1	5	10
		20%					20%	20%		20%			20%	100%	
Grito inarticulado	2	9			3		18	1		1				2	36
	11.11	50%			16.66		100%	5.55		5.55				11.11	
Grito articulado							4								4
							100%								
Tararear					4	1					7		1		13
					57.14	14.28					100%		14.28		

En cuanto a la elección de los objetos, ésta fue variada pero permanente en ambos grupos.

Lista de objetos elegidos por el grupo control (niños normales).

OBJETOS ESTATICOS

(sin mov-luz-son)

Cuchara

Carros chicos

Carros grandes

Platos

Boliches

Peine

Soldado de jeep

Jeep

Cubos chicos

Raquetas

Muñeco pitufo grande

Buzo

Cañón

Muñeco de trapo duro

Perro salchicha

Bolsa verde

OBJETOS DE CUERDA

(con mov-luz-son)

Pelota grande

Globos

Televisión

Piano

Pelotas chicas

Reilete

Aro de plástico

Círculo de plástico

Pescado

Espejo

Muñeca

Taza.

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS NORMALES.

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS NORMALES														TOTAL DE OBJETOS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Cuchara			3				3	1		1					8
			100%				100%	33.33		33.33					
Carros chicos		4	6	4		6	9	1		2	3		1	7	43
		44.44	66.66	44.44		66.66	100%	11.11		22.22	33.33		11.11		
Cubo grande										1					
										100%					
Plato		4	5			1	4	1		2		1	2	5	25
		80%	100%			20%	80%	20%		40%		20%	40%	100%	
Boliches		7	13		13	8	12	8		3	9	4	5	16	98
		43.75	81.25		81.25	50%	75%	50%		18.75	56.25	25%	31.25	100%	
Peine		5	2			5	5	2		1		2			22
		100%	40%			100%	100%	40%		20%		40%			
Soldado			1	2	1		2			9				3	18
			11.11	22.22	11.11		22.22			100%				33.33	
Jepp (carro grande)		5	3		3		7	1		1	2		1		23
		71.42	42.85		42.85		100%	14.28		14.28	28.57		14.28		
Cubos chicos (color s/c)		13	6		17	4	3	6		9	7			26	91
		50%	23.07		65.38	15.38	11.53	23.07		34.61	26.92			100%	
Raquetas		17	6		18	11	23	22		4	23		13	40	177
		42.5	15%		45%	27.5	57.5	55%		10%	57.5		32.5	100%	
Buzo				2		1	1			1					5
				100%		50%	50%			50%					
Cañón		18	1		5	6	9			8	13			1	61
		100%	5.55%		27.77	33.33	50%			44.44	72.22			5.55%	

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS NORMALES.

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS NORMALES														TOTAL DE OBJETOS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Muñeco de trapo duro		4	3				12	2		1					22
		33.33	25%				100%	16.66		8.33					
Perro salchicha		5	2				8	2		2					19
		62.5	25%				100%	25%		25%					
Bolsa verde		3	5		1		3	1		4					17
		60%	100%		20%		60%	20%		80%					
Aro de plástico.		8	4			4	3			4	3		6	2	34
		100%	50%			50%	37.5			50	37.5		75%	25%	
Muñeco pitufo de peluche		5	4	1		6	9	3		2		3			33
		55.55	44.44	11.11		66.66	100%	33.33		22.22		33.33			
Pescado de plástico		4	3		4	2	7			2	9			4	35
		44.44	33.33		44.44	22.22	77.77			22.22	100%			44.44	
Espejo		1	2			1	9			2	2		1	1	19
		11.11	22.22			11.11	100%			22.22	22.22		11.11	11.11	
Muñeca de plástico (grande)		3	5				6	5		1				2	22
		50%	83.33				100%	83.33		16.66				33.33	
Tasa		3	5				3			6					17
		50%	83.33				50%			100%					
Ametralladora					4		1			2					7
					100%		25%			50%					
Buho		4	3				6	1		4					18
		66.66	50%				100%	16.66		66.66					
Ballena							5	1		2					8
							100%	20%		40%					

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS NORMALES.

OBJETOS ESTATICOS / SUJETOS NORMALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE OBJETOS
	Llanta						2							2	
						100%							100%		
OBJETOS DE CUERDA / SUJETOS NORMALES															
Pelota grande		11	6	2	6	11	21			1	26	4	25	13	126
		42.30	23.07	7.69	23.07	42.30	80.76			3.84	100%	15.38	96.15	50%	
Globos		16	11			7	28			2	10	7	20	15	116
		57.14	39.28			25%	100%			7.14	35.71	25%	71.42	53.57	
Televisión			8			3	11			10	3			5	40
			72.72			27.27	100%			90.90	27.27			45.45	
Piano		3	7			1	13			9		11			44
		23.07	53.84			7.69	100%			59.23		84.61			
Pelotas chicas		17	6		6	8	18			12	5		20		92
		85%	30%		30%	40%	90%			60%	25%		100%		
Reilete		12	10				13					9			44
		92.30	76.92				100%					69.23			

Lista de objetos elegidos por el grupo experimental -
(niños autistas).

OBJETOS ESTATICOS

(sin mov-luz-son)

Bandera

Cuchara

Carros chicos

Carros grandes

Sartén

Plato

Boliches

Huevo

Peine

Soldado de jeep

Jeep

Cubos chicos

Raquetas

Almohada

Pato

Muñeco pitufo chico

Buzo

Cañón

Manguera de buzo

Muñeco de trapo duro

OBJETOS DE CUERDA

(con mov-luz-son)

Pelota grande

Globos

Espantasuegras

Televisión

Piano

Radio

Bebé

Pelotas chicas

Reilete

Perro salchicha de trapo suave

Bolsa verde de plástico

Aros de plástico

Cubo grande de colores

Muñeco pitufo de peluche

Círculo de plástico

Pescado de plástico grande

Pescado de plástico chico

Caja de cigarros chica

Caracol de plástico

Gusano de ruedas

Espejo

Muñeca de plástico grande

Pollo de huevo

Goma

Elefante

Taza

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS AUTISTAS.

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE OBJETOS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Bandera	4				9	5									18
	44.44				100	55.55									
Cuchara						3					2				5
						100					66.66				
Carros chicos	14					23									37
	60.86					100									
Carro grande	9					1									10
	100					11.11									
Sartén		2			1	4									7
		50%			25%	100%									
Plato						1									1
						100%									
Boliches	3	1		2		5	3				2				16
	60%	20%		40%		100%	60%				40%				
Huevo		5				14									19
		35.71				100%									
Peine						4									4
						100%									
Soldado de jeep	3														2
	100%														
Gato					2	1									5
					100%	50%									
Cubos chicos (color, s/c).				2		7								6	15
				28.57		100%								85.71	

FRECUENCIA Y POR CENAJE DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS AUTISTAS

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS AUTISTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE OBJETOS
Hipopótamo							2									2
							100%									
Ballena						1										1
						100%										
Raquetas		3	7	3			4	24					6			47
		12.5	29.16	12.5			16.66	100%					25%			
Almohada					1	5										6
					20%	100%										
Pato		2														2
		100%														
Muñeco pitufo chico (rojo)					2	4	12									18
					16.66	33.33	100%									
Buzo		6			3	5	3									17
		100%			50%	83.33	50%									
Cañón		4			1											5
		100%			25%											
Manguera de buzo						1										1
						100%										
Muñeco de trapo duro					14											14
					100%											
Perro salchicha de trapo suave					11											11
					100%											
Bolsa verde de plástico												4				4
												100%				

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS AUTISTAS

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE OBJETOS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Aros de plástico					10							1			11
					100%							10%			
Cubo grande de colores	2	12				5	1								20
	16.66		100%			41.66	8.33								
Buho				2											2
				100%											
Pollo		3													3
		100%													
Muñeco pitufo de peluche (grande)				1		3	1								5
				33.33		100%	33.33								
Círculo de plástico					10							1			11
					100%					()		10%			
Pescado de plástico (grande)	5						14				4				23
	35.71						100%				28.57				
Pescado de plástico(chico)	2														2
	100%														
Caja de cigarro (chica)					2	8									10
					25%	100%									
Caracol de plástico (chico)						3									3
						100%									
Gusano con ruedas	2				5	4									11
	40%				100%	80%									
Espejo				1											1
				100%											

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS AUTISTAS

OBJETOS ESTATICOS	SUJETOS AUTISTAS														TOTAL DE OBJETOS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Muñeca de plástico (grande)				1												1
				100%												
Pollo del huevo		2														3
		100%														
Goma					3											3
					100%											
Elefante					4											4
					100%											
Taza						1										1
						100%										

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS OBJETOS ELEGIDOS POR LOS NIÑOS AUTISTAS

OBJETOS DE CUERDA SUJETOS AUTISTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE OBJETOS
	Pelota grande		8		4	2	9			3		3	3	29	
		27.58		13.79	6.89	31.03			10.34		10.34	10.34	100%		
Globos		7	1	15	6	19	13	15	2	6		22	16	40	162
		17.5	2.5	37.5	15%	47.5	32.5	37.5	5%	15%		55%	40%	100%	
Espantasuegras	1				2	1									4
	50%				100%	50%									
Televisión	14		21	3		8		3	1			2		1	53
	66.66		100%	14.28		38.09		14.28	4.76			9.52		4.76	
Piano	8				2	21			1					4	38
	34.78				8.69	100%			4.34					17.39	
Radio	12	9			6	11			1			10	1		51
	100%	59.23			46.15	84.61			7.69			76.92	7.69		
Bebé	1	1		4											6
	25%	25%		100%											
Pelotas chicas		9		1		24						3			36
		37.5%		4.16		100%						8.33			
Reilete				2		5									7
				40%		100%									

TABLA QUE ILUSTR A EL TIEMPO DE REACCION (TR) OBTENIDO EN CADA NIÑO DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL AL COMIENZO DE CADA FASE EN LA RELACION CON LOS OBJETOS.

FASES	SUJETOS NORMALES													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	0	7"	10"	5'15"	4'25"	15"	3'5"	0	0	20"	15"	7"	20"	5"
2	0	5"	20"	9'15"	15"	10"	5"	5"	0	10"	5"	20"	10"	15"
3	0	5"	10"	15"	10"	5"	5"	0	0	15"	10"	15"	5"	5"
4	0	5"	5"	30"	5"	3"	5"	5"	0	0	5"	3"	5"	3"
FASES	SUJETOS AUTISTAS													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	8"	1'30"	2"	3"	1'30"	7"	8"	5"	7"	1'5"	55"	1'20"	20"	0
2	10"	15"	18"	11"	1"	3"	6"	2"	5"	2"	7"	2"	5"	0
3	4"	45"	56"	8"	6"	4"	6"	1"	33"	1'45"	2"	2"	0	2"
4	20"	45"	4"	0	6"	6"	6"	2"	5"	0	40"	21"	0	2"

Respecto a la información obtenida por las madres de los niños normales y de los niños autistas se encontró lo siguiente.

Grupo control (madres de niños normales)

AREA I

Ante la situación de embarazo la mayoría de las madres (47.8%) no tuvieron preferencia hacia el deseo del sexo de su bebé, ni del físico de éste (69.9%)

El 85.7% de las madres reaccionó con agrado ante la presencia de su hijo, sin importar el sexo ni el físico de éste.

La mayoría de las madres (78.5%) se hicieron cargo del niño con la ayuda de una segunda persona (esposo, abuela).

AREA II

El 64.2% de las madres sí preparó sus senos para la alimentación de su bebé antes del nacimiento de éste, y también en su mayoría (35.7%) recibieron a su bebé inmediatamente después del nacimiento.

La principal preocupación de las madres durante las primeras semanas de vida de su bebé fué la de saber como se encontraba éste (35.7%), y si serían buenas madres (27.8%).

En su mayoría (92.7%) sí le dieron el pecho al niño, sólo el 7.5% no lo hizo por falta de leche. El 57.1% de las que si lo hizo recibió apoyo del esposo, quien estuvo de acuerdo

do en el amamantamiento del bebé por verlo como una función normal (47.8%).

El 92.7% de los bebés no necesitó que se le enseñara a mamar el pecho, sólo el 7.5% tomó biberón. De éstos bebés que fueron amamantados el 78.5% tomaban la región completa de la areola para succionar, se mostró relajado el 35.7% , y emitieron un sonido rítmico el 27.8%. A la mayoría de los bebés (69.9%) se le permitió dejar por sí sólo el pecho, después de haber sido alimentado, mientras que el 14.2% de los bebés se les retiraba el pecho hasta que se quedaban dormidos.

Al 47.8% de los bebés se les calmaba cuando lloraban al ser amamantados, hablandoles al 12.1%, dándoles palmas y paseándolos el 13.5%. Sólo el 7.5% de las madres manifestaron que el bebé no lloró.

El 27.8% de las madres manifestó darle el pecho al niño con ternura, mientras que el 13.5% lo hizo hablándole al niño.

El 57.1% de las madres observó que su bebé mantuvo un aumento de peso constante durante la lactancia y el 14.2% que tuvo buen tamaño en estatura.

El 69.9% de los bebés tuvo una actitud de tranquilidad hacia la alimentación, mientras que el 12.1% manifestó desinterés.

En su mayoría (57.1%) las madres consideraron a sus bebés como niños normales durante la lactancia, ni voraces, ni inapetentes. El 27.8% los consideró voraces y el 12.1% inapetentes.

El 47.8% de las madres amamantó a su bebé durante un año, y el 27.8% durante seis meses.

El 69.9% de las madres experimentó la sensación de plenitud al alimentar a su bebé, y el 14.2% experimentó satisfacción.

El 85.7% de las madres no ingirió ningún medicamento durante la lactancia del bebé, sólo el 7.5% si lo hizo por la falta de leche.

Durante el amamantamiento del bebé el 27.8% de las madres se encontró orgullosa, el 13.5% feliz y satisfecha, y el 12.1% tranquila.

El 92.7% manifestó no haber tenido problemas al --- alimentar a su bebé. Sólo el 7.5% por falta de leche siguió instrucciones del médico.

Para el 92.7% de las madres la alimentación al seno fué una experiencia agradable, y se consideraron eficientes durante esta etapa de lactancia. El 69.9% atendió a su bebé en todo momento, y veía que tenía cuando lloraba el 78.5%.

AREA III

El 92.7% de las madres si notó que al niño le gustó un objeto, en su mayoría (35.7%) muñecos, osos, almohada, a la edad de dos años (57.1%). El 64.2% de los niños lo utilizaron a la hora de dormir y el 13.5% al salir a la calle, abrazándolo el 47.8%. En el 64.2% el gusto por el objeto duró un año.

CUADRO DE CONCENTRACION DE DATOS

I AREA SOBRE LA ACEPTACION DE LA MADRE HACIA EL NIÑO		POBLACION: 14 MADRES DE NIÑOS NORMALES.				
REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES					
1. Cuando quiso tener un hijo ¿qué deseaba que fuera?	NIÑO 12.1%	NIÑA 27.8%	NO LO SE 0%	OTROS 47.8%	Lo que fuera No tuvo preferencia.	
2. Reacción que tuvo al ver que su hijo (a) fué o no fué del sexo que usted esperaba?	AGRADO 85.7%	DESAGRADO 0	OTROS 12.1%	Maravilloso Sentimiento por ser el último bebé que iba a tener'		
3. Físicamente ¿deseaba que el niño (a) se pareciera a alguien de su familia en especial?	SI 14.2%	NO 69.9%	Sólo deseaba que estuviera bien No podemos saber como será y que genes predominen Nunca lo pensé No pensé en ningún parecido			
4. El niño (a) se pareció físicamente a la persona que usted deseaba?	SI 12.1%	NO 12.1%	OTROS 0	Sin respuesta 69.9%		
5. ¿Cuál fué la reacción al ver que el niño (a) fué o no fue parecido físicamente a la persona que usted deseaba?	AGRADO 35.7%	DESAGRADO 0	OTROS 14.2%	Contenta Buena No le extrañó	S./R. 14.2%	

6. Cuando el niño era bebé (pequeño, de meses) ¿Cuántas personas se hicieron cargo de sus cuidados, independientemente de los que le proporcionó usted?	1	2	más de 2	más de 4	5	ÓTROS
	madre esposo abuela 78.5%	12.1%	7.5%	0	0	0

II AREA SOBRE LA RELACION MADRE - HIJO DURANTE LA LACTANCIA

REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES				
7. ¿Preparó sus senos y pezones para la alimentación antes del nacimiento de su bebé?	SI	OTROS	Tomó biberón desde que nació		
	64.2%				
	NO				
	14.2%				
8. ¿En qué momento, después del nacimiento sostuvo al bebé en sus brazos?	Inmediatamente después del nacimiento	Un día después del nacimiento	Después de varios días	El bebé estaba en incubadora	
	35.7%	14.2%	0	0	

	Sólo lo veía 0	OTROS 13.5%	12 horas después del nacimiento 8 horas después del nacimiento 6 horas después del nacimiento			S/R. 17.5%
9. ¿Tuvo preocupaciones durante las primeras semanas de vida de su bebé?	Cómo está 35.7%	Seré una buena madre 27.8%	Tengo suficiente leche 0	Me daré abasto con el trabajo 0	OTROS 13.5%	Ninguna
10. ¿Le dió el pecho al niño (a)?	SI 92.7%	NO 7.5%				
11. ¿Por qué no amamantó a su bebé?	Por tener demasiado dolor 0	Por ser el bebé prematuro 0	Por considerarlo ind decoroso 0	Por sentir que alteraría las actividades -- personales y conyugales. 0		
	Por estar demasiado nerviosa 0	Por falta de leche 12.1%	OTROS 0			
12. ¿De quién recibió apoyo durante la lactancia del bebé?	Esposo 57.1%	Familiares Suegra 13.5%	Amigos 7.5%	OTROS 12.1%	De nadie Es cuestión de la madre	

13. ¿Cuál fué el motivo por el cual su esposo estuvo o no de acuerdo en que amamantara a su bebé?	Por falta de información	Por considerarlo indelicado	Por considerarlo amenazante para las relaciones conyugales.	Por buena información al respecto.	
	0	0	0	13.5%	
	Lo acepto como una función normal.	Por considerarlo un motivo de mayor unión en la pareja.	OTROS	Tomó biberón	S/R.
	47.8%	0	7.5%		13.5%
14. ¿Necesitó su bebé que se le enseñara a mamar?	SI	NO	OTROS	Tomó biberón	
	0	100%	7.57%		
15. ¿Porque?	Porque la madre tenía los pezones invertidos.	Porque el bebé fué prematuro	OTROS		
	0	0	0		
16. ¿Durante el amamantamiento que área del pezón tomaba su bebé?	El extremo del pezón.	La región completa de la areola.	OTROS	Sin respuesta.	
	12.1%	78.5%	0	7.5%	
17. Al estar amamantando al bebé éste	Emitía un sonido largo	Emitía un sonido lento	Emitía un sonido rítmico.	Emitía un sonido corto y seco.	Se mostraba relajado.
	0	0	27.8%	0	35.7%

	Se mostraba tenso 0	OTROS 13.5%	Apresurado No recuerda Tomó biberón		
18. ¿Cómo retiraba al bebé del pecho?	Interrumía la succión buruscamente 0	Ponía el dedo meñique entre las encias de su bebé 0	Esperaba hasta que el bebé dejara por sí sólo el pecho 69.9%	Se quedaba dormido (a) Tomó biberón OTROS 14.2%	
19. Cuando su bebé lloraba al estarlo amamantando	Seguía tratando de darle el pecho 0	Lo calmaba hablándole 47.8%	Lo calmaba dándole palmaditas 12.1%	Lo calmaba paseándolo 13.5%	Esperaba a que se callara por sí sólo. 0
	OTROS 7.5%	No lloraba			S/R. 7.5%
20. ¿Cómo le daba el pecho al niño?	Acostada 7.5%	Sentada 13.5%	Abrazando al niño 12.1%	Limpiándose los senos 12.1%	Con pezonera 0
	Con ternura 27.8%	Hablándole al niño 13.5%	Cada 3 horas 7.5%	OTROS 0	

21. Durante la lactancia del bebé, que observó en él	Mantuvo un aumento de peso constante.	Tuvo un buen tamaño en estatura.	Mojaba de 6 a 8 pañales diarios	Estuvo bajo de peso para su edad.	
	57.1%	14.2%	12.1%	0	
	Era pequeño en tamaño para su edad.	Mojaba menos de 6 a 8 pañales diarios.	OTROS		
	0	0	0		
22. ¿La actitud del bebé hacia la alimentación fué de?	Ineptitud	Desinterés	Tranquilidad	OTROS	S/R.
	0	12.1%	69.9%	0	12.1%
23. Durante la lactancia usted considera que su bebé fué?	Un bebé voraz	Un bebé inapetente	OTROS	Normal	
	27.8%	12.1%	57.1%		
24. ¿Durante cuanto tiempo amamantó a su bebé?	6 semanas	2 meses	1 año	De 15 a 20 minutos	Cada 3 horas
	7.5%	7.5%	47.8%	0	0
	OTROS	6 meses. 4 meses.			S/R.
	27.8%				7.5%

25. Qué sensaciones experimentó en los senos al alimentar a su bebé?	De plenitud 69.9%	De dolor 0	OTROS 14.2%	Satisfacción.		S/R. 7.5%
26. Ingirió algún medicamento durante la lactancia de su bebé	SI 7.5%	NO 85.7%	S/R. 7.5%			
27. Durante el amamantamiento de su bebé usted se encontraba?	Deprimida 0	Tensa 0	Resentida 0	Desconcertada 0	Decepcionada 0	
	Felíz 13.5%	Tranquila 12.1%	Satisfecha 13.5%	Orgullosa 27.8%	Interesada 0	
	OTROS 0	S/R. 7.5%				

28. ¿Qué medida tomó ante los problemas de la alimentación al seno que se le presentaron?	Seguir instrucciones del médico. 7.5%				S/R. 92.7%
29. ¿La alimentación al seno fue una experiencia?	Agradable 92.7%	Desagradable 0	OTROS 0		S/R. 7.5%
30. Durante la lactancia ¿Como se consideró a sí misma como madre?	Eficiente 92.7%	Ineficiente 0	OTROS 0		S/R. 7.5%
31. ¿En que momento atendía al niño (a)?	En todo momento. 69.9%	Cuando lloraba 13.5%	OTROS 0		S/R. 7.5%
32. Cuando el niño (a) lloraba ¿usted que hacía?	Lo cargaba de inmediato 12.1%	Veía que tenía 78.5%	Lo dejaba llorar 0	OTROS 0	S/R. 7.5%

III AREA SOBRE EL USO DEL OBJETO TRANSICIONAL

REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES					
33. Noto si al niño (a) le gustaba algún objeto?	SI 92.7%	NO 7.5%	OTROS 0			
34. ¿Qué objeto era?	Trapo 14.2%	Pañal 7.5%	Cobija 12.1%	OTROS 35.7%	Muñecos. 4 Almohada. 2	S/R. 7.5%
35. ¿Que edad tenía el niño cuando se presentó ese gusto por el objeto?	1 mes 0	9 meses 7.57%	2 años 57.1%	OTROS 14.2%	4 años	S/R. 7.5%

36. ¿En que momento el niño hacía uso del objeto?	A la hora de dormir.	A la hora de salir a la calle		Cuando lo dejaba a cargo de otros familiares o - amigos	S/R.	
	64.2%	13.5%		0	7.5%	
	OTROS	En cualquier momento				
	7.5%					
37. ¿Como usaba el niño ese objeto?	Lo abrazaba.	Se frotaba la nariz o la barba	Lo chupaba	Lo llevaba a todas partes.		
	47.8%	0	14.2%	0		
	OTROS				S/R.	
	0				13.5%	
38. ¿Cuánto tiempo duró el gusto por el objeto?	18 meses	24 meses	36 meses	OTROS	1 año Hasta la fecha Para dormir.	S/R.
	0	14.2%	0	64.2%		7.5%

Grupo experimental (madres de niños autistas).

AREA I

Ante la situación de embarazo la mayoría de las madres (50%) se inclinó por el deseo de tener un hijo de sexo masculino, sin importarles el físico de éste (71.4%).

Algunas reportaron no haber deseado tener a su hijo (7.1%), otras no haber sentido nada ante la noticia del embarazo (21.4%), otras manifestaron haber tenido pensamientos sobre la posibilidad de abortar (7.1%).

Ante la presencia del bebé el 85.7% de las madres reaccionó con agrado ante el sexo de su hijo (a), pero el 7.1% reaccionó con temor y enojo, o simplemente no experimentaron emoción alguna u omitieron su respuesta (14.2%).

Ante el parecido físico del bebé el 7.1% de las madres reportó no haberle afectado en lo absoluto, no haber experimentado ninguna reacción al confirmar el parecido físico con su propia persona (7.1%), o no dieron ninguna respuesta (28.5%).

El 28.5% de las madres reaccionó con agrado ante el bonito físico del bebé, al parecido con la propia madre y ante la nula posibilidad de reproche de parte de la pareja.

La mayoría de las madres (64.2%) se hicieron cargo del niño con la ayuda de una segunda persona (abuela, hija mayor, sirvienta).

AREA II

El 57.1% de las madres si preparó sus senos para la alimentación de su bebé antes del nacimiento de éste, mientras que el 42.8% no lo hizo por ignorancia, por falta de indicación médica, por considerarse que no estaba preparada, por experiencias anteriores de que la leche era muy delgada.

La mayoría de las madres (35.7%) recibieron a su bebé seis o doce horas después del nacimiento.

La principal preocupación de las madres durante las primeras semanas de vida de su bebé fueron los conflictos conyugales (28.5%), el que el bebé lloraba sin razón aparente (14.2%), no tuvieron preocupaciones (21.4%).

El 71.4% de las madres si le dió el pecho al niño, de entre éstas algunas reportaron haberlo hecho durante cinco días o dos semanas, mientras que el 28.5% no lo hizo por falta de leche, por falta de pezón, por infección vaginal, pezones cortos, presencia de grietas. El 64.2% de las que si lo hizo recibió apoyo del esposo, mientras que el 50% recibió apoyo de otros familiares. De éstos el 50% estuvo de acuerdo en el amamantamiento del bebé --

por verlo como una función normal.

El 78.5% de los bebés no necesitó que se le enseñara a mamar el pecho, sólo el 28.5% tomó biberón por problemas fisiológicos en la madre como fueron: pezones invertidos, ausencia de leche, etc. porque el bebé no aprendió a mamar o aceptó solamente el biberón, porque la madre no pudo enseñarle a mamar.

De los bebés que fueron amamantados el 64.2% tomó la región completa de la areola para succionar, mostrándose relajado el 57.1% y emitiendo un sonido rítmico el (42.8%). Al (42.8%) de los bebés se les permitió dejar por si sólo el pecho.

El 50% de las madres reportó que el bebé no lloraba, no daba lata, mientras que el 42.8% lo calmaba dándole palmaditas y el 28.5% hablándole.

El 71.4% de las madres manifestó darle el pecho al niño sentada, el 64.2% abrazando al niño y el (57.1%) con ternura y hablándole al niño.

El 51.7% de las madres observó que su bebé mantuvo un aumento de peso constante y mojaba de seis a ocho pañales diarios, y el 50% que tuvo un buen tamaño en estatura.

El 71.4% de los bebés tuvo una actitud de tranquilidad, mientras que el 14.2% manifestó desinterés.

El 35.7% de las madres consideraron a sus bebés como

voraces y el 28.5% como inapetentes.

El 42.8% de las madres amamantó a su bebé de 15 a 20 minutos, durante seis o cuatro semanas 28.5%, más de un mes 28.5%, hasta dos meses 14.2%.

Al alimentar a su bebé el 50% de las madres experimentó la sensación de plenitud, mientras que el 14.2% experimentó dolor.

El 78.5% de las madres no ingirió ningún medicamento durante la lactancia del bebé, sólo el 14.2% si lo hizo por tratamiento de cesarea.

Durante el amamantamiento del bebé el 21.4% de las madres se encontró deprimida, desconsertada, orgullosa e interesada. Mientras que el 14.2% se encontró tensa y satisfecha.

Ante los problemas que se presentaron al alimentar al bebé el 50% de las madres reportaron haber tomado diferentes medidas sin ningún éxito, como fueron: insistir en alimentar al bebé, usar pezonera, ayudarse con el hiberón, consultar a la madre, al pediatra, darse por vencida, no darle la mayor importancia. El 7.1% no tomo ninguna medida al respecto.

Para el 64.2% de las madres la alimentación al seno fué una experiencia agradable, y se consideraron eficientes durante esta etapa de lactancia 42.8%. Mientras que

el 14.2% de las madres se sintió fracasada y defraudada - consigo misma, y para el 7.1% fué una experiencia desagradable. De estas madres el 28.5% se consideró ineficiente como madre y el 14.2% se consideró regular y preocupada.

El 50% de las madres atendió a su bebé en todo momento, y el 35.7% cuando lloraba.

Ante el llanto del bebé la actitud de la madre fué - ver que tenfa aquél (100%), mientras que el 14.2% mencionan que el niño no lloraba.

AREA III

El 64.2% de las madres si notó que al niño le gustó un objeto, en su mayoría (71.4%) pelotas, objetos brillantes, cordones, sonajas, chupón, carros, botellas de plástico, a la edad de 3 meses a 4 años (28.5%). El 42.8% de los niños utilizó el objeto cuando lo tenfa a su alcance, cuando lo sentaban o acostaban, o en todo momento, llevándolo a la cara, metiéndolo a la boca, jalándolo, moviéndolo, tratando de botarlo (50%). En el 57.1% de los niños - el gusto por el objeto tuvo una duración variable de 3 meses hasta 4 años.

CUADRO DE CONCENTRACION DE DATOS

I. AREA SOBRE LA ACEPTACION DE LA MADRE HACIA EL NIÑO		POBLACION: 14 MADRES DE NIÑOS AUTISTAS						
REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES							
1. Cuando quiso tener un hijo ¿qué deseaba que fuera?	NIÑO 50%	NIÑA 35.7%	NO LO SE 0	OTROS 35.7%	no siento nada pensamiento de abortar no deseo tenerlo	OTROS 14.2%	lo que fuera	
2. Reacción que tuvo al ver que su hijo (a) fue o no fué del sexo que usted esperaba?	AGRADO 85.7%	DESAGRADO 0	OTROS 14.2%	Felicidad	OTROS 35.7%	ninguna reacción temor enojo	S/R. 14.2%	
3. Físicamente ¿deseaba que el niño (a) se pareciera a alguien de su familia en especial?	SI papá mamá 35.7%	NO 71.4%	a nadie en especial no pensé en esas nimiedades sólo quería que estuviera bien eso no fué nunca de mi atención cada niño ya trae su parecido lo normal era que se pareciera a ambas familias.					
4. El niño (a) se pareció físicamente a la persona que usted deseaba?	SI 28.5%	NO 14.2%	OTROS 7.1%	Eso no me interesaba		S/R. 50%		
5. ¿Cuál fué la reacción al ver que el niño (a) fué o no fué parecido físicamente a la persona que usted deseaba?	AGRADO Así no tendría nada que reprocharme. Se pareció a mi me pareció bonita. 28.5%	DESAGRADO 0	OTROS 14.2%	No me afectó en lo absoluto ninguna reacción	OTROS 28.5%	el parecido no me importó no tenía ningún interés si se pareció a mí el amor nuevo que nació en mí hizo que pasara desapercibido ese detalle.	S/R. 28.5%	

6.- Cuando el niño hera bebé (pe- queño de meses) ¿Cuántas per- sonas se hicieron cargo de sus cuidados, independiente- mente de los que le proporcio- nó usted?	1	2	más de 2	más de 4	5	OTROS
	hija mayor sirvienta Mary abuela 64.2%	suegra y esposo 7.1%	abue!a guardería papá sirvienta jovencita scout 14.2%	0	0	la mamá 14.2%

II. AREA SOBRE LA RELACION MADRE - HIJO DURANTE LA LACTANCIA

REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES			
7.- ¿Preparó sus senos y pezones para la alimentación antes del nacimiento de su bebé?	SI 57.1%	OTROS 0	por ignorancia ningún médico me lo indicó no estaba preparada ya había tenido tres niños y no les dí pecho porque la le- che era muy delgada porque me pusieron vacuna contra el RH y se cortó la leche a los gemelos les dí pecho durante 7 meses.	
	NO 42.8%			
8.- ¿En qué momento, después del nacimiento sostuvo al bebé en brazos?	Inmediatamente después del nacimiento 21.4%	Un días después del na- cimiento 21.4%	Después de varios días 21.4%	El bebé estave en incubadora. 21.4%

	sólo lo veía 7.1%	OTROS 35.7%	a las 6 horas 2 horas después 6 horas después 12 horas después	estuvo unas horas en incubadora	
9.- ¿Tuvo preocupaciones durante las primeras semanas de vida de su bebé?	¿Cómo está? 28.5%	¿Seré una buena madre? 21.4%	¿Tengo suficiente leche? 21.4%	¿Me daré abasto con el trabajo? 28.5%	OTROS 64.2% que lloraba - sin razón no tuvo preocupaciones. tenía conflictos conyugales muy agudos
10. ¿Le dió el pecho al niño (a)?	SI 5 días durante dos semanas 71.4%	NO nunca he tenido leche. 28.5%	OTROS 0		
11.- ¿Por qué no amamantó a su bebé?	Por tener demasiado dolor 7.1%	Por ser el bebé prematuro 0	Por considerarlo indeseoso. 0	Por sentir que alteraría las actividades personales y conyugales 0	
	Por ser demasiado nerviosa 0	Por falta de leche 21.4%	OTROS 28.5%	Los pezones eran demasiado cortos El trabajo no me lo permitió Por infección en la madre No tenía pezón.	Sin respuesta 50%
12.- ¿De quién recibió apoyo durante la lactancia del bebé?	Esposo 64.2%	Familiares 50%	Amigos 7.1%	OTROS 7.1%	No creo tener que recibir apoyo de nadie S/R 7.1%

13. ¿Cuál fue el motivo por el cuál su esposo, estuvo o no de acuerdo en que amamantara a su bebé?	Por falta de información al respecto	Por considerarlo indocoroso	Por considerarlo amenazante para las relaciones conyugales		Por buena información al respecto
	0	0	0	35.7%	
	Lo aceptó como una función normal	Por considerarlo un motivo de mayor unión en la pareja	OTROS	Le fue indiferente tenía nuevos intereses porque hay mas defensas y mas unión con los hijos mi esposo no se opuso	Sin respuesta
	50%	7.1%	21.4%		14.2%
14. ¿Necesitó su bebé que se le enseñara a mamar?	SI	NO en biberón	OTROS		S/R
	7.1%	78.5%	0%		7.1%
15. ¿Por qué?	Porque la madre tenía los pezones invertidos	Porque el bebé fue prematuro	OTROS	No tuvo leche No aprendió a mamar, aceptó solamente la mamila El sí lo hacía bastante bien yo fui la que no pude	Sin respuesta
	7.1%	0	28.5%		64.2%
16. ¿Durante el amamantamiento que área del pezón tomaba su bebé?	El extremo del pezón	La región completa de la areola	OTROS	El chupón completo	Sin respuesta
	7.1%	64.2%	7.1%		0
17. ¿Al estar amamantando al bebé, éste	Emitía un sonido largo	Emitía un sonido lento	Emitía un sonido rítmico	Emitía un sonido corto y seco	Se mostraba relajado
	0	0	42.8%	0	57.1%

	Se mostraba tenso 7.1%	OTROS 21.4%	No recuerdo fué muy poco tiempo que lo amamanté.		Sin respuesta 21.4%
18. ¿Cómo retiraba al bebé del pecho?	Interrumpía la succión bruscamente 0	Ponía el dedo meñique entre las encías de su bebé 14.2%	Esperaba hasta que el bebé dejara por sí solo el pecho 42.8%		Lo retiraba poco a poco - con suavidad. Le daba biberón después porque no tenía suficiente leche. Le quitaba el biberón
	S./R.				OTROS
	7.1%				28.5%
19. Cuando su bebé lloraba al estarlo amamantando usted...	Seguía tratando de darle el pecho 14.2%	Lo calmaba hablándole 28.5%	Lo calmaba dándole palmaditas 42.8%	Lo calmaba paseándole 14.2%	Esperaba a que se callara por sí sólo 0
	OTROS 35.7%	No recuerda que llorara Al tomar su biberón nunca lloraba Le daba el biberón y se dormía, no daba lata, pensaba que era un niño tranquilo.			S./R. 14.2%
20. ¿Cómo le daba el pecho al niño?	Acostada 0	Sentada 71.4%	Abrazando al niño 64.2%	Limpiándose los senos 50%	Con pezonera 14.2%
	Con ternura - 57.1%	Hablándole al niño 57.1%	c/3 hrs. durante uno o dos meses. 42.8%	OTROS 21.4%	Cada 4 horas cada que el niño lo pedía. Le acariciaba los oídos. Sin respuesta 7.1%

21. Durante la lactancia del bebé, ¿qué observó en él?	Mantuvo un aumento de peso constante. hasta los 6 meses 57.1%	Tuvo un buen tamaño en estatura. hasta los 6 meses 50%	Mojaba de 6 a 8 pañales diarios. 57.1%	Estuvo bajo de peso para su edad. 28.5%	
	Era pequeño en tamaño para su edad. 14.2%	Mojaba menos de 6 a 6 pañales diarios. 7.1%	OTROS 0	Sin respuesta 7.1%	
22. La actitud del bebé hacia la alimentación fué de ...	Ineptitud 0	Desinterés 14.2%	Tranquilidad 71.4%	OTROS 0	Sin respuesta 14.2%
23. Durante la lactancia usted considera que su bebé fué....	Un bebé voraz 35.7%	Un bebé inapetente Lo tenía que depertar 28.5%	OTROS 14.2%	Término medio Normal. Sin respuesta 21.4%	
24. ¿Durante cuánto tiempo amamantó a su bebé?	6 semanas 28.5%	2 meses 14.2%	1 año 0	De 15 a 20 minutos 42.8%	Cada 3 horas 7.1%
	OTROS	No lo amamanté cada 4 horas 4 meses 6 meses hasta los 3 años	min. 42.8% hrs. 14.2% días. sem. 28.5% mes. más de 1 mes 28.5% año más de un año 7.1%	S./R. 21.4%	

25. ¿Qué sensaciones experimentó en los senos al alimentar a su bebé?	De plenitud 50%	De dolor Succión fuerte 14.2%	OTROS 21.4%	Satisfacción No tuve, esa dicha Traté de darle pecho, pero él no se apoyaba porque no tengo pezon 14.2%	s/r. 14.2%
26. Ingerió algún medicamento durante la lactancia de su bebé	Sí Por tratamiento de cesarea. 14.2%	No 78.5%	Sin Respuesta 7.1%		
27. Durante el amamantamiento de su bebé usted se encontraba	Deprimida Por problemas con el esposo 21.4%	Tensa 14.2%	Resentida 0	Desconcertada Por problemas con el padre. 21.4%	Decepcionada Por problemas con el padre. 7.1%
	feliz 7.1%	Tranquila 21.4%	Satisfecha 14.2%	Orgullosa 21.4%	Interesada 21.4%
	OTROS 0	Sin respuesta 14.2%			

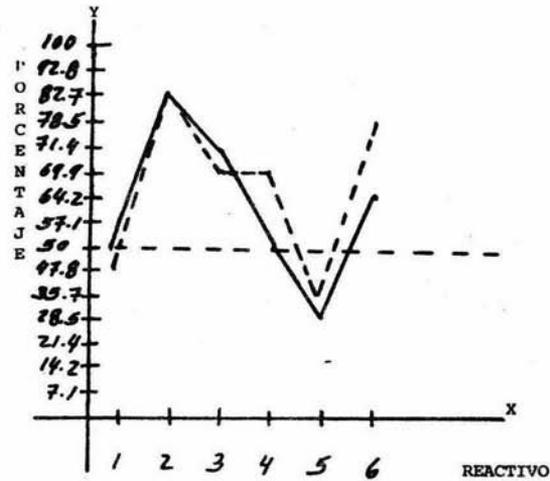
28. ¿Qué medidas tomó ante los problemas de la alimentación al seno que se le presentaron?	No tomó medidas 7.1% Ninguna, no lo pude amamantar y no le di la mayor importancia Tomó medidas 50% Acudir al ISSSTE. Insistió en alimentarlo, después se ayudó con biberón Usó pezonera pero no pudo y se dió por vencida Llamar al pediatra Consultar a la abuela materna Se le cambio P.S.M.A. No tuvo problemas.				
29. La alimentación al seno fué una experiencia....	Agradable 64.2%	Desagradable 7.1%	OTROS 14.2%	Cuando vió que no podía amamantar se sintió defraudada. La experiencia casi fué agradable, me preocupaba que no lloraba	S/R. 21.4%
30. Durante la lactancia, ¿cómo se consideró a sí misma como madre?	Eficiente 42.8%	Ineficiente Por no tener leche 28.5%	OTROS 14.2%	Regular Preocupada	S/R. 14.2%
31. ¿En que momento atendía al niño (a)?	En todo momento 50%	Cuando lloraba 35.7%	OTROS 28.5%	Cuando estaba despierta Cuando dormía Cuando había que cambiarlo, jugar, salir a la calle con él Durante los primeros meses de vida mi atención fué constante	
32. Cuando el niño (a) lloraba ¿usted que hacía?	Lo cargaba de inmediato 21.4%	Veía que tenía. 100%	Lo dejaba llorar 0	OTROS 14.2%	Desde su nacimiento a los 3 ó 4 meses fué muy tranquila, despertaba, para comer y no lloraba, la atendía y estaba pendiente de sus alimentos. Porque no se fuera a lastimar

III AREA SOBRE EL USO DEL OBJETO TRANSICIONAL

REACTIVO No.	RESPUESTA - RAZONES					
33. ¿Notó si al niño le gustaba al gún objeto?	SI 64.2%	NO 35.7%	OTROS 0%			
34. ¿Qué objeto era?	Trapo 0%	Pañal 7.1%	Cobija 14.2%	OTROS 71.4%	pelotas. objetos brillantes, cordones sonaja carros chupón hilitos botellas de plástico cualquier objeto	S/R. 35.7%
35. ¿Qué edad tenía el niño cuando se presentó ese gusto por el objeto?	1 mes 14.2%	9 meses 7.1%	2 años 21.4%	OTROS 28.5%	6 meses 3 meses 4 años 3 años	S/R. 28.5%

36. ¿En qué momento el niño hacía uso del objeto?	A la hora de dormir		A la hora de salir a la calle		Quando lo dejaba a cargo de otros familiares o amigos -	S/R.
	21.4%		0%		7.1%	7.1%
	OTROS	Recostado Quando lo tenía al alcance en casa, calle o donde estuviera Quando lo empecé a sentar en la alfombra, en una silla o en su cuna En todo momento.				
	42.8%					
37. ¿Cómo usaba el niño ese objeto?	Lo abrazaba		Se frotaba la nariz o la barba		Lo chupaba	Lo llevaba a todas partes
	0		0		14.2%	28.5%
	OTROS	Juega a botarla Jalarlo Lo llevaba a la cara Se lo metía a la boca Los movía como bailándolos Lo usaba para dormir Lo movía				S/R
	50%					21.4%
38. ¿Cuánto tiempo duró el gusto por el objeto?	18 meses	24 meses	36 meses	OTROS	No recuerdo No demostraba demasiado interés por las cosas. Hasta la actualidad 3 o 4 meses Hasta los 4 años. Al año 6 meses, cuando se acabó el objeto por el uso.	S/R.
	7.1%	7.1%	7.1%	57.1%		7.1%

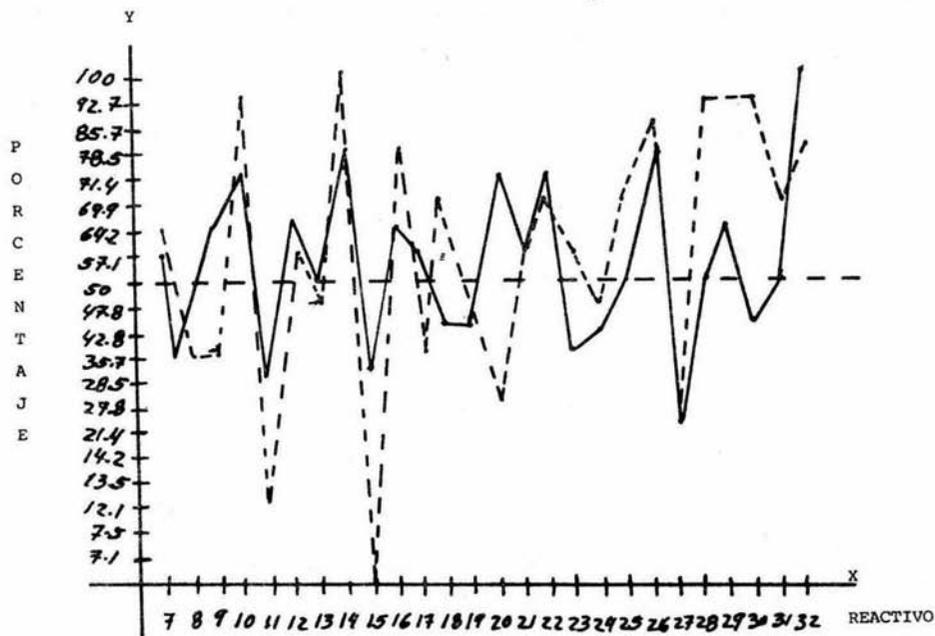
I. AREA SOBRE LA ACEPTACION DE LA MADRE HACIA EL HIJO



Gráfica No. 1. Representa la aplicación de la 1er. área que se hizo con el cuestionario R.E.N.A.M., en una pequeña muestra de mamás de niños normales y autistas. En la que se observan los puntajes obtenidos en los ítems del 1 al 6 respectivamente.

----- Grupo control.
 _____ Grupo experimental.

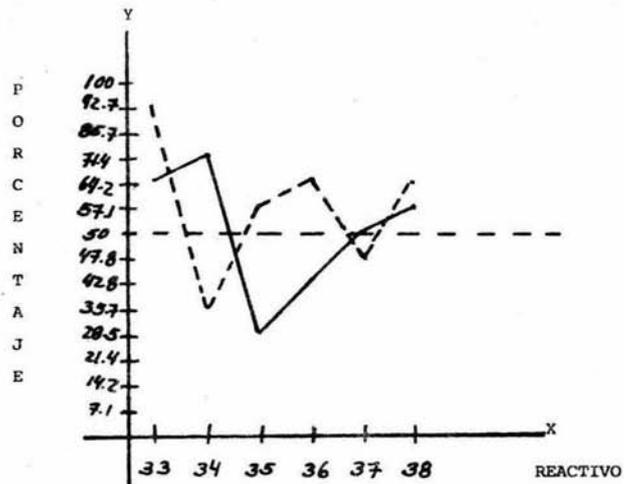
II. AREA SOBRE LA RELACION MADRE-HIJO DURANTE LA LACTANCIA.



Gráfica No. 2. Representa la aplicación de la 2a. área que se hizo con el cuestionario R.E.N.A.M. en una pequeña muestra de mamás de niños normales y autistas. En la que se observan los puntajes obtenidos en los items del 7 al 32 respectivamente.

-----Grupo control.
 _____ Grupo experimental.

III. AREA SOBRE EL USO DEL OBJETO TRANSICIONAL



Gráfica No. 3. Representa la aplicación de la 3er. área que se hizo con el cuestionario R.E.N.A.M. en una pequeña muestra de mamás de niños normales y autistas. En la que se observan los puntajes obtenidos en los items del 33 al 38 respectivamente.

----- Grupo control.
 _____ Grupo experimental.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Haciendo un análisis de la conducta que los niños normales y autistas presentaron hacia los objetos y de la información recibida por las madres de éstos se encontró lo siguiente:

Haciendo una comparación entre las conductas presentadas por el grupo de los niños normales y el grupo de los niños autistas, cabe mencionar que se encontraron grandes diferencias, pero también es importante destacar que se encontraron algunas semejanzas en ambos grupos.

Conductas semejantes o iguales que se manifestaron en ambos grupos:

GRUPO CONTROL

(niños normales)

1) Manejo del material de juego.

A) Uso del objeto de acuerdo al propósito de éste.

GRUPO EXPERIMENTAL

(niños autistas)

	Frec.		Frec.
Botar la pelota	261	Botar la pelota	89
Patear la pelota	66	Patear la pelota	7
Peinarse con peine	3	Peinarse con peine	1
Rodar coches	57	Rodar coches	41
Mirarse en el espejo	2	Mirarse en el espejo	4

	Frec.		Frec.
Tocar el piano	38	Tocar el piano	10
Dar cuerda a la <u>te</u> levisión	32	Dar cuerda a la <u>te</u> levisión	97
Dar de comer a la mu- ñeca	1	Comer con plato y cuchara	2
Jirar el reilete	49	Ondear la bandera	4

B) Otorgar diferentes caracterizaciones al objeto.

	Frec.		Frec.
Tratar de botar el globo como si fuera pelota	44	Tratar de botar el globo como si fue- ra pelota	2
Hacerse aire con la raqueta como si és- ta fuera un abanico	2	Peinarse con palo de bandera como si éste fuera un peine	1
Hacer como que escri- be con mango de peine	1	Hacer que sirve el café con boliches, a la vez que dice dos cafecitos.	1
Aventar un plato como sí éste fuera un b <u>úme</u> ran	6	Borrar el pizarrón con almohada, como si ésta fuera un bo- rrador.	1

2) Conducta motora.

Sobre los movimientos corporales presentados por ambos grupos, se encontraron conductas muy diferentes, manifestándose actividad corporal exagerada y estereotipada - en el grupo de niños autistas, mientras que en el grupo - de los niños normales la actividad corporal fué mucho menor.

GRUPO CONTROL

(niños normales)

Frec.

Caminar (explorando el medio con la vista o jugando con el material).

35

Incarse

414

Tocarse cualquier parte del cuerpo

(ceja, boca)

9

Permanecer de pie

207

Brazos atrás

4

Brazos cruzados

3

Rascarse la espalda

1

GRUPO EXPERIMENTAL

(niños autistas)

Frec.

Caminar (actividad física exagerada)

154

Incarse

7

Tocarse cualquier parte del cuerpo

(estómago, mejilla, manos).

54

Acostarse

36

Sentarse

109

Brincar

18

Jirar sobre su propio eje

5

	Frec.		Frec.
Acomodarse el ca-		Jalarse	1
bello	2		
Acomodarse la ropa		Pegarse	21
(blusa, falda).	6	Frotarse cualquier	
Tronar los dedos	1	parte del cuerpo	8

Conducta estereotipada:

	Frec.
Aplauso	67
Aleteo	4
Balanceo	3
Gesticulaciones	7
Jalar el parpado	1
Picarse los ojos	5

3) Conducta verbal.

La conducta verbal también fué distinta en ambos grupos. Los niños normales manifestaron un lenguaje claro y coherente en relación a la situación en que se encontraron, - además de que al hablar siempre se dirigieron visualmente al observador, mientras que, aunque algunos niños autistas manifestaron lenguaje claro, coherente en relación a la situación en que se encontraban otros niños autistas manifestaron lenguaje, sonidos y gritos inarticulados.

GRUPO CONTROL

(niños normales)

Frec.

Lenguaje articulado
y coherente (hace ca
lor, ya me canse, -
no se me ocurre que
hacer con eso (juege
te)

16

GRUPO EXPERIMENTAL

(niños autistas)

Frec.

Lenguaje articulado
(Valeria Linch, Uru
guay, 14 a 14) -
1o. persona (quiero jugar
con otros juguetes -
de Malena).

48

2o. persona (Srita. -
tienes unos jugueti-
tos).

6

3o. persona (Sra. le
pusieron unos audífo
nos).

9

4o. personas (jugamos con
los juguetes).

1

Ecolalia inmediata
(la mamá de Lorena).

60

Ecolalia retardada
(rico el pollo, home
naje a la bandera).

7

Revisión de pronombres
(no te gusta ya se cal
mo).

12

	Frec.
Sonido articulado	
(iiii).	14
Lenguaje inarticula	
do.	42
Sonido inarticulado	82
Grito inarticulado	27

4) Conducta afectiva.

Se confirmó en el grupo de los niños autistas la manifestación de conductas sin motivo aparente, mientras - que en el grupo de los niños normales tales conductas no se presentaron.

GRUPO CONTROL

(niños normales)

	Frec.
Permanecer de pie	207
Brazos atrás	4
Rascarse la espalda	1
Explorar el ambiente	32
Familiarización con la situación:	
Sonreír al observador	9
Ver al observador	114
Dialogar con el observador	16

GRUPO EXPERIMENTAL

(niños autistas)

	Frec.
Sonreír sin razón apa	
rente.	21
Reír sin razón apa	
rente.	10
Grito inarticulado,	
sin razón aparente.	36
Gesto con nariz, -	
sin razón aparente.	1

	Frec.
Expresión de tris-	
teza.	1

5) Relación con el observador.

En la relación con el observador se encontró una conducta semejante en ambos grupos, que fué el acercamiento-físico hacia aquél. Tal conducta se manifestó en mayor - grado en los niños autistas. Las conductas restantes fueron muy divergentes en ambos grupos.

<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO EXPERIMENTAL</u>	
(niños normales)	Frec.	(niños autistas)	Frec.
Ver al observador	114	Mirar al observa-	
		dor.	148
Acercarse al ob-		Acercarse al obser	
servador.	3	vador.	52
Sonreírle al obser-		Tocar al observa-	
vador mientras se le		dor sin mirarlo.	7
ve a los ojos.	9		
Hacerle comentarios		Jalar al observador	
al observador, mien <u>tr</u>		sin mirarlo	13
tras se le ve a los			
ojos.	16		
	192		

	Frec.
Pegar al observa- dor.	1
Empujar al obser- vador.	1

Finalmente, es importante mencionar que se encontraron diversas conductas en uno y otro grupo y que por sus divergencias no pueden clasificarse en ambos grupos por lo que se mencionan a continuación.

En el grupo de los niños normales se observó que utilizaron los objetos como un fin en sí mismos o como medio para llegar a un fin y producir un efecto, haciendo uso de 1, 2, 3 o más objetos. La ejecución de ésta conducta varió de simple a compleja.

A continuación se mencionan algunas de estas conductas.

Uso del objeto como fin en sí mismo.

<u>Objeto</u>	<u>Conducta</u>	<u>Fín</u>
1 boliche	para el boliche en el piso.	saltar sobre el boliche.

Uso del objeto como medio para llegar a un fin

<u>Objeto</u>	<u>Conducta</u>	<u>Fín</u>
1 raqueta	rascarse la <u>es</u>	amenguar la <u>co</u>

	palda con raqueta	mezón
1 jeep	empujar el jeep	tirar el boliche
1 boliche	en dirección hacia el boliche	
1 peine	meter el mango del	sacar cubo de la boca
1 cubo	peine dentro de la	del cañon
1 cañon	boca del cañon	
1 globo	frotar el globo en	pegar el globo sobre
cabello	cabello	pared
pared		
1 peine	frotar peine en ca	pegar el globo en peine
1 globo	bello, luego acer-	
cabello	car peine al globo	
1 cubo	disparar el cubo	Tirar los boliches
1 cañon	que se encuentra	
5 boliches	dentro del cañon en dirección ha- cia los boliches	
1 ametralladora	poner el cubo so-	disparar el cubo
de jeep	bre un extremo de	
1 cubo	la ametralladora, despues presionar con el dedo el o- tro extremo de la ametralladora.	

Otra conducta importante a mencionar manifestada por los niños normales fué la formación de diferentes grupos de objetos de acuerdo a diferentes características de éstos.

Formación de grupos de objetos por su uso y forma.

Grupo de pelotas

Grupo de raquetas

Grupo de coches

Grupo de muñecos

Grupo de globos

Formación de grupos de objetos por su color.

Grupo de objetos color rosa

Grupo de objetos color amarillo

Grupos de objetos color anaranjado

Grupo de objetos color rojo

Grupo de objetos color azul

Grupo de objetos color blanco

Grupo de objetos color verde

Formación de diversas figuras con los objetos.

Torres

Pirámides

Estrellas

Es importante destacar que también los objetos fueron usados para reproducir el sonido que ya producía otro objeto, por ejemplo: tocar en el piano la misma pieza que producía la televisión al darle cuerda.

En relación al grupo de niños autistas éstos manifestaron varias conductas aparentemente sin sentido y fueron las siguientes:

Aventar el objeto, patearlo, presionarlo, morderlo, pisarlo, romperlo, jalarlo, doblarlo, golpearlo, chocar un objeto contra otro, agitarlo, frotarlo, rasgarlo, apretarlo, olerlo, girarlo de manera este-reotipada, mover el cuerpo en forma semejante y al mismo tiempo que mueve el objeto.

De estas conductas, en su mayoría agresivas hacia el objeto, se encontró que se manifestaron en menor frecuencia en aquellos niños cuya historia clínica reportó haber tenido un período (meses, un año) de vida normal, para después manifestar el autismo. Al mismo tiempo estos niños utilizaron el objeto de acuerdo a su propósito establecido socialmente (por ejemplo: la cuchara para comer) o bien le otorgaron diferentes caracterizaciones o simbolizaciones como lo haría un niño normal (por ejemplo: el palo de la bandera para peinarse). Mientras que el resto de la población que manifestó en mayor frecuencia las diversas maneras de agresión hacia el objeto (s), se reporta en sus historias clínicas haber manifestado el autismo

a los pocos meses de vida (dos, tres meses). De éstos niños se encontró que todos manifestaron una o más conductas de agresión en un nivel más alto o bien conductas estereotipadas, mientras que las conductas restantes se manifestaron en un mínimo de aparición o no se presentaron, por ejemplo:

El sujeto número uno manifestó un mínimo de conductas agresivas: aventar el objeto (3.03%), golpear el objeto (4.76%) mientras que fué mayor el uso del objeto de acuerdo al propósito de éste: rodar el coche (100%), dar cuerda a la televisión (100%), tocar el piano (100%), dar cuerda al radio (90.90%), tratar de inflar el globo - - - (75.67%), ondear la bandera (33.33%).

El sujeto número seis sólo manifestó dos formas de conducta agresiva hacia el objeto: aventar el objeto ---- (100%) y chocar un objeto con otro (3.15%), mientras que en un nivel más alto manifestó diversas conductas en el uso del objeto de acuerdo al propósito de éste: patear la pelota (100%), ondear la bandera (100%), peinarse - - - (100%), comer con plato y cuchara (100%), tratar de inflar el globo (100%).

El sujeto número tres presentó pocos movimientos corporales: caminar (1.92%), incarse (66.66%), y ningún movimiento estereotipado, sin embargo su conducta verbal fué-

la más elevada en relación con los otros niños: lenguaje articulado: primera persona (100%), segunda persona -- (100%), tercera persona (100%), cuarta persona (100%), - ecolalia inmediata (100%). No manifestó conductas de agresión.

El sujeto número once manifestó varias conductas de agresión: romper el objeto (100%), patear el objeto - - (71.42%), pisar el objeto (62.5%), golpear el objeto (57.14%), -- morder el objeto (40%). No utilizó el objeto de acuerdo al propósito de éste, ni le otorgo simbolización alguna, pero manifestó conductas motoras como: brincar (100%), caminar (78.84), y algunos movimientos corporales estereotipados como: aplauso (100%) picarse los ojos (100%), girar sobre su propio eje (50%).

A continuación se describirá cada una de las conductas que tanto para niños normales (grupo control) y para niños autistas (grupo experimental) se representan en la curva de distribución a través de los rangos percentilares (RP).

Un rango percentilar es la posición relativa de un sujeto en un continuo que va de 0 a 100, las áreas de este continuo son cuatro y corresponden a los siguientes cuartiles:

cuartil 1: que comprende del percentil 1 al 25.

cuartil 2: que comprende del percentil 25 al 50.

cuartil 3: que comprende del percentil 50 al 75.

cuartil 4: que comprende del percentil 75 al 100.

Unicamente el percentil 50 es la línea teórica media que divide en partes iguales a las conductas observadas y que corresponde al diagnóstico término medio normal, ya que éste punto abarca, para su extensión de norma, el -- área término medio superior (TMS) en dirección al percentil 75, y término medio inferior (TMI) en dirección al -- percentil 25. Del percentil 25 en dirección al percentil 1 corresponde el diagnóstico inferior a la norma, y del -- percentil 75 en dirección al percentil 100 superior a la norma.

Conducta: botar la pelota.

En el grupo control se encontró que la frecuencia de botar la pelota (4, 5, 6, 8, 21, 40, 42, 64, 71) se distribuyó a partir del percentil 39 en dirección al percentil -- 100 (específicamente los rangos percentilares 39, 46, 53, 60, 67, 82, 89, 96), correspondiendo a 9 el número total de sujetos que presentaron tal conducta, de éstos correspondió un sujeto por cada frecuencia de conducta observada, y su posición relativa va del cuartil dos (término me dio inferior), cuartil tres (término medio superior) al -- cuartil cuatro (superior a la norma).

En el grupo de los niños autistas la frecuencia de --

la conducta observada (1, 4, 84) se distribuyó en el cuartil cuatro (superior a la norma) con los rangos percentilares de 82, 89 y 96, correspondiendo a 3 el número total de sujetos que presentaron tal conducta, perteneciendo la frecuencia de la conducta observada a cada uno de los sujetos.

Haciendo la comparación de la presentación de esta conducta en ambos grupos, se encontró que correspondieron los rangos percentilares de 82, 89 y 96 del cuartil cuatro (superior a la norma) al igual que el número de sujetos que presentaron la conducta (1), pero con diferencias en la frecuencia de aparición en ésta, siendo mayor en el grupo control (42, 64, 71) que en el grupo experimental (1, 4, 8, 4).

En general hubo mayor frecuencia y número de sujetos normales que presentaron la conducta de botar la pelota (9) en relación a los niños autistas (3).

Conducta: patear la pelota.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de patear la pelota (3, 5, 7, 13, 15, 23) se distribuyó del percentil 50 en dirección al percentil 100 con rangos percentilares de 60, 67, 75, 82, 89 y 96 en un total de 6 sujetos, uno por cada frecuencia de conducta observada. La posición relativa de los sujetos correspondió al cuartil -

tres (término medio superior) y al cuartil cuatro (superior a la norma).

En el grupo de los niños autistas la frecuencia de la conducta de patear la pelota (2, 5) se distribuyó en el cuartil cuatro (superior a la norma) con los rangos percentilares de 89 y 96 en un total de dos sujetos, uno por cada frecuencia de conducta observada.

Comparando a ambos grupos se encontró correspondencia en los rangos percentilares 89 y 96 del cuartil cuatro (superior a la norma) con el mismo número total de sujetos (2), uno por cada frecuencia de conducta observada, pero con diferencias en su frecuencia de aparición, siendo mayor en el grupo control (15, 23) respecto al grupo experimental (2, 5).

En general la conducta de patear la pelota fué más frecuente y en mayor número de sujetos en el grupo control que en el grupo experimental.

Conducta: rodar coches.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de rodar coches (1, 2, 4, 8, 10, 13, 18) tuvo su distribución en los cuartiles tres (término medio superior) y cuatro (superior a la norma) entre los rangos percentilares que van del 50 en dirección al percentil 100 (50, 61, 68, 75, 82, 89, 96), correspondiendo el número de sujetos

que presentaron tal conducta a dos en el percentil 50 y a un total de 6 en los restantes, uno por cada frecuencia de conducta observada.

En el grupo experimental la frecuencia de la conducta de rodar coches (17, 24) se distribuyó en el cuartil - cuatro (superior a la norma) con los rangos percentilares de 89 y 96 en un total de dos sujetos, uno para cada frecuencia de conducta observada.

En la comparación entre ambos grupos se encontró correspondencia en los percentiles 89 y 96 en el cuartil - cuatro (superior a la norma) con el mismo número total de sujetos (2), uno para cada frecuencia de conducta observada, pero con diferencias en tal frecuencia correspondiente en el grupo control a 13 y 18, y en el grupo experimental a 17 y 24.

En general, la conducta de rodar los coches fué más frecuente (56) y en mayor número de sujetos (8) en el grupo control que en el grupo experimental, en donde la frecuencia de conducta observada correspondió a 4 en dos sujetos.

Conducta: tocar el piano.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de tocar el piano (1, 4, 9, 11, 13) se encontró distribuida en el cuartil tres (término medio inferior) con el percen

til 68 en un sólo sujeto, y en el cuartil cuatro (superior a la norma) que va del percentil 75 al 100, específicamente en los rangos percentilares (68, 75, 82, 89 y 96) en un total de 5 sujetos, uno por cada frecuencia de conducta observada.

En el grupo experimental la frecuencia de la conducta de tocar el piano (2, 3) quedó distribuida en el cuartil cuatro (superior a la norma) con rangos percentilares de 78 y 92 en un total de cuatro sujetos, dos para cada frecuencia de conducta.

Comparando a ambos grupos se encontró que la aparición de la conducta de tocar el piano se distribuyó en el cuartil cuatro (superior a la norma), con grandes diferencias tanto en la frecuencia de aparición de la conducta, como en el número de sujetos que la presentaron, así como también en sus rangos percentilares. Tales datos fueron mayores en el grupo control respecto al número de sujetos, se obtuvo la mínima diferencia de uno, siendo el total de sujetos en el grupo control de 5, uno por cada frecuencia de conducta, y en el grupo experimental un total de cuatro, dos por cada frecuencia de conducta observada.

En general la frecuencia de la conducta de tocar el piano fué mayor en el grupo control, pero la diferencia entre el número de sujetos que presentaron tal conducta no fué significativa puesto que tal diferencia correspondió-

a un sujeto solamente entre ambos grupos.

Conducta: dar cuerda a la televisión.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de dar cuerda a la televisión (2, 3, 5, 7, 10) quedó distribuida en los cuartiles tres (término medio superior) y cuatro (superior a la norma) entre los percentiles que van del 50 en dirección al 100, específicamente a los percentiles (61, 68, 79, 89, 96), mientras que el número de sujetos que presentaron tal conducta correspondió a un total de seis, uno por cada frecuencia de conducta observada, a excepción de la frecuencia 5, rango percentilar de 79 que se observó en dos sujetos.

En el grupo experimental la frecuencia de la conducta de dar cuerda a la televisión (7, 11, 12, 15, 20, 32) se distribuyó en el cuartil tres (término medio superior) y en el cuartil cuatro (superior a la norma) entre los percentiles que van del 50 en dirección al 100, específicamente a los percentiles (60, 67, 75, 82, 89, 96) en un total de sujetos de 6, uno por cada frecuencia de conducta observada.

En la comparación de ambos grupos se encontró que la aparición de la conducta de dar cuerda a la televisión correspondió al mismo número total de sujetos que la presentaron 6 sujetos en cada grupo, con la diferencia de que en

el grupo control dos sujetos presentaron la misma frecuencia de conducta (5), mientras que los sujetos restantes - la conducta se presentó en diferentes frecuencias en ambos grupos. Los rangos percentilares coincidieron en dos de los sujetos de ambos grupos correspondiendo a los percentiles de 89 y 96, mientras que en los restantes las diferencias fueron mínimas y correspondieron a 1,4 y 3 percentiles.

Conduca: caminar.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de - caminar (1, 2, 8, 24) se presentó en el cuartil cuatro -- (superior a la norma) entre el percentil 75 al 100 específicamente en los percentiles 75, 82, 89, 96, en un total de cuatro sujetos, uno por cada frecuencia de aparición de la conducta.

En el grupo experimental la frecuencia de la conducta de caminar (1, 2, 5, 7, 12, 16, 17, 41, 52) estuvo distribuida en el cuartil dos (término medio inferior), tres --- (término medio superior) y cuatro (superior a la norma) entre los percentiles que van del 25 al 50, del 50 al 75 y - del 75 al 100, en donde la posición de los rangos percentilares correspondió a 35, 46, 53, 60, 67, 75, 82, 89 y 96, en 10 sujetos, uno por cada frecuencia de conducta observada, a excepción de la frecuencia de conducta 1 con rango percentilar de 35, que se presentó en dos sujetos.

En la comparación de ambos grupos se observó que la conducta de caminar correspondió en cuatro de los sujetos en sus rangos percentilares (82, 89, 96) y en la posición, en el cuartil cuatro (superior a la norma), aunque tal correspondencia no se dió en la misma frecuencia de conducta observada, mientras que las frecuencias de las conductas restantes que se dieron en el grupo experimental y el número de sujetos que las presentaron se distribuyeron - en el cuartil dos (término medio inferior) y en el cuartil tres (término medio superior) entre los percentiles que van del 25 al 50 y del 50 al 75.

Conducta: incarse.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de incarse (1, 19, 25, 29, 33, 38, 45, 46, 53, 52) se encontró distribuida a lo largo de toda la curva de distribución a través de los rangos percentilares que van del 1 al 100, - abarcando específicamente los percentiles 7, 8, 25, 36, 46, 54, 64, 75, 82, 89, 96, en un total de 12 sujetos, uno por cada frecuencia de conducta observada, a excepción del percentil 36 y 64 en donde la frecuencia de la conducta ----- (25 y 38) se presentó en dos sujetos cada una.

En el grupo de niños autistas la frecuencia de la conducta de incarse (1, 2, 3) se encontró distribuída en el - cuartil cuatro (superior a la norma) con los rangos percentilares de 78, 89, 96, en un total de cuatro sujetos, dos-

de los cuales presentaron dicha conducta con la frecuencia de 1, con el percentil de 78, mientras que las frecuencias restantes se presentaron por un sujeto cada una.

Haciendo la comparación entre ambos grupos se encontró que la frecuencia de la conducta de incarse fué mayor en el grupo control (351 de frec.), que en el experimental (6 de frec.).

Conducta: tocarse.

En el grupo control la frecuencia de la conducta de tocarse (2, 7) fué mínima y se distribuyó en el cuartil -- cuatro (superior a la norma) en un total de dos sujetos, -- uno por cada frecuencia de conducta observada, con rangos-percentilares de 89 y 96.

En el grupo experimental la frecuencia de la conducta de tocarse (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 25) se distribuyó entre -- los cuartiles dos (término medio inferior), tres (término-medio superior) y cuatro (superior a la norma) en un total de nueve sujetos, de los cuales dos presentaron la conducta mencionada con la frecuencia de 1, mientras que las frecuencias restantes se presentaron en un sujeto cada una, las posiciones de éstos correspondieron a los percentiles-43, 53, 60, 67, 75, 82, 89, 96.

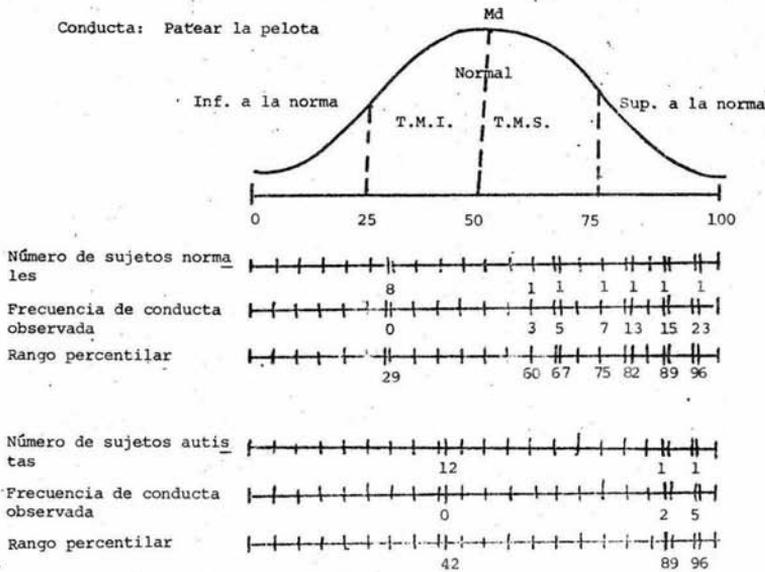
La comparación entre ambos grupos indica que la conducta de tocarse fué superior en el grupo experimental, --

coincidiendo con el grupo control únicamente en 2 casos en donde la frecuencia de la conducta se presentó por un sujeto cada una, con los mismos percentiles (89 y 96) en el cuartil cuatro (superior a la norma) aunque con frecuencias distintas, correspondiendo éstas en el grupo -- control, a 2 y 7, y en el grupo experimental a 7 y 25.

GRUPO CONTROL							
Puntos obtenidos por conducta (Patear la pelota)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normativa de conducta (Patear la pelota)	
						P.C.	R.P.
0	8	8	4	0.28	28	0-2	29
3	1	9	8.5	0.60	60	3-4	60
5	1	10	9.5	0.67	67	5-6	67
7	1	11	10.5	0.75	75	7-12	75
13	1	12	11.5	0.82	82	13-14	82
15	1	13	12.5	0.89	89	15-22	89
23	1	14	13.5	0.96	96	23 ó +	96

GRUPO EXPERIMENTAL							
Puntos obtenidos por conducta (Patear la pelota)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normativa de conducta (Patear la pelota)	
						P.C.	R.P.
0	12	12	6	0.42	42	0-1	42
2	1	13	12.5	0.89	89.2	2-4	89
5	1	14	13.5	0.96	96.42	5 ó +	96

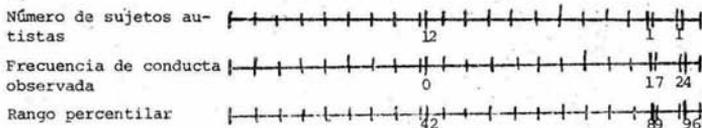
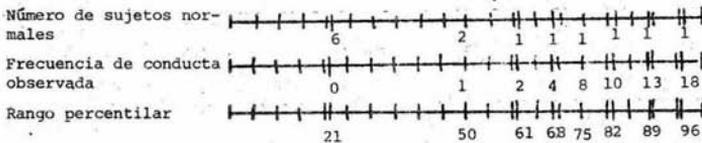
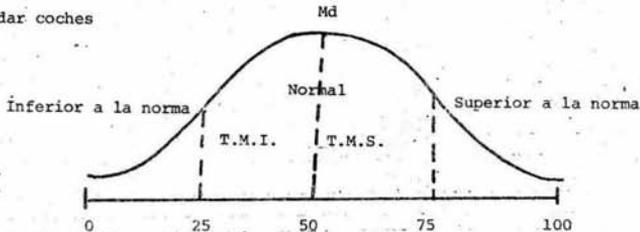
Conducta: Patear la pelota



GRUPO CONTROL							
X Puntos obtenidos por conducta (ro- dar coches)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normali- va de conduct (rodar coches)	
						P.C	R.P
0	6	6	3	0.21	21.42	0	21
1	2	8	7	0.5	50	1	50
2	1	9	8.5	0.60	60.71	2-3	61
4	1	10	9.5	0.67	67.85	4-7	68
8	1	11	10.5	0.75	75	8-9	75
10	1	12	11.5	0.82	82.14	10-12	82
13	1	13	12.5	0.89	89.28	13-17	89
18	1	14	13.5	0.96	96.42	18 ó +	96

GRUPO EXPERIMENTAL							
X puntos obtenidos por conducta (rodar coches)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normali- va de conducta (rodar coches)	
						P.C	R.P
0	12	12	6	0.42	42	0-16	42
17	1	13	12.5	0.89	89	17-23	89
24	1	14	13.5	0.96	96.42	24 ó +	96

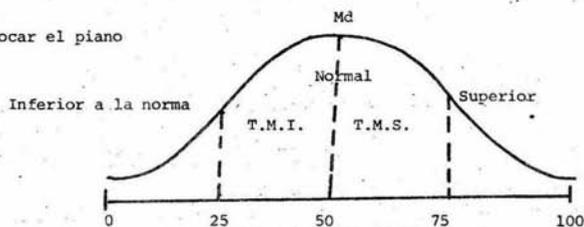
Conducta Rodar coches



GRUPO CONTROL							
X Puntos obtenidos por conducta (to- car el piano)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normali- va de conduc- ta (tocar el piano)	
						P.C.	R.P.
0	9	9	4.5	0.32	32.14	0	32
1	1	10	9.5	0.67	67.85	1-3	68
4	1	11	10.5	0.75	75	4-8	75
9	1	12	11.5	0.82	82.14	9-10	82
11	1	13	12.5	0.89	89.28	11-12	89
13	1	14	13.5	0.96	96.42	13 ó +	96

GRUPO EXPERIMENTAL							
X Puntos obtenidos por conducta (to- car el piano)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normali- va de conduc- ta (tocar el piano)	
						P.C.	R.P.
0	10	10	5	0.35	35	0-1	35
2	2	12	11	0.78	78	2	78
3	2	14	13	0.92	92	3 ó +	92

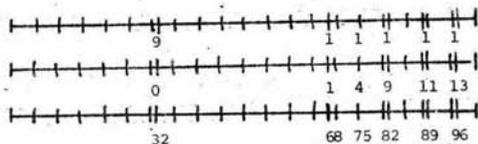
Conducta: tocar el piano



Número de sujetos normales.

Frecuencia de conduc-
ta observada.

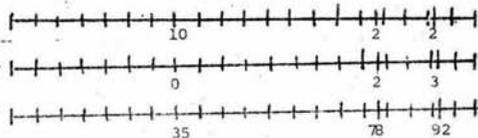
Rango percentilar



Número de sujetos
autistas

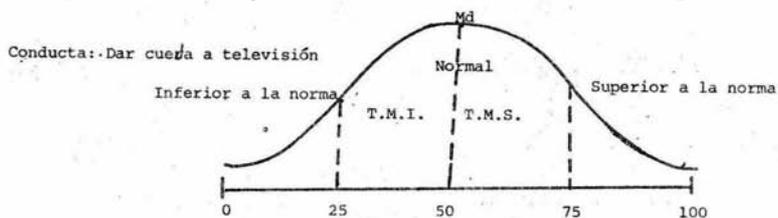
Frecuencia de conduc-
ta observada.

Rango percentilar

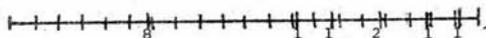


GRUPO CONTROL							
X Puntos obtenidos por conducta (dar cuerda televisión)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normati va de conducta dar cuerda a la televisión	
						P.C.	R.P.
0	8	8	4	0.28	28.57	0-1	29
2	1	9	8.5	0.60	60.71	2	61
3	1	10	9.5	0.67	67.85	3-4	68
5	2	12	11	0.78	78.57	5-6	79
7	1	13	12.5	0.89	89.28	7-9	89
10	1	14	13.5	0.96	96.42	10-6 +	96

GRUPO EXPERIMENTAL							
X Puntos obtenidos por conducta (dar cuerda televisión)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normati va de conducta (dar cuerda a la televisión)	
						P.C.	R.P.
0	8	8	4	0.28	28	0-6	28
7	1	9	8.5	0.60	60	7-10	60
11	1	10	9.5	0.67	67	11	67
12	1	11	10.5	0.75	75	12-14	75
15	1	12	11.5	0.82	82	15-19	82
20	1	13	12.5	0.89	89	20-31	89
32	1	14	13.5	0.96	96	32-6 +	96



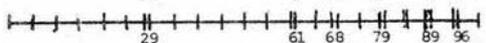
No. de sujetos normales



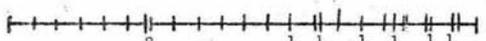
Frecuencia de conducta
observada



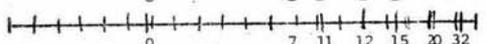
Rango percentilar



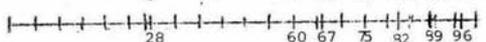
Número de sujetos au-
tistas.



Frecuencia de conducta
observada



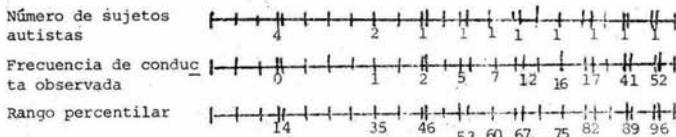
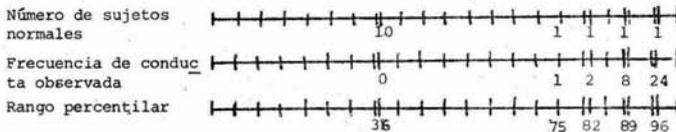
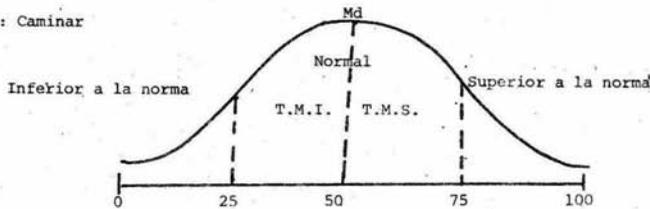
Rango percentilar



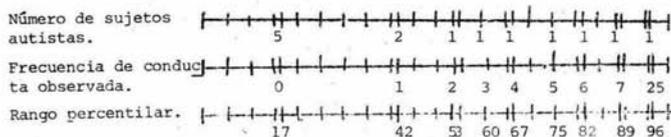
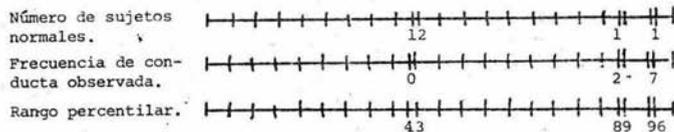
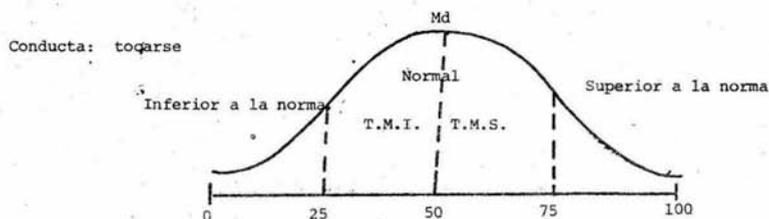
GRUPO CONTROL							
X Puntos obtenidos por conducta (caminar)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normal va de conduct (caminar)	
						P.C.	R.P.
0	10	10	5	0.35	35.71	0	36
1	1	11	10.5	0.75	75	1	75
2	1	12	11.5	0.82	82.14	2-7	82
8	1	13	12.5	0.89	89.28	8-23	89
24	1	14	13.5	0.96	96.42	24 6 + 96	

GRUPO EXPERIMENTAL							
X Puntos obtenidos por conducta (caminar)	F.	fa	PM fa	PMfa/N	R.P.	Tabla normal va de conduct (caminar)	
						P.C.	R.P.
0	4	4	2	0.14	14	0	14
1	2	6	5	0.35	35	1	35
2	1	7	6.5	0.46	46	2-4	46
5	1	8	7.5	0.53	53	5-6	53
7	1	9	8.5	0.60	60	7-11	60
12	1	10	9.5	0.67	67	12-15	67
16	1	11	10.5	0.75	75	16	75
17	1	12	11.5	0.82	82	17-40	82
41	1	13	12.5	0.89	89	41-51	89
52	1	14	13.5	0.96	96	52 6 + 96	

Conducta: Caminar



GRUPO CONTROL							
X Puntos obtenidos por conducta (to- carse)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normati- va de conduc- ta (tocarse)	
						P.C.	R.P.
0	12	12	6	0.42	42.85	0-1	43
2	1	13	12.5	0.89	89.28	2-6	89
7	1	14	13.5	0.96	96.42	7-6 +	96
GRUPO EXPERIMENTAL							
X Puntos obtenidos por conducta (to- carse)	F	fa	PM fa	PM fa/N	R.P.	Tabla normati- va de conducta (tocarse)	
						P.C.	R.P.
0	5	5	2.5	0.17	17	0	17
1	2	7	6	0.42	42	1	42
2	1	8	7.5	0.53	53	2	53
3	1	9	8.5	0.60	60	3	60
4	1	10	9.5	0.67	67	4	67
5	1	11	10.5	0.75	75	5	75
6	1	12	11.5	0.82	82	6	82
7	1	13	12.5	0.89	89	7-24	89
25	1	14	13.5	0.96	96	25-6 +	96



La elección que cada niño hizo de los objetos fué muy variada en ambos grupos.

Objetos estáticos (no emiten luz-son-mov)

Aunque en la elección de estos objetos se encontró - que la frecuencia mínima de preferencia hacia éstos es diferente en ambos grupos, es importante haber encontrado - que la frecuencia mayor de preferencia, aunque también diferente, corresponde al mismo objeto en ambos grupos aunque no al uso que se le dió a éste.

<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO EXPERIMENTAL</u>	
(niños normales)		(niños autistas)	
<u>Objetos</u>	Frec.	<u>Objetos</u>	Frec.
Raquetas	177	Raquetas	47
Llanta	4	Plato	1
		Manguera	1
		Espejo	1
		Muñeca	1
		Taza	1
		Ballena	1

Objetos de cuerda (emiten luz-son-mov)

La elección de éstos objetos fué totalmente diferente, sin embargo es importante considerar que los objetos elegi

dos con mayor frecuencia en ambos grupos tuvieron semejanzas en la forma (redonda) y diferencias en la textura --- (suave - duro), y en el peso (pesado - ligero).

<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO EXPERIMENTAL</u>	
(niños normales)		(niños autistas)	
<u>Objetos</u>	Frec.	<u>Objetos</u>	Frec.
Pelota grande	126	Globos	162
Televisión	40	Espantasuegras	4

Objetos de figura humana.

La preferencia en los objetos de figura humana fué mayor en los niños normales. Cabe aclarar que la elección de estos objetos en los niños autistas apareció únicamente en dos de los sujetos a excepción del buzo que fué elegido entre cuatro de los sujetos.

<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO EXPERIMENTAL</u>	
(niños normales)		(niños autistas)	
<u>Objetos</u>	Frec.	<u>Objetos</u>	Frec.
Soldado	18	Soldado	2
Muñeco de trapo duro	22	Muñeco de trapo duro	14

	Frec.		Frec.
Muñeca	22	Muñeca	1
Buzo	5	Buzo	17

En cuanto al tiempo de reacción (TR) no se observó -- ninguna relación en los datos obtenidos entre los sujetos de ambos grupos (control, experimental).

En el grupo control el tiempo de reacción fué muy diverso. No se encontró influencia alguna en el orden de -- presentación de los objetos sobre el tiempo de reacción - del niño hacia éstos.

Se encontraron dos factores determinantes en la interacción con los objetos que a la vez influyeron en el tiempo de reacción y fueron los siguientes:

- 1) La actitud exploratoria del niño antes de interactuar con el objeto (s).
- 2) El interés del niño de acuerdo a su edad cronológica.

Los sujetos 4, 5, 7 y 10 obtuvieron un tiempo de reacción (TR) más elevado en comparación con los otros miembros de la población. Durante este lapso de tiempo éstos niños se dedicaron a explorar visualmente y mediante el desplazamiento físico - la habitación. El resto de la población también lo hizo pero en un lapso de tiempo menor.

Los sujetos 1 y 9 no interactuaron con los objetos, ésto se debe a que dada su edad, 18 y 12 años respectivamente, los intereses de la persona van cambiando. El sujeto de 18 años se encuentra ya en la adolescencia y, por lo tanto, sus intereses giran alrededor de las personas, específicamente del sexo opuesto y ya no al rededor de los objetos inanimados, pues se trata de un individuo con un desarrollo normal. El sujeto número 9 es una niña de 12 años de edad que comienza a entrar a la etapa de -- adolescencia con cambios corporales interés por el sexo opuesto etc., además de que si consideramos que en este sentido la mujer crece más rápido que el hombre (por los cambios corporales a una edad más temprana), es explicable que no haya sido de su interés ningún objeto que se le haya presentado, ésto se corrobora si se toma en cuenta que en la misma población había niños varones de la misma edad (12 años) pero cuyo comportamiento fué diferente, ya que éstos si interactuaron con los objetos inanimados.

En el grupo experimental también fué muy diverso el tiempo de reacción (TR). No se observó influencia alguna en cuanto al orden de presentación de los objetos sobre el tiempo de reacción del niño hacia estos.

Los sujetos 2, 3, 4, 10 y 12 presentaron un tiempo de reacción (TR) más elevado que los otros miembros de la población. Durante este lapso de tiempo los niños manifesta

ron conductas estereotipadas (aplausos, gesticulaciones), conducta motora exagerada (caminar, correr), lenguaje articulado (ecolalia), lenguaje inarticulado (sonidos, gritos), tocarse el cuerpo (pies, boca, dedos, pene). Estas conductas continuaron apareciendo en las siguientes fases pero con menor frecuencia.

Haciendo una comparación entre el tiempo de reacción (TR) dado en el grupo control y experimental se concluye lo siguiente.

- 1) El orden de presentación de los objetos no influye en ambos grupos sobre el tiempo de reacción de los niños (normales y autistas) hacia aquellos.
- 2) En ambos grupos se dan tiempos de reacción elevados, pero esto está determinado por diferentes causas para cada grupo.

En el grupo control el tiempo de reacción (TR) es largo porque el niño se ocupa primero por explorar el ambiente desconocido que lo rodea para después interactuar con los objetos.

En el grupo experimental el tiempo de reacción (TR) es largo porque el niño está centrado en sus conductas estereotipadas y repetitivas características del autismo, para después interactuar con los objetos.

Cabe mencionar que en el grupo control dos sujetos -

no interactuaron con los objetos debido a la etapa de adolescencia en que se encuentran, y en donde una de las características de ésta es el interés por las personas del sexo opuesto. Sin embargo en el grupo experimental los niños de la misma edad que los anteriores sí interactuaron con los objetos, siendo que cronológica y mentalmente deberían encontrarse en el mismo período de desarrollo que los niños del grupo control.

Después de un análisis profundo de la información recibida por las madres de los niños normales se encontró que los niños que fueron aceptados por sus madres, tuvieron una experiencia satisfactoria en la relación con la madre durante la lactancia, lo que les permitió hacer uso de un objeto transicional necesario en todo ser humano "en la etapa de transición del bebé de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a una de relación con ella como algo exterior y separado" (Winnicott).

Las conductas que indican la manifestación de lo antes mencionado son las sensaciones experimentadas por la madre y el hijo, y que al estar éstas en mutua interrelación dan lugar a la satisfacción recíproca, es decir, la satisfacción en el niño es satisfacción en la madre y a la inversa. La aceptación de la madre hacia el niño se manifiesta a lo largo de toda la relación entre ambos, empezando desde la inclinación de la madre hacia la per-

sona misma del niño más que hacia el físico o sexo de éste. También puede verse en la preocupación de las madres por la salud del bebé, en su iniciativa al preparar sus senos para la mejor alimentación del bebé, aún antes del nacimiento de éste. En su conocimiento de cómo darle el pecho al bebé para que éste pudiera succionar el alimento sin ningún problema. En su acertada actitud al acudir inmediatamente ante el llamado del bebé mediante el llanto, y, bajo estas circunstancias en la búsqueda y solución de alguna posible molestia en éste. Al permitirle al bebé el contacto con el pecho materno después de ser alimentado, prolongando esta experiencia hasta que el niño queda dormido. En esta relación la madre, al encontrarse en un estado de relajamiento, tranquilidad y a través del lenguaje y el contacto físico pudo transmitir al niño su ternura, su calor materno, la sensación de placer, de seguridad, de ser aceptado y amado. Todas estas sensaciones son recibidas y manifestadas por el bebé con su actitud de tranquilidad y relajamiento e incluso con el aumento de peso constante que mantuvo, lo que indica que el niño se encontró agusto en ese medio que se le proporcionó. A su vez el bebé al succionar el pecho materno y mostrarse relajado, tranquilo y satisfecho transmitió a la madre la sensación de plenitud y satisfacción, además del sentimiento de orgullo, felicidad y satisfacción, experien

cia que la llevó a considerarla como una situación agradable y en donde se calificaron como madres eficientes.

Se encontró que éstos niños si utilizaron objetos transicionales. Los indicadores bajo los cuales se basa esta afirmación son: el tipo de objeto utilizado, la edad del niño al hacer uso de dicho objeto, el momento bajo el cual el niño usó el objeto y el tiempo de duración del uso del objeto.

En primer lugar el tipo de objeto utilizado por estos niños corresponde a un objeto que se encontró siempre al alcance del niño cuando éste era bebé, generalmente un objeto suave como fué la almohada, un oso u otro muñeco. La edad del niño al utilizar o mostrar preferencia hacia dicho objeto correspondió a los dos años de edad, que coincide con la primera situación angustiante que sufren algunos niños al separarse físicamente de la madre al ingresar a la escuela preescolar. Ante esta circunstancia el niño tiende a usar o llevar consigo un objeto (abrazándolo) para disminuir su ansiedad, esta conducta la manifiesta al salir a la calle o a la hora de dormir. Esta última situación también es angustiante para el niño al quedarse sólo en medio de la obscuridad. Por último el tiempo de duración del uso o preferencia por el objeto que correspondió al año, es la clave principal que indica que si se trata de un objeto transicional.

Antes de hacer referencia al análisis hecho sobre la información recibida por las madres de los niños autistas respecto a la relación entre ambos, cabe mencionar que se encontraron contradicciones en tal información. En base a lo anterior se encontró que los niños autistas fueron rechazados por las madres aún antes de haber nacido, que tuvieron experiencias insatisfactorias durante la lactancia en la relación con la madre. También se encontró que no hicieron uso de objetos transicionales, esenciales éstos en la etapa de transición de una vida de total dependencia a una vida independiente.

Los índices que apoyan lo antes afirmado son las actitudes de la madre y el hijo en mutua interacción. El rechazo de las madres hacia el niño se manifestó en la negación de éstas de no haber experimentado ningún sentimiento ante la noticia del embarazo, de no querer tener al bebé y desear abortarlo. Este sentimiento de rechazo se agudiza con los problemas fisiológicos que se presentaron como fueron: la falta de pezón, la ausencia de leche, la presencia de grietas, pezones cortos, leche delgada. Todo esto y la insistencia materna en alimentar al bebé para afirmarse así misma como madre eficiente provocó que entraran en estados de depresión, temor y tensión que naturalmente transmitieron a sus hijos en los momentos de darle el pecho de, cambiarlo, etc. Estas sensaciones fueron recibidas

das y expresadas por los bebés mediante el llanto, el enojo y muestras de inapetencia hacia la alimentación, otros no aprendieron a succionar el pecho materno, otros comenzaron a mostrarse aislados sin expresar llanto ni por hambre ni por estar mojados, no manifestaron ninguna conducta demandante para la satisfacción de sus necesidades. Estas conductas de los niños hicieron sentirse a las madres fracasadas, defraudadas consigo mismas, y las hicieron vivir esta experiencia de alimentación del bebé como desagradable.

La ausencia del uso de los objetos transicionales se explica dado que estos niños no pasan de una etapa de total dependencia hacia la madre a una etapa más independiente respecto a ésta (Winnicott), por lo que no existe motivo alguno para su uso. Pero si en cambio usan otros objetos para mantenerse en una etapa anterior (autista, simbiótica) incluyendo su propio cuerpo.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

De acuerdo al análisis de los resultados en la comparación entre las conductas observadas por los niños normales y los niños autistas se encontró lo siguiente.

Las conductas que se manifestaron en ambos grupos referentes al uso del objeto de acuerdo a su propósito ya es establecido socialmente y al otorgamiento de diferentes caracterizaciones al objeto, corroboraron, junto con los datos clínicos obtenidos, que los niños autistas que presentaron tal conducta tuvieron un desarrollo normal en los primeros meses de vida para después sufrir una detención en el desarrollo emocional que los obliga a permanecer en la etapa simbiótica (ver M. Mahler). La vivencia de esta etapa normal le permite al niño en un momento dado utilizar los objetos como lo hace un niño normal, aunque no llega a hacerlo en el máximo nivel de complejidad que éste.

A su vez éstas conductas indican en los niños normales, que éstos tuvieron un desarrollo sano en la relación con la madre, tal relación les ha permitido la satisfacción de sus necesidades afectivas, de calor de seguridad

etc. Todo ello les ha permitido a su vez desarrollar la capacidad de usar los objetos de diversas formas y en diferentes grados de complejidad para llevarlos finalmente, como se observó en el sujeto uno de 18 años de edad y en el sujeto nueve de 12 años (quienes no eligieron objeto alguno de los que se les presentaron) a relacionarse en mayor grado con las personas entrando así totalmente al mundo de la socialización, al mismo tiempo que cómo también se observó va disminuyendo la relación hacia los objetos como tales.

Este proceso tan complejo no se manifiesta en los niños autistas. En ellos la insatisfacción de sus necesidades afectivas los lleva a permanecer o regresar a la etapa autista o simbiótica, deteniéndose así su desarrollo emocional, y estableciendo sus relaciones permanentemente hacia los objetos sin llegar a la socialización.

Las conductas sobre la utilización de los objetos - como fin en sí mismos, como medio para llegar a un fin - determinado y producir un efecto, para formar diferentes grupos de acuerdo a diferentes características, para formar diversas figuras y las antes mencionadas, son la manifestación de la experiencia del niño con la percepción y contacto con los objetos, eventos, cualidades, etc., que le permiten aprender abstracciones numéricas y verbales que representan a éstos. Tales abstracciones pueden

ser manipuladas mediante los símbolos como si fueran los objetos en sí, este dominio y utilización de los símbolos conducen al futuro aprendizaje, al desarrollo del individuo y su socialización, a adaptarse a situaciones nuevas o cambiantes, a incrementar la línea de conducta considerablemente, es capaz de ajustarse, extender sus horizontes y trascender la situación inmediata concreta y específica. (57)

En cuanto a la conducta motora se refiere, en los niños normales fué muy claro que se dió como respuesta ante una situación nueva y ante una persona extraña (el observador). En un principio permaneciendo de pie a la entrada de la habitación, explorándola visualmente, caminando poco a poco, cruzando o poniendo los brazos atrás, acomodándose la ropa, rascándose la espalda, tocándose el cabello o alguna otra parte del cuerpo (naríz, boca), y viendo de vez en vez al observador como buscando su aprobación y disminuir así la ansiedad provocada por las nuevas circunstancias. Los niños autistas por el contrario no presentaron ésta reacción ante la nueva situación y ante la persona extraña. El niño autista no explora el lugar donde se encuentra, simplemente continúa con sus conductas estereotipadas (aplauso, aleteo, balanceo, actividad física exagerada: caminar, correr; gesticulaciones etc.) característica del autismo.

Pasando a la conducta verbal, los niños normales llegaron a un nivel tal de confianza con la situación y con el observador (resultado del rapport establecido antes de ponerlos en relación con los objetos), que mientras jugaban con el material se comunicaban verbalmente con el observador a la vez que lo veían a los ojos. Tal conducta permaneció a un cuando el investigador no respondió a ningún comentario que se le hizo, esto con la finalidad de no contaminar la situación de investigación y controlar así ésta variable extraña.

Mientras tanto, de las verbalizaciones de los niños autistas, algunas manifestaron relación con la situación presente pero se dieron a través de ecolalia inmediata, haciendo preguntas acerca de los juguetes, del personal del lugar que no se encontraba presente en ese momento. También se manifestaron mediante ecolalia retardada al repetir una y otra vez programas o anuncios de radio o televisión. El lenguaje variaba entre 10., 20., 30. y 40. persona con reversiones de pronombres, con sonidos o gritos ya sea articulados o inarticulados. En general, todas las verbalizaciones manifestadas por éstos niños son características del autismo.

Conducta afectiva. Los niños normales manifestaron conductas coherentes ante la nueva situación, primero se cohibieron, titubearon y exploraron el ambiente, posterior

mente se fueron familiarizando poco a poco con el investigador expresando ésto a través de la sonrisa, la mirada y el diálogo con aquél.

Después de un minucioso análisis psicológico de las conductas aparentemente sin sentido que manifestaron los niños autistas (jalar, romper, frotar, tocar, pisar el objeto, jalarse, pegarse, frotarse, tocarse etc.) el investigador concluye que son la manifestación de estimulación dirigida hacia sí mismo, hacia los diferentes sentidos: tacto, gusto, olfato, oído, y se dan como respuesta ante una estimulación de la que carecieron en sus primeros meses de vida, es decir, el niño se pega, se frota, se toca, para sentirse así mismo, y rompe, jala, toca, pisa, pateo, muerde el objeto, para sentir el medio externo, pero también para agredirlo. De ahí que se haya encontrado que un mismo objeto elegido por varios niños haya sido utilizado de diferentes formas para llegar a los propósitos muy particulares de cada uno.

Ejemplo:

<u>Objeto</u>	<u>Sujeto</u>	<u>Acción</u>	<u>Propósito</u>
Raquetas	1	rasgar	estimulación auditiva
Raquetas	2	golpear	descarga de -- entre sí agresión

Por otra parte, las conductas de risa, gritos y sonidos, ya sea articulados o inarticulados, son para el investigador otra manera más de descarga de agresión ante la ausencia de objetos a quienes dirigirla, y que al mismo tiempo mantiene el niño en su mundo autista, por no haber recibido del exterior aceptación, calor y afecto. La afirmación anterior implica decir que, dado que en esa etapa particular de la vida (10. meses) el mundo del niño se torna alrededor de la madre, la agresión manifiesta se dirige en realidad hacia ella, por su rechazo materno, a su vez, éste rechazo se relaciona con las manifestaciones de agresión del niño hacia los objetos que la representan o simbolizan. (madre)

En cuanto a la relación con el observador se percibió que los niños normales lograron, a distancia, establecer comunicación con él mientras jugaban, utilizando la vista, el lenguaje y la sonrisa. Con los niños autistas el investigador se sintió utilizado como un objeto más de la habitación, por ejemplo, cuando uno de los niños la jala de la mano para que ejecutara la acción que éste deseaba (tomar un objeto, cuando fué empujada para quitarse de la puerta y así el niño poder salir de la habitación, cuando una niña se estira levantándose de puntas para jalarle el cabello. etc. Esta conducta del niño autista de tratar, a las personas como si fueran objetos o extensión de sí mismos, de su brazo, por ejemplo, para alcanzar algo,

es característica de su comportamiento. (ver Winnicott D. W.).

En cuanto a la elección que hicieron los niños de ambos grupos (normal y autista) se encontró lo siguiente:

La elección de los objetos en los niños normales estuvo determinada por:

- 1) el período de desarrollo de cada niño.

En cuanto a la elección que hicieron los niños autistas de los objetos, el investigador concluye que estuvo determinada por dos factores:

- 1) Las diferentes conductas de cada niño.
- 2) Los diferentes propósitos o necesidades en cada niño.
 - a) Descargar energía agresiva.
 - b) Estimular los diferentes sentidos (oído, tacto, vista, olfato).

Cabe mencionar que se encontraron contradicciones entre la información dada por las madres de los niños autistas y los datos estadísticos de dicha información. Esto se explica considerando que se trata de seres humanos, y que la conducta no puede ser encasillada en datos numéri-

cos, puesto que se trata de relaciones humanas en las que intervienen los sentimientos, las actitudes, etc. y que se encuentran en toda familia. Específicamente en las familias con niños con cualquier tipo de problema (retraso mental, esquizofrénicos, autistas, etc.) se trata de ocultar los sentimientos de culpa que el problema mismo provoca por la presión social que existe al respecto. Se puede decir que con el análisis clínico se controla la variable que existe en todo instrumento respecto a la alteración en la información dada por la persona (s) bajo estudio.

FUNDAMENTACION TEORICA.

De acuerdo a M. Klein el éxito obtenido por las madres de los niños normales al satisfacer las necesidades fisiológicas y afectivas de éstos les permitió la introyección del "pecho bueno", es decir, estas experiencias gratificantes ayudan al niño a percibir el pecho materno en bueno, en el prototipo de los objetos beneficiosos, que a su vez pasan a ser fuertes estímulos en sus relaciones para el amor. Todo ello favorece la introyección e identificación del niño con el "pecho bueno", se va dando un cambio en la percepción del objeto de tal forma que el niño llega a reconocer a la madre como individuo; y es a medida en que la madre se convierte para el niño en objeto total en que el yo de éste se convierte en un yo

total. Es así como la integración del yo del niño le permitió diferenciarse de los demás, es decir, ya advierte a las personas y a los objetos como algo distinto y separado de él. Con todo este cambio total en la relación con los objetos el niño establece su relación con la realidad.

De acuerdo a D. W. Winnicott los niños normales usaron los "objetos transicionales" como defensa contra la ansiedad provocada al llegar a una etapa de transición que va de la total dependencia hacia la madre a la independencia y relación con ella como algo exterior y separado de él, ya que esta última etapa coincide con el desarrollo de la capacidad de desplazamiento físico del niño respecto a la madre. Winnicott afirma que, por lo general, el objeto transicional que elige el niño es cualquier objeto con el cual tuvo su primer contacto cuando aún era bebé (manta, sábana, almohada) y que el tiempo de duración de su uso debe corresponder al año como mínimo.

De acuerdo a lo afirmado por M. Klein el fracaso de las madres de los niños autistas en su intento por satisfacer las necesidades fisiológicas y afectivas de éstos en la etapa de lactancia, dió lugar a que los niños se relacionaran predominantemente con el "pecho malo" y que éste al frustrar sus necesidades se convir -

tió, ante los ojos del niño, en el prototipo de los objetos persecutorios que a su vez pasaron a ser estímulos sobre los cuales dirigir los impulsos agresivos para el -- odio. De esta manera el objetivo del bebé fué mantener fuera de sí mismo el objeto malo "pecho malo". A su vez este objetivo generó ansiedad en el niño por el peligro existente de introducirse en el yo y ser aniquilado. Ante tal peligro estos niños no cambiaron la percepción del objeto como lo haría un niño normal al reconocer a la madre como individuo, ellos la siguen percibiendo como un "objeto parcial" (pecho malo) al regresar o permanecer en una etapa temprana del desarrollo, perdiendo así el sentido de realidad, el niño se psicotiza y su personalidad no llega a integrarse.

De acuerdo a la teoría del desarrollo de Margaret -- Mahler, los niños autistas que presentaron las mismas conductas que los niños normales (específicamente aquellas relacionadas con el uso del objeto de acuerdo al propósito de éste y a las diferentes caracterizaciones o simbolizaciones que se le otorgaron) fueron aquellos que tuvieron un período de desarrollo normal en los primeros meses de vida (3, 5 meses) lo que les permitió el manejo del material como lo hace un niño normal. Estos niños tuvieron una regresión hacia la etapa simbiótica que les permite la percepción en forma muy vaga de la existencia de un ob

jeto exterior a él. El resto de la población de niños autistas que no presentaron las conductas antes mencionadas se quedaron en la fase de autismo patológico, que es más-regresiva que la anterior y no le permite al niño diferenciarse de los demás, ni estar consciente de lo que está - más allá de su propio cuerpo. Son estas diferencias en - la percepción del medio externo, como algo ajeno a sí mismo o parte de sí mismo, lo que determina que el niño llegue o no a la etapa de separación.

De acuerdo a Winnicott, los niños autistas no usaron objetos transicionales porque nunca llegan a la etapa de-separación, nunca llegan a diferenciarse de los demás, a reconocer a las personas como tales, no son conscientes - de lo que está más allá de su propio cuerpo, y por lo tanto, no pueden experimentar la situación de separación, ni ansiedad por ésta ya que su relación es siempre con objetos parciales, no totales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

En base a todo lo anterior se concluye lo siguiente:

La conducta observada en los niños autistas en la relación con los objetos confirma la hipótesis alterna de esta investigación, que afirma lo siguiente:

Hi:

El uso que el niño autista haga del material de juego si dará índice de haber sido expuesto a una relación de cuidados insatisfactorios e inconsistentes en sus primeros meses de vida.

Las respuestas que se encontraron al planteamiento -- del problema son:

- 1) Para el niño autista los objetos simbolizan el pecho materno (objeto parcial).
- 2) El niño autista usa los objetos para patearlos, morderlos, pisarlos, romperlos, aventarlos, presionarlos, doblarlos, jalarlos, girarlos, frotarlos, olerlos, acercarlos a la boca, oído, nariz. Sólo

en su minoría lo utilizan de acuerdo al propósito de éste otorgado socialmente (ejemplo: botar la pelota), o le otorgan diferentes caracterizaciones (ejemplo: peinarse con el palo de la bandera).

3) La función que tienen los objetos para el niño - autista son:

A) Descargar energía agresiva.

B) Autoestimulación de los sentidos (oído, olfato, gusto, tacto).

Las afirmaciones anteriores tienen su fundamentación teórica en Melanie Klein.

Hipótesis alterna.

Hi:

El uso que el niño autista haga del material de juego si dará índice de haber sido expuesto a una relación de - cuidados insatisfactorios e inconsistentes en sus primeros meses de vida.

Los indicadores que manifiestan que el niño autista - vivió una relación insatisfactoria son la conducta de agresión hacia los objetos y hacia sí mismo, y las conductas - de estimulación hacia sí mismo, ambas encontradas en la investigación.

La conducta de agresión es lo que Melanie Klein llama "impulsos de agresión" que, según la autora, predominan en el ni

ño cuando éste ha vivido experiencias insatisfactorias y frustrantes. Tales experiencias son determinadas a su vez por el pecho materno. Este objeto (pecho materno) es diferenciado por el niño como bueno si gratifica o satisface sus necesidades y como malo si no satisface y frustra sus necesidades.

Son los impulsos de agresión observados en el niño autista hacia los objetos cuando los pateo, muerde, rompe, pisa, avienta, dobla, etc., los que indican, de acuerdo a las afirmaciones anteriores, que el niño tuvo experiencias predominantemente insatisfactorias y frustrantes que no le permitieron la satisfacción de sus necesidades y lo llevan a descargar esta agresión hacia el objeto (pecho malo) causante de tales experiencias.

Respuestas al planteamiento del problema.

- 1) Para el niño autista los objetos simbolizan el pecho materno (objeto parcial).

La afirmación anterior tiene su fundamentación teórica en Melanie Klein, quien al referirse a la agresión en el psicoanálisis infantil afirma: "El análisis de los juegos demuestra que cuando los instintos agresivos del niño se encuentran en su apogeo, éste jamás se cansa de rasgar y cortar, de romper y quemar toda clase de cosas, como papel, fósforos, cajas, juguets, todo lo cual representa -

a sus padres, hermanos, y hermanas y el cuerpo y los pechos de su madre, y que esta furia de destrucción alterna con accesos de ansiedad y un sentimiento de culpabilidad" (47)

El investigador considera que en el caso particular de los niños autistas los objetos representan sólo al pecho materno porque al permanecer o regresar el niño a una etapa anterior del desarrollo continúa relacionándose con los objetos correspondientes a la misma (objeto parcial)- es decir, los objetos con los que interactúa permanecen - ante él como objetos parciales (pecho materno), con la - gran diferencia de una obvia separación física entre el - niño y la madre debido al desarrollo psicomotor de aquél, una percepción de aversión hacia el medio externo debido a las experiencias frustrantes que lo llevan, como se observó, a agredir el ambiente y a autoestimularse constantemente a través de los objetos.

2) El niño autista usa los objetos para patearlos, morderlos, pisarlos, romperlos, aventarlos, doblarlos etc.

3) La función que tienen los objetos para el niño autista son:

A) Descargar energía agresiva.

En base a lo afirmado por Melanie Klein sobre la agresión infantil, el investigador considera que las manifes-

taciones de agresión son el indicador a través del cual el niño (s) autista expresa su enojo y odio hacia la madre "pecho malo" que no satisfizo sus necesidades de -- afecto, de aceptación, por lo que tiene que recurrir a -- la satisfacción de éstas a través de la estimulación dentro de una "Órbita omnipotente" (M. Mahler), en donde él es al mismo tiempo el emisor y el receptor de tal estimulación.

B) Autoestimulación de los sentidos (oído, olfato, -- gusto, tacto).

La autoestimulación observada a través de los objetos (frotar, rasgar, acercarse al Oído, boca, nariz, tocarse, frotarse, pegarse, etc.) también son producto de las experiencias desagradables ya mencionadas, y llevan al niño a proporcionarse a sí mismo aquello de lo que careció en sus primeros meses de vida (aún a través de un medio agresivo: pegarse), pero que ante la madre rechazante "pecho malo", no tuvo la oportunidad de tocarse y ser tocado, de acariciar y ser acariciado, de escuchar la voz materna y ser escuchado, de oler el aroma materno, -- de mirar y ser mirado por la madre. Todo lo anterior no sólo tiene que ver con los sentidos, sino también con -- las emociones del niño, con la sensación de ser o no -- aceptado, amado y, por lo tanto, de aceptarse y amarse a sí mismo.

Las conductas de agresión y estimulación dirigidas - hacia sí mismo sin utilizar a los objetos como el medio para tal finalidad, es explicable si se considera que el niño autista, al encerrarse en su "fortaleza vacía" - - - (Bettelheim B.) y eliminar así la existencia de algún elemento (objeto) dentro de su ambiente, se ve en la necesidad de recurrir a algún objeto sobre el cual descarga la energía de agresión y estimulación latentes en su interior; por lo que recurre al único elemento que integra su ambiente, y que es su propia persona. De esta manera pasa a ser el objeto sobre el cual descarga tal agresión y estimulación.

De todo lo anterior se proponen las siguientes hipótesis:

- 1) En su relación con el medio (objetos) los niños autistas manifiestan una conducta circular, es decir, al mismo tiempo que el niño descarga la agresión en el objeto, recibe estimulación de éste mismo. Podría suponerse que se trata de una especie de retroalimentación.*

* "El infante parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva, en la cual, la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente."
(53)



- 2) El tipo de estimulación que el niño se proporciona a sí mismo es aquella de la que careció en mayor grado en sus primeros meses de vida (etapa de lactancia).
- 3) El repertorio conductual del niño autista se dá como compensación a la ausencia de otras conductas por incapacidad de éstas últimas (ejemplo: el lenguaje), y porque aquellas son las más aptas para proporcionarle al niño la estimulación que necesita, al mismo tiempo que lo ayuda a mantenerse en su mundo autista.
- 4) Entre mayor grado de autismo presenta el niño se manifiesta mayor conducta agresiva y menos interacción con el ambiente, y a la inversa, entre menor grado de autismo presente el niño se manifiesta menos conducta agresiva y más interacción con el medio.

El niño autista utiliza un tipo de simbolización preverbal en sus relaciones con el objeto, es una forma primitiva que no requiere de relación interpersonal. Este tipo de símbolo sólo es válido para el propio niño y le sirve para descargar la agresión hacia el pecho materno frustrante y vacío, representado en los objetos inanimados, al mismo tiempo que se proporciona la estimulación de la que adoleció en sus primeros meses de vida. Todo ello lo expresa a través de una conducta circular hacia el mismo objeto y al mismo tiempo.

Carmen E. Ruíz Hernández.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO R E N A M

(RELACION DEL NIÑO AUTISTA CON SU MEDIO)

CARMEN EDITH RUIZ HERNANDEZ.

CAPITULO VI

CUESTIONARIO R E N A M

(Relación del niño autista con su medio)

CARMEN E. RUIZ HERNANDEZ

Colaboradora en la construcción
del Instrumento:

LIC. J. ESTELA CORDERO B.

I. INTRODUCCION:

El presente cuestionario se elaboró con la finalidad de obtener información respecto a las primeras vivencias del niño autista con su medio, específicamente con la madre. El conocimiento de tal información es necesaria para fundamentar el comportamiento observado en los niños autistas y así con la teoría llegar a explicar las hipótesis de las cuales parte esta investigación titulada - - -

"El niño autista y su relación de objeto".

El cuestionario está integrado por tres áreas elegidas a través de las etapas del desarrollo de las relaciones objetales del niño, éstas son las siguientes:

AREA I. Se refiere a la aceptación de la madre hacia el hijo.

AREA II. Manifiesta la relación madre - hijo durante la lactancia.

AREA III. Indica la relación que existe entre el niño y el objeto transicional.

AREAS DEL CUESTIONARIO R E N A M

Area	Denominación	Contenido
I	ACEPTACION	Aceptación de la madre hacia el hijo.
II	RELACION	Relación madre - hijo en la lactancia
III	TRANSICION	Relación del uso del objeto transicional.

El cuestionario está estructurado con un total de 38 reactivos de los cuales el área I contiene solo 6, el área II abarca 26 y por último el área III respectivamente nos ofrece el contenido de 6 reactivos.

A continuación se menciona cada área, manteniendo el contenido general de los comportamientos del niño autista en la aceptación, su relación y la transición.

I - AREA SOBRE LA ACEPTACION DE LA MADRE HACIA EL NIÑO.

Esta área está integrada por 6 reactivos. Su objetivo general es conocer si el niño autista fué aceptado o rechazado por su madre. para el logro de tal objetivo el contenido de los cinco reactivos se refiere a la actitud de la madre hacia el niño (a) antes y después del nacimiento de éste. Por ejemplo: la preferencia de la madre hacia el sexo de su bebé, ya sea niño o niña, y su reacción ante el sexo del bebé que fué o no esperado o deseado. - En el reactivo seis se pretende conocer el número de adultos que se hicieron cargo de los cuidados del niño autista.

II - AREAS SOBRE LA RELACION MADRE - HIJO DURANTE LA LACTANCIA.

Esta área está integrada por 26 reactivos. Su objetivo general es conocer la relación del niño autista con su madre durante la lactancia, si fué satisfactoria o insatisfactoria. Para el logro de tal objetivo los 26 reactivos están dirigidos hacia las múltiples circunstancias que se dan durante el período de lactancia y dan informa-

ción respecto a las actitudes de la madre y del niño durante tal experiencia. Por ejemplo: si la madre preparó sus senos para la alimentación antes del nacimiento de su bebé, si hubo o no alimentación al seno y por qué, de quién recibió apoyo la madre durante la lactancia y -- porque motivo, como se mostraba el bebé al ser amamantado, qué sensaciones experimentó la madre al alimentar a su bebé, como fue la experiencia de la alimentación al seno para la madre, como considera la madre a su bebé y a sí misma durante la lactancia.

III - AREA SOBRE LA PRESENCIA DEL USO DEL OBJETO - TRANSICIONAL.

Esta área está integrada por seis reactivos y su objetivo general es conocer si el niño autista hizo uso de algún objeto transicional. Para el logro de este objetivo las preguntas planteadas están dirigidas a conocer si hubo o no preferencia por algún objeto de parte del niño, el tipo de objeto, la edad de aparición ante la preferencia hacia el objeto y el tiempo de duración de ésta, el uso que el niño autista le dió al objeto, y el momento en que hacia uso de este.

II. ASPECTOS TEORICOS DEL CUESTIONARIO R E N A M

Para fundamentar teóricamente el área I y II de este cuestionario sirven de apoyo las teorías de M. Klein res-

pecto a las relaciones objetales y de M. Mahler acerca de las primeras etapas del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas.

Respecto a M. Klein, menciona dos fases del desarrollo: La fase esquizoparanoide y la depresiva. La fase esquizoparanoide que comienza a los tres o cuatro meses de vida, se caracteriza porque el niño se relaciona con objetos parciales (el pecho materno), haciendo una diferenciación del pecho en bueno y malo si gratifica o frustra sus necesidades respectivamente, siendo el objetivo del bebé adquirir y guardar dentro de sí el objeto bueno y mantener fuera de sí el objeto malo. Esta relación con el pecho materno marca el inicio de las relaciones objetales.

Respecto a M. Mahler, menciona tres fases o etapas en el desarrollo de las relaciones objetales: la fase del autismo normal que se inicia en las primeras semanas de vida, se caracteriza porque el infante no se diferencia así mismo de los demás, y porque lo principal es la satisfacción de sus necesidades. La fase de simbiosis normal que se inicia en el segundo mes de vida, se caracteriza por la absoluta dependencia hacia la madre, el infante aún no se diferencia de ésta y la gratificación de uno es gratificación para el otro. A partir del tercer mes, el niño empieza a darse cuenta vagamente

de la existencia del objeto parcial que satisface sus necesidades. La fase de separación - individuación se inicia en el primer año de vida y se caracteriza porque el infante va dejando de prestar atención a los estímulos interiores de la relación simbiótica y se va haciendo consciente en forma gradual de la separación. Ya entre los 16 y 18 meses, el infante se diferencia a sí mismo de los demás, esto coincide con la separación física y el negativismo de la fase anal, con todo esto el infante inicia una lucha por conseguir su autonomía. Ante la angustia que provoca la separación el infante logra sobreponerse entre los dos y tres años de edad gracias al predominio del placer del que se ve rodeado.

El área III sobre la presencia del uso de los objetos transicionales se fundamenta con el planteamiento de D. W. Winnicott sobre los objetos transicionales. Winnicott se refiere a éstos, como aquellos objetos que son usados por el niño cuando éste llega a una etapa de transición que va de la total dependencia hacia la madre, a la independencia, coincidiendo esta última etapa con el desarrollo de la capacidad de desplazamiento físico del niño con respecto a la madre, ya sea acercándose o alejándose de ella. Esta situación menciona Winnicott, provoca ansiedad en el niño, por lo que éste hace uso de algún objeto que representa a la madre, disminuyendo así su ansiedad. Por lo -

general el objeto transicional elegido por el niño es cualquier objeto con el cual tuvo su primer contacto cuando aún era bebé, como el pañal, sábana, almohada, manta de su cuna. Este objeto debe conservar sus características propias. Por ejemplo: por lo general el niño no permite que éste objeto sea lavado por la madre y no acepta la substitución de éste por otro que la madre le ofrezca, si acaso llegará a aceptar un objeto idéntico al anterior de preferencia con la misma apariencia o características (sucio, remendado, etc.).

CUESTIONARIO R E N A M

INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuestionario le proporcionamos algunas preguntas, conteste por favor lo más claro y preciso, y no deje sin contestar alguna, así como el porque de -- ellas. En las preguntas de varias opciones puede contestar más de una, así como utilizar el espacio correspon -- diente a otros.

Agradecemos de antemano la información que nos proporcione.

I. AREA SOBRE LA ACEPTACION DE LA MADRE HACIA

EL HIJO

1. Cuando quiso tener un hijo, ¿qué deseaba que fuera, niño o niña?

1) NIÑO () PORQUE _____

2) NIÑA () PORQUE _____

3) NO LO SE () PORQUE _____

2. Reacción que tuvo al ver que su hijo (a) fue o no -
fué del sexo que usted esperaba.

1) AGRADO () PORQUE _____

2) DESAGRADO () PORQUE _____

3) OTROS TIPOS DE REACCION () PORQUE _____

3. Físicamente ¿deseaba que el niño (a) se pareciera a alguien de su familia en especial?
- 1) SI () A QUIEN _____
 PORQUE _____

- 2) NO () PORQUE _____

4. ¿El niño (a) se pareció físicamente a la persona que usted deseaba?
- 1) SI () 2) NO ()
5. ¿cuál fué su reacción al ver que el niño (a) fue o no fué parecido (a) físicamente a la persona que usted deseaba?
- 1) AGRADO () PORQUE _____
 2) DESAGRADO () PORQUE _____
 3) OTROS () PORQUE _____

6. Cuando el niño (a) era bebé (pequeño, de meses) ¿Cuántas personas se hicieron cargo de sus cuidados, independientemente de los que le proporcionó usted?
- 1) UNA () PORQUE _____
 2) DOS () PORQUE _____
 3) MAS DE DOS () PORQUE _____

4) MAS DE CUATRO () PORQUE _____

5) CINCO () PORQUE _____

QUIENES FUERON: _____

II. AREA SOBRE LA RELACION MADRE-HIJO DURANTE LA
LACTANCIA

7. ¿Preparó sus senos y pezones para la alimentación antes del nacimiento de su bebé?

1) SI ()

2) NO () PORQUE _____

8. ¿En qué momento después del nacimiento, sostuvo al bebé en sus brazos?

1) INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO ()

2) UN DIA DESPUES DEL NACIMIENTO ()

3) DESPUES DE VARIOS DIAS ()

4) EL BEBE ESTABA EN INCUBADORA ()

5) SOLO LO VEIA ()

6) OTROS ()

CUALES _____

9. ¿Tuvo preocupaciones durante las primeras semanas de vida de su bebé?

- 1) "COMO ESTA" ()
- 2) "SERE UNA BUENA MADRE" ()
- 3) "TENGO SUFICIENTE LECHE" ()
- 4) "ME DARE ABASTO CON EL TRABAJO" ()
- 5) OTROS () CUALES _____

10. ¿Le dió el pecho al niño (a)?

- 1) SI ()
- 2) NO ()

11. ¿Por qué no amamantó a su bebé?

- 1) POR FALTA DE LECHE ()
- 2) POR TENER DEMASIADO DOLOR ()
- 3) POR SER EL BEBE PREMATURO ()
- 4) POR CONSIDERARLO INDECOROSO ()
- 5) POR SENTIR QUE ALTERARIA LAS ACTIVIDADES PERSONALES Y CONYUGALES ()
- 6) POR ESTAR DEMASIADO NERVIOSA ()
- 7) OTROS () _____

12. ¿De quién recibió apoyo durante la lactancia del bebé?

- 1) ESOSO ()
- 2) FAMILIARES ()
- 3) AMIGOS ()
- 4) OTROS () CUALES: _____

13. ¿Cuál fué el motivo por el cual su esposo estuvo o no estuvo de acuerdo en que usted amamantara a su bebé?

- 1) POR FALTA DE INFORMACION ()
 - 2) POR CONSIDERARLO INDECOROSO ()
 - 3) POR CONSIDERARLO AMENAZANTE PARA LAS RELACIONES
CONYUGALES ()
 - 4) POR BUENA INFORMACION AL RESPECTO ()
 - 5) LO ACEPTO COMO UNA FUNCION NORMAL ()
 - 6) POR CONSIDERARLO UN MOTIVO DE MAYOR UNION EN LA
PAREJA ()
14. ¿Necesitó su bebé que se le enseñara a mamar?
- 1) SI ()
 - 2) NO ()
15. ¿Por qué?
- 1) PORQUE LA MADRE TENIA LOS PESONES INVERTIDOS ()
 - 2) PORQUE EL BEBE FUE PREMATURAO ()
 - 3) OTROS () _____

16. Durante el amamantamiento ¿qué área del pecho tomaba su bebé?
- 1) EL EXTREMO DEL PEZON ()
 - 2) LA REGION COMPLETA DE LA AREOLA ()
17. Al estar amamantando al bebé, éste ...
- 1) EMITIA UN SONIDO
 - a) LARGO ()
 - b) LENTO ()
 - c) RITMICO ()
 - d) CORTO Y SECO ()
 - 2) SE MOSTRABA
 - a) RELAJADO ()
 - b) TENSO ()

18. ¿Como se retiraba al bebé del pecho?

- 1) INTERRUMPIA LA SUCCION BRUSCAMENTE ()
- 2) PONIA EL DEDO MENIQUE ENTRE LAS ENCIAS DE SU BEBE ()
- 3) ESPERABA HASTA QUE EL BEBE DEJARA POR SI SOLO EL PECHO ()
- 4) OTROS () _____

19. Cuando su bebé lloraba al estarlo amamantando

- 1) SEGUIA TRATANDO DE DARLE EL PECHO ()
- 2) LO CALMABA HABLANDOLE ()
- 3) LO CALMABA DANDOLE PALMADITAS ()
- 4) LO CALMABA PASEANDOLO ()
- 5) ESPERABA A QUE SE CALLARA POR SI SOLO ()
- 6) OTROS () QUE HACIA: _____

20. ¿Cómo le daba el pecho al niño?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1) ACOSTADA () | 5) CON PEZONERA () |
| 2) SENTADA () | 6) CON TERNURA () |
| 3) ABRAZANDO AL NIÑO () | 7) HABLANDOLE AL NIÑO () |
| 4) LIMPIANDOSE LOS SENOS () | 8) CADA TRES HORAS () |

21. Durante la lactancia del bebé, que observó en él.

- 1) MANTUVO UN AUMENTO DE PESO CONSTANTE ()

- 2) TUVO UN BUEN TAMAÑO EN ESTATURA ()
- 3) MOJABA DE 6 A 8 PAÑALES DIARIOS ()
- 4) ESTUVO BAJO DE PESO PARA SU EDAD ()
- 5) ERA PEQUEÑO EN TAMAÑO PARA SU EDAD ()
- 6) MOJABA MENOS DE 6 A 8 PAÑALES DIARIOS ()
22. ¿La actitud del bebé hacia la alimentación fué -
de?
- 1) INEPTITUD () 3) TRANQUILIDAD ()
- 2) DESINTERES ()
23. Durante la lactancia usted considera que su bebé
fué:
- 1) UN BEBE VORAZ ()
- 2) UN BEBE INAPETENTE ()
24. ¿Durante cuánto tiempo amamantó a su bebé?
- 1) 6 SEMANAS () 4) DE 15 A 20 MIN. ()
- 2) 2 MESES () 5) C/3 HORAS ()
- 3) 1 AÑO ()
25. ¿Qué sensaciones experimentó en los senos al ali-
mentar a su bebé?
- 1) DE PLENITUD () 2) DE DOLOR ()
- 3) OTROS () _____

26. ¿Ingirió algún medicamento durante la lactancia de
su bebé?
- 1) SI () PORQUE _____

QUE MEDICAMENTO _____

2) NO ()

27. ¿Durante el amamantamiento de su bebé, usted se encon
traba?

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1) DEPRIMIDA () | 6) FELIZ () |
| 2) TENSA () | 7) TRANQUILA () |
| 3) RESENTIDA () | 8) SATISFECHA () |
| 4) DESCONCENTRADA () | 9) ORGULLOSA () |
| 5) DECEPCIONADA () | 10) INTERESADA () |

28. ¿Qué medidas tomó ante los problemas de la alimenta-
ción al seno que se le presentaron? _____

29. ¿La alimentación al seno fué una experiencia?

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1) AGRADABLE () | 2) DESAGRADABLE () |
|------------------|---------------------|

30. ¿Durante la lactancia de su bebé, como se consideró
a sí misma como madre?

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1) EFICIENTE () | 2) INEFICIENTE () |
|------------------|--------------------|

31. ¿En qué momento atendía al niño?

- | |
|-----------------------------|
| 1) EN TODO MOMENTO () |
| 2) CUANDO LLORABA () |
| 3) OTROS () _____
_____ |

32. Cuando el niño (a) lloraba, ¿usted que hacía?

- | |
|--------------------------------|
| 1) LO CARGABA DE INMEDIATO () |
| 2) VEIA QUE TENIA () |

3) LO DEJABA LLORAR () PORQUE _____

4) OTROS () PORQUE _____

III. AREA SOBRE LA PRESENCIA DEL USO DEL OBJETO

TRANSICIONAL

33. ¿Notó si al niño (a) le gustaba algún objeto?

1) SI () 2) NO ()

34. ¿Qué objeto era?

1) TRAPO () 3) COBIJA ()
2) PAÑAL () 4) OTROS () _____

35. ¿Qué edad tenía el niño (a) cuando se presentó ese gusto por el objeto?

1) 1 MES () 3) 2 AÑOS ()
2) 9 MESES () 4) OTROS () _____

36. ¿En qué momento el niño (a) hacía uso del objeto?

1) A LA HORA DE DORMIR ()
2) A LA HORA DE SALIR A LA CALLE ()
3) CUANDO LO DEJABA A CARGO DE OTROS FAMILIARES O AMIGOS ()
4) OTROS ()

37. ¿Cómo usaba el niño (a) ese objeto?

1) LO ABRAZABA ()
2) LO CHUPABA ()
3) SE FROTABA LA NARIZ O LA BARBA ()

4) LO LLEVABA A TODAS PARTES ()

5) OTROS () _____

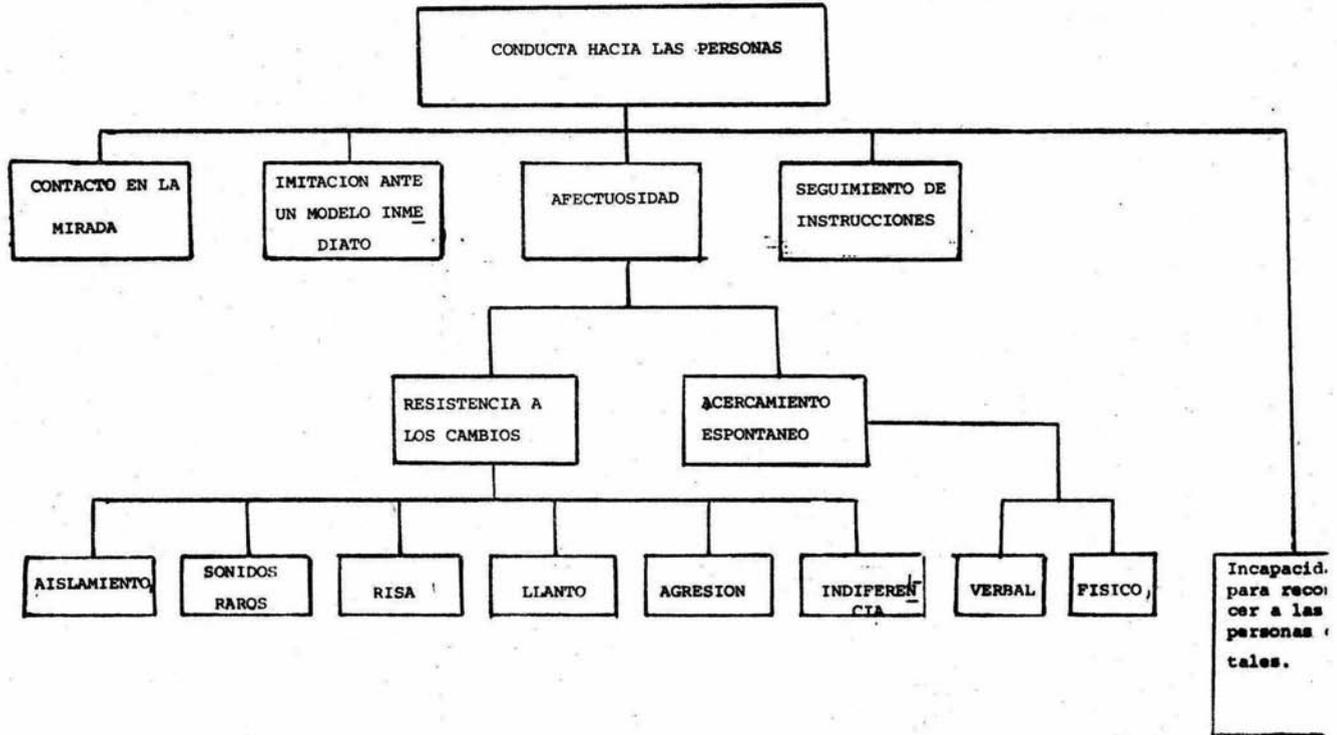
38. ¿Cuánto tiempo duró el gusto por el objeto?

1) 18 MESES () 3) 36 MESES ()

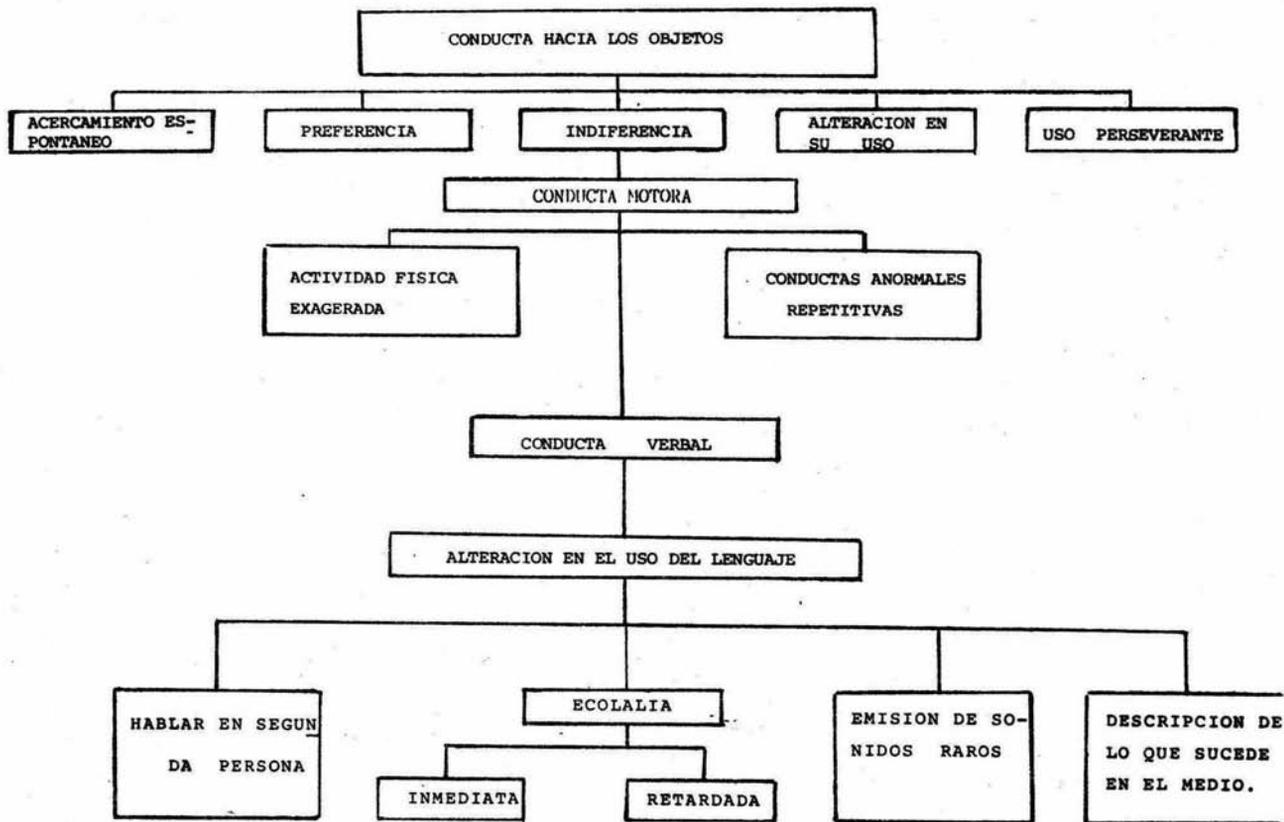
2) 24 MESES () 4) OTROS () _____.

D I A G R A M A

(CONDUCTA DE NIÑOS AUTISTAS EN TRATAMIENTO)



El registro de estas conductas se obtuvo en el año de 1984 en la primera fase de la investigación.



CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO

- a) Nombre :
- b) Edad:
- c) Sexo:
- d) Fecha de nacimiento:
- e) Lugar de Nacimiento:
- f) Religión:

II. DATOS DEL PADRE

- a) Nombre: _
- b) Edad:
- c) Escolaridad:
- d) Ocupación:
- e) Ingresos:

III. DATOS DE LA MADRE

- a) Nombre:
- b) Edad:
- c) Escolaridad:
- d) Ocupación:
- e) Ingresos:

IV. SITUACION ACTUAL DE LOS PADRES

V. HERMANOS EDAD OCUPACION

VI. RELACION CON LOS HERMANOS

VII. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a) Enfermedades congénitas en la familia
- b) Enfermedades mentales en la familia

VIII. EMBARAZO

- a) ¿Se planeó el nacimiento del niño?
- b) Reacción de los padres ante la noticia del embarazo.
zo.
- c) Tipo de asistencia recibida
- d) Número de embarazo
- e) Enfermedades durante el embarazo
- f) ¿Hubo ingestión de medicamentos durante el embarazo?
zo?
- g) Tiempo de duración del embarazo.

IX. CONDICIONES DEL PARTO

- a) Edad de los padres al nacer el niño
- b) Tipo de parto
- c) Atención recibida

X. CONDICIONES PERINATALES

- a) ¿Hubo llanto inmediato del niño al nacer?
- b) Peso del niño al nacer

- c) Enfermedades en los primeros meses de vida
- d) Operaciones a las que se ha sometido al niño.

XI. LACTANCIA

- a) ¿Le dió el pecho al niño?
- b) ¿Cómo se sentía al darle el pecho al niño?
- c) ¿Cómo se comportaba el niño cuando usted le daba -
el pecho?
- d) ¿Tuvo problemas al darle el pecho al niño?
- e) ¿Cómo se tranquilizaba el niño?
- f) ¿Cómo se sentía después de darle el pecho al niño?
- g) ¿Cuándo dejó de darle el pecho al niño? ¿Por qué?
- h) ¿Cómo se portó el niño cuando usted dejó de darle
el pecho?
- i) ¿Cómo se sintió usted cuando el niño empezó a ali-
mentarse del biberón?

XII. DESARROLLO PSICOMOTOR

- a) Control de la cabeza
- b) Sedestación
- c) Gateo
- d) Marcha
- e) Primeras palabras
- f) Dentición
- g) Sueño
- h) Berrinches
- i) Control de esfínteres

XIII. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

- a) ¿Cuándo y quién notó el problema del niño?
- b) Estudios que se han hecho al niño
- c) Diagnóstico

XIV. SITUACION EMOCIONAL DE LOS PADRES

- a) Actitud de los padres ante el problema del niño
- b) Situación conyugal ante el problema del niño
- c) Actitud de los padres en relación al niño.

XV. ACTITUD DE LOS HERMANOS ANTE EL PROBLEMA DEL NIÑO

XVI. INSTITUCIONES

- a) Escuelas o instituciones donde ha estado el niño, a qué edad y por cuánto tiempo.
- b) Razones por las que ha cambiado al niño de las - instituciones

XVII. SITUACION ACTUAL DEL NIÑO

- a) Normas disciplinarias
- b) Restricciones
- c) Actitud de los padres ante los logros del niño
- d) Preferencias del niño

XVIII. MEDICAMENTOS QUE ESTA INGERIENDO EL NIÑO ACTUALMEN-

TE

* Instrumento basado casi en su totalidad en el formato de entrevista que se utilizaba en el C.E.P.H. a cargo entonces de la Lic. Raquel Jelinek, correspondiendo a las fechas del 23 de julio de 1982 al 7 de marzo de 1983.

Nombre del niño:		Fecha:	Hora:
Sesión:		Lugar:	
Estímulo Antecedente			Conducta
Estímulo Consecuente			
Formato para registro de observación libre			

DSM - III MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRAS
TORNOS MENTALES. MASSON.

299.00 Criterios para el diagnóstico del autista infantil.

- A. Inicio antes de los 30 meses
- B. Clara falta de respuesta ante los demás
- C. Déficit graves en el desarrollo del lenguaje
- D. Si hay lenguaje sigue un patrón peculiar, como ecolalia inmediata o demorada, lenguaje metafórico o inver
sión de pronombres
- E. Respuestas absurdas a diferentes aspectos del ambiente, resistencia al cambio, interés peculiar en/o vínculos con objetos animados o inanimados.
- F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa e incoherencia como en la esquizofrenia.

GRUPO I		GRUPO II	
Fase 1 Para elección Objetos estáticos	Fase 2 Para elección Objetos de cuerda (mov - luz - son)	Fase 1 Para elección Objetos de cuerda (mov - luz - son)	Fase 2 Para elección Objetos estáticos
Fase 3 Objetos elegidos estáticos	Fase 4 Objetos elegidos de cuerda (mov - luz - son)	Fase 3 Objetos elegidos de cuerda (mov - luz - son)	Fase 4 Objetos elegidos estáticos
GRUPO III		GRUPO IV	
Fase 1 Para elección Objetos estáticos y de cuerda (mov- luz - son)	Fase 2 Objetos elegidos estáticos y de cuer da (mov - luz - son)	Fase 1 Para elección Objetos estáticos de (mov - luz - son)	Fase 2 Objetos elegidos estáticos y de cuer da (mov - luz - son)
Fase 3 Objetos elegidos estáticos	Fase 4 Objetos elegidos de cuer da. (mov - luz - son)	Fase 3 Objetos elegidos de cuerda. (mov-luz-son)	Fase 4 Objetos elegidos estát. cos.

GRUPO CONTROL
(niños normales)

GRUPO I

Nombre	Sexo	Edad
IER	M	6
GML	M	15
LHG	M	7
SJM	M	7

GRUPO II

Nombre	Sexo	Edad
EAV	M	12
OCP	M	11
JACA	M	8
MNB	F	10

GRUPO III

Nombre	Sexo	Edad
GAC	M	18
ATC	M	12
ACS	M	9

GRUPO IV

Nombre	Sexo	Edad
CGL	F	10
ARH	F	12
AOU	M	14

GRUPO EXPERIMENTAL**(niños autistas)****GRUPO I**

Nombre	Sexo	Edad
SGN	M	18
RCP	M	8
EJGR	M	6
LJP	F	10

GRUPO II

Nombre	Sexo	Edad
CAFR	M	12
*CAGC	M	9
FVM	M	11
MPGH	F	11

* Niños que abandonaron el grupo de investigación por cuestiones ajenas al investigador.

GRUPO III

Nombre	Sexo	Edad
ACHT	M	12
SOG	F	7
JDGA	M	9
ORRF	M	12

GRUPO IV

Nombre	Sexo	Edad
EID	M	13
AACR	M	7
FMR	M	6
*MCR	F	15

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury A. "Aportaciones al Psicoanálisis de niños". Buenos Aires: Paidós, 1973, 210 pp.
2. Ajuriaguerra J. "Manual de Psiquiatría Infantil". Barcelona, Toray Masson, 1980, pp. 43-45, 54-55, 66-67, 70-74.
3. Alevisos y Callahan "The Behavior Observation Instrument". A. Method of Direct Observation for Program Evaluation. Journal of Applied Behavior Analysis. 1978, 11; pp. 247-257.
4. Aletheia Vol. # 1, Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social.
5. American Psychiatric Association. DSM III "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales". Masson, S. A. 1983, pp. 95-99.

6. Annastasi A. "Test Psicológicos". 3 ed. Madrid: Aguilar, 1973. 680 pp.
7. Arieti S. "Interpretación de la Esquizofrenia". Barcelona: Labor, 1975.
8. Asana # 2, Junio 1981, Buenos Aires: pp. 10-11
9. Bellak L. "Esquizofrenia". Barcelona: Herder, 1962, 1125 pp.
10. Bender L., Maslow H. "Trastornos Mentales y Emocionales". Buenos Aires: Paidós, 1965, 190 pp.
11. Bettelheim B. "La Fortaleza Vacía". Barcelona: Laia, 1981, 582 pp.
12. Bion W. R. "Volviendo a Pensar". Trad. Prof. Daniel R. Wagner. Buenos Aires: Paidós, 1972, pp. 236.
13. Bleger J. "Psicología de la Conducta". (la relación conductal). Buenos Aires: Paidós, 1981, pp. 103-112, 173-183.
14. Bleuler E. "Demencia Precoz". Buenos Aires: Hormé, 1960 pp. 386-387.
15. Bowlby J. "La separación afectiva". Buenos Aires: Paidós, 1976, 444 pp.
16. Brenner Ch. "Elementos Fundamentales del Psicoanálisis". Buenos Aires: Libros Básicos, 1968, 225 pp.

17. Brown Frederik G. "Principios de la Medición en Psicología y Educación". México: Manual Moderno, 1980, pp. 20-41.
18. Burlingham D. y Freud A. "Niños sin Familia". Trad. Ma. Bages de Brachfeld. México: Planeta, 1976, 134 pp.
19. Calvin S. Hall y Gardner L. "Las Grandes teorías de la Personalidad". Buenos Aires: Paidós, 1965, vol. 1. pp. 45-75.
20. Castro L. "Diseño Experimental sin Estadística". México: Trillas, 1975, 229 pp.
21. "Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". Salvat Editores. Barcelona. 1979, pp. 61. 765, 892.
22. Donna y Rodger Ewi "Como prepararse para amamantar a su bebé". México: Diana, 1983, 170 pp.
23. Downie N. N. "Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales". New York: Harper, 1975. 373 pp.
24. Duche, Didier-Jacques. "Breve Tratado de Psiquiatría". Buenos Aires: Paidós, 1973, 191 pp.
25. EFE Servicios Especiales. "Las Bases Orgánicas de las Enfermedades Mentales". Novedades, 6 de mayo de 1983, p. 4.

de mayo de 1983, p. 4.

26. Elwyn James. "El niño neurótico, Sociópata y Psicótico". (Causas y Tratamiento). Buenos Aires: Paidós, 1978. pp. -- 72 - 84.
27. EXCELSIOR. "Autista: El niño de mirada perdida". 29 de Noviembre de 1984. p. 14 B.
28. Henry Ey "Tratado de Psiquiatría". Barcelona: Toray-Masson, 1980. 497 pp.
29. Fairbairn R.D. "Estudio Psicoanalítico de la Personalidad". (la etapa de dependencia infantil y su psicopatología) 5 ed. Buenos Aires: Horme; Paidós, 1978. pp. 41-67.
30. Freud A. y Burlingham D. T. "La Guerra y los Niños". Trad. Celia Segura. Buenos Aires: Horme, 1974, 158 pp.
31. Freud A. "Pasado y Presente del Psicoanálisis". Trad. Andrés Martínez Corzos. México: Siglo XXI, 1974, 2a. ed. pp. 83-95.
32. Freud A. "Estudios Psicoanalíticos". Buenos Aires: Paidós, 1978. 167 pp.

33. Freud A. "Normalidad y Patología en la Niñez". Trad. Humberto Nájera. Buenos Aires: Paidós, 1978. 3a. ed. 188 pp.
34. Freud A. "Psicoanálisis del Niño". Trad. Ludovico Rosenthal. 3a. ed. Buenos Aires: Horme, 1977. 113 pp.
35. Freud S. "Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis". Obras Completas, Trad. L. López Ballesteros y de Torres. México. Iztaccihuatl, 1953, vol. XVII. 286 pp.
36. Furneaux B., Brian R. "El Niño Autista". Buenos Aires, Ateneo, 1982, 184 pp.
37. Grinberg L. "Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en las Psicosis". Buenos Aires: Paidós, 1977. 287 pp.
38. Hamblin R. L. "Los Procesos de Humanización". Barcelona: Fontanella, 1971. 344 pp.
39. Hegewiseh Islas Laura P. "Algunos Aspectos Psicológicos sobre el Autismo".
40. Jackson D. A. "Etiología de la Esquizofrenia". Buenos Aires: Amorrortu, 1974, 445 pp.

41. Jiménez H. Ma. E. y Chávez A. Ma. del C. "Autismo: Historia de un Caso". México: Tesis-UNAM. Fac. de Psicología. 1980. pp. 1-9.
42. Carl G. Jung. "El Hombre y sus Símbolos". Madrid: Aguilar, 1966, 320 pp.
43. Kanner L. Kaplan H.I. "La Psiquiatría Infantil". Buenos Aires, Paidós, 1978, 132 pp.
44. Kerlinger Fred N. "Investigación del Comportamiento". (técnicas y metodología) México: 2a. ed. Interamericana, 1979. pp. 290 -291, 337.
45. Kernberg O. "La teoría de las Relaciones Objetas y el Psicoanálisis Clínico". Buenos Aires: Paidós, 1979. 235 pp.
46. Klein Melanie "Psicoanálisis del Desarrollo Temprano". Buenos Aires: Paidós, 1974. 2a. ed. 318 pp.
47. Klein Melanie. "Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy". Buenos Aires: Paidós, 1971 3a. ed. 141 pp.
48. Klein Melanie "Nuevas Direcciones en Psicoanálisis". Buenos Aires: Horme, 2a. ed. vol. 4, 1974. Trad. Emilio Rodríguez. pp. 13 - 14, 185-220, 221-238.

49. Kolb Lawrence C. "Psiquiatría Clínica Moderna". México: Prensa Médica Mexicana, 1977. 5a. ed. 835 pp.
50. Laplace Jean. "Diccionario de Psicoanálisis". Barcelona: Labor, 1971. 557 pp.
51. León R. Norma A. "Autismo Infantil Precoz". México Tesis Maestría Fac. de Psicología UNAM. 1975. 99 pp.
52. Lezama Fuentes Martha Elia et al. "Estudio del Desarrollo Individual en los Campos Psicológico, Social y Moral". (desde el nacimiento hasta la pubertad) México: Universidad Iberoamericana. 1979. Tesis de Lic. en Psicología. pp. 1-3, 8-82.
53. Mahler M. "Simbiosis Humana". (las visceritudes de la individuación). México: J. Mortiz, 1972. pp. 24-26, 29-31, 52-89, 90-107, 95-100, 257-258.
54. Maier H.W. "Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño". Buenos Aires: Amorrortu, 1979. 358 pp.
55. Mandolini Guardo R.G. "Historia General del Psicoanálisis de Freud a Fromm". Buenos Aires: Giordina, 1977. 2a. ed. pp. 13-20, 209-210, 235-335, 318-342.

56. Millon Theodore "Psicología y Personalidad".
México: Interamericana, 1974, 438
pp.
57. Morales Ma. Luisa "Psicometría Aplicada". México:
Trillas. 1975, pp. 77, 120-121-122,
145, 151-152-153-154, 166, 194-195,
219.
58. Mussen Paul H. "Desarrollo Psicológico del Niño".
Trad. Carlos Gerhard. México:
UTEHA, 1965, 189 pp.
59. Nach S. "La Psychanalyse D' Aujourdhui".
Paría: Presses Universitaires de
France, 1956, pp. 762-763, 765-766,
769-770, 775-779.
60. Pardinás Felipe "Metodología y Técnicas de Investi-
gación en Ciencias Sociales". 11a.
ed. México: Siglo XXI, 1973. 188 pp.
61. Pick y Velasco. "Como Investigar en Ciencias Socia-
les". México: Trillas, 1980, 162 pp.
62. Polaino A. "Introducción al Estudio Científico
del Autismo Infantil". Madrid: -
Alhambra, 1982. pp. 36-44, 51-53.

63. Porot Antonie. "Diccionario de Psiquiatría: Clínica y Terapéutica". 3a. ed. Barcelona: Labor, 1977.
64. Ritvo Edward. "Autismo, Diagnosis". Current Research and Management, New York, S.P. Books of Spectrum Publications, 1976, 302 pp.
65. Rosenfeld H. A. "Estados Psicóticos". Buenos Aires: 2a. ed. Horme, 1978. 293 pp.
66. Sarason Irwin "Psicopatología Anormal". México: Trillas, 1975. 215 pp.
67. Secheyaya M. A. "La Realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica". (exposición de un nuevo método psicoterapéutico) México: Fondo de Cultura Económica, 2a. ed. 1981. 214 pp.
68. Segal Hanna. "Introducción a la Obra de Melanie Klein". trad. Hebefriedenthal. Buenos Aires: Paidós, 1975. 6a. ed. 124 pp.
69. Siegel Sydney. "Estadística no Paramétrica". México: Trillas, 1974. 346 pp.
70. Solomon P.
Patch V.D. "Manual de Psiquiatría". México: Manual Moderno, 1976. 2a. ed. 466 pp.

71. Speier Anny "Los Procesos de Simbolización en la Infancia". Buenos Aires: Proteo, 1972. 216 pp.
72. Spitz René A. "El Primer Año de Vida del Niño". (Génesis de las primeras relaciones objetales). trad. Barcelo P. y Fernández L. Madrid: Aguilar, 1961, 132 pp.
73. Spitz René A. "No y Sí". (sobre la génesis de la comunicación humana). Buenos Aires: Paidós, 5a. ed. 1978. pp. 84, 149-151, 154-160, 171-173.
74. Tinbergen E. A. and Tinbergen N. "The Aetiology of Childhood Autism". Acriticism of the Tingergens. Theory: A. Rejoinder Psychol Med. 1976. 6a. ed. pp. 545-549.
75. Tustin Frances "Autismo y Psicosis Infantiles". Buenos Aires: Paidós, 1977. 164 pp.
76. Ugalde Velasco Ma. A. "Privación Maternal". México: Tesis UNAM. Fac. de Psicología. 1976. 187 pp.
77. Weiner I.B. y Elkind D. "Desarrollo Normal y Anormal del Niño Pequeño". Buenos Aires: Paidós, 1976. 77 pp.

78. Wing Lorna "La Educación del Niño Autista".
Buenos Aires: Paidós, 1978. 176 pp.
79. Winnicott D.W. "Clínica Psicoanalítica Infantil".
Buenos Aires: Horme, 1980. 398 pp.
80. Winnicott D.W. "Realidad y Juego". Buenos Aires:
Granica, 1972. 199 pp.
81. Winnicott D.W. "La Familia y el Desarrollo del In-
dividuo". Buenos Aires: Horme, vol.
IX. 1967. pp. 15-28, 29-35, 47-51.
82. Winnicott D. W. "El Niño y el Mundo Externo". Bue-
nos Aires: Horme, vol. XIV, 1965.
pp. 147-156.