

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

405

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS CARACTERISTICAS
DE PERSONALIDAD, INTELIGENCIA Y ANSIEDAD DE
MADRES DE NIÑOS AUTISTAS Y MADRES DE NIÑOS
SORDOS.

Tesis que presentan:

Araceli Bobadilla González
Alma Rosa Mondragón Nakagawa

Para obtener el título de Licenciado en
Psicología.

Enero, 1984.



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.

75053.08

UNAM. 13

1984

ej. 2

M. - 20273

~~pl.~~ 1093a

A

Mercedes Ambrossi

Corina Cuevas

Selma González

Asunción Valenzuela

3185

Araceli y Alma Rosa

A

Mis papás,

Carlos,

Norma,

Eduardo y nuestro hijo,

Toño

Kachi

I INTRODUCCION

1. INTRODUCCION.

En el campo de la psicología infantil se ha supuesto con frecuencia que la personalidad de los padres y sus actitudes de crianza hacia el niño ejercen una influencia fundamental sobre el desarrollo del pequeño. Por ello no resulta sorprendente que los primeros intentos para comprender la naturaleza de desordenes como el autismo infantil precoz involucren la búsqueda de algún estereotipo en los padres. Así L. Kanner (1949, 1954, 1957) quien primeramente proporcionó una descripción del autismo y partiendo de la observación de once casos de niños con este padecimiento, sostuvo que los padres de estos niños mostraban en su mayoría tres características a saber: inteligencia superior al promedio, personalidad obsesiva y falta de calidez personal. Más tarde junto con Eisenberg (1957) observó que estos padres no participaban de actividades sociales y que preferían estar a solas. Esto abrió las puertas al desarrollo de un número considerable de aproximaciones sobre autismo. A continuación se citan las principales: Rank (1949), Meyers y Goldfarb (1961) y Bosch (1970) sugieren que el autismo es una respuesta del niño a las características desviadas de personalidad de los padres; Van Krevelen (1963, 1971) y Ounsted (1970) coinciden con los autores citados pero opinan que el modo de transmisión del desorden es genético. Otros autores sostienen que el autismo suele presentarse por interacción desviada entre los padres y los niños de manera tal que se piensa que el niño llega a involucrarse con la psicopatología de los padres (Szurek, 1956; Fraknoi y Rутtenberg, 1971; Tustin, 1972); que hay mucha o poca estimulación hacia el niño (Anthony, 1958; Zaslow & Breger, 1969; Ward, 1970; Tinbergen & Tinbergen, 1972); o estructuración inapropiada del ambiente del niño (Behrens y Goldfarb, 1958; Meyers y Goldfarb, 1961, Fester, 1969); o bien una deficiente estimulación materna (Clerck, 1961; Goldfarb et al., 1966). También se ha planteado que el autismo se manifiesta como una severa consecuencia a situaciones de stress, como el rechazo, separación o depresión de los padres particularmente de la madre (Despert, 1951; Bettelheim, 1967; O'Gorman, 1970; Tustin, 1972). Por otra parte hay quien asegura que en el

autismo esta presente principalmente un déficit cognoscitivo importante -- (Rutter, 1976) y también sobre otra línea existen investigadores que apoyan la noción de un defecto a nivel bioquímico (Fernández, 1980).

Estas aproximaciones han permitido el llevar a cabo investigaciones sobre diversos aspectos del autismo infantil, entre estas tenemos algunas que no han llegado a confirmar la presencia de características desviadas de personalidad en los padres ni ninguna forma conflictiva de interacción padres-hijo (Klebanoff, 1959; Creak e Ini, 1960; Pitfield y Oppenheim, 1964; Allen et al, 1971; Kolvin et al, 1971; González, 1976; Cox, 1975; Rutter 1971; Mc -- Aadoo, 1976 y otros). Pero otras como las de Schopler y Loftin (1976) observaron que las madres de niños autistas reaccionaban con mayor stress a la interacción con su hijo que las madres de niños con Síndrome de Down. Como se podrá apreciar en el apartado relacionado con las características de los padres de niños autistas toda la evidencia dada no apoya unánimemente una u otra aproximación. Sin embargo el único hallazgo consistente en la mayoría de los estudios (con excepción del de Ritvo et al., 1971) es que los padres de niños autistas provienen de niveles socioeconómicos altos y que poseen -- una inteligencia superior al promedio (Lotter, 1967; Treffert, 1970; Drotar, 1977; Rutter, 1971, González, 1976).

El estudio que ocupa esta tesis intentó encontrar alguna evidencia sobre las características de personalidad, inteligencia y ansiedad de una muestra de madres de niños autistas a través de tests psicológicos tales como, WAIS, MMPI, IDARE, tomando como grupo de referencia a una muestra de madres de niños sordos suponiendo que al controlar la variable de desventaja (problemas de comunicación en los niños) en las dos muestras podrían aislarse las características propias del grupo autista.

Las preguntas de investigación que nos planteamos contestar fueron:

1. Podríamos encontrar alguna característica de personalidad específica en el grupo autista?
2. Podríamos encontrar un nivel de inteligencia superior al promedio en el grupo autista?

3. Podríamos encontrar un nivel alto de ansiedad en el grupo autista?

Consideramos que este estudio resulta de interés ya que es un primer intento (se conocen dos tesis sobre autismo dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, pero no relacionadas con nuestro tema) por explorar un aspecto familiar dentro del autismo, en este caso, las características de personalidad, inteligencia y ansiedad en una muestra de madres de niños autistas en la población mexicana, específicamente del D. F. Sin embargo nuestros resultados no pueden generalizarse para toda la población de madres de niños autistas debido al tipo de muestreo utilizado (no probabilístico).

La primera parte de este trabajo se referirá a aspectos generales y particulares del autismo, se enfatiza sobre las investigaciones relacionadas con las características de los padres de niños autistas y sobre el impacto de los mismos en el núcleo familiar. En la segunda se contemplan también aspectos generales y particulares de la sordera, se citan solamente algunos datos sobre los padres de niños sordos y el impacto de estos sobre la familia. Con ésto quisimos proporcionar una visión más o menos general de las dos condiciones a las que se enfrentan los padres. En la tercera parte se presenta una descripción del método utilizado y finalmente se proporcionan los resultados obtenidos, los comentarios al respecto y las sugerencias.

II. AUTISMO

2.1. Aspectos históricos del autismo infantil precoz.

En la literatura relacionada con el autismo infantil precoz, podríamos su-
poner que los primeros reportes de autismo, no considerados como tales, -
se dan a partir de 1799 cuando Jean Marc Gaspard Itard escribe sobre sus
apreciaciones de un niño entre los 11 y 12 años encontrado en los bosques
de Aveyron, en Francia; este niño se encontraba muy sucio, afectado de mo-
vimientos espasmódicos y con una posición corporal muy parecida a la de -
un animal furioso. Rechazaba a todo aquel que se le acercaba y no mostra-
ba ninguna clase de afecto o de disposición a hacer algo, emitía gruñidos
y no articulaba palabra alguna.

Por otra parte John Haslam (1809), describió la conducta de un niño de -
5 años, que había sufrido una infección severa de sarampión a la edad de
un año. Este niño no permitía ningún contacto físico, tenía buena salud
física y una buena capacidad de imitación, se mantenía absorto en juegos
solitarios, negándose a participar con otras personas y mostrando cierta
satisfacción cuando veía jugar a otros niños. No caminó sino hasta los-
3 años y no habló sino hasta los 4 años. Estos dos casos en la actuali-
dad podrían considerarse como características de autismo.

La palabra autismo se deriva del griego autos, lo cual significa uno mis-
mo. Este término fue introducido por Bleuler en 1911, para denotar un -
síntoma resultante de las funciones de asociación y afectividad alteradas
en los pacientes psiquiátricos.

En junio de 1943, aparece en la revista "The Nervous Child", un artículo
escrito por Leo Kanner, intitulado "Autistic disturbances of affective -
contact", en el cual el concepto de autismo era introducido para desig-
nar un síndrome distintivo dentro de la psicosis infantil, sobre la base
del estudio de once casos. Este desorden fundamentalmente fue definido co-
mo la inhabilidad de los niños para relacionarse en la forma en que lo ha-
ce toda la gente en diversas situaciones y desde el inicio de la vida. En
este momento Kanner intentaba hacer una distinción entre el nuevo síndro-

me y la esquizofrenia infantil

Kanner se refirió a los once casos como debidos a un desorden innato del contacto afectivo. Un año después, Kanner (1944) designó a semejante condición como autismo infantil precoz. Desde que se publicó la primera apreciación de Kanner, muchos han sido los trabajos que confirman y amplían o refutan la descripción original de estos niños. A pesar de que se han realizado muchos estudios sobre el autismo infantil existe actualmente una marcada controversia sobre el diagnóstico, clasificación y etiología de este síndrome y particularmente sobre este último aspecto.

2.2. Diagnóstico.

En su primer trabajo Kanner (1943) estudiando 11 casos de niños que compartían un patrón de conducta común, el cual no había sido considerado previamente como un desorden distinto a los ya conocidos, señaló que este patrón se caracterizaba por una falla del niño desde sus primeros años de vida para establecer un contacto con las otras personas. Las características comunes que comprendían los once casos pueden resumirse como sigue:

1. Problemas de alimentación desde el inicio de la vida.
2. Ausencia de la conducta anticipatoria a ser cargado.
3. Reacción de horror hacia ruidos fuertes y objetos en movimiento.
4. Acciones y habla repetitiva.
5. Ocho de los once niños adquirieron el habla, pero presentaron ecolalia, y no usaban el habla como medio de comunicación.
6. Los que hablaban mostraban muy buena memoria.
7. Establecieron una relación cercana con objetos inanimados.
8. Parecían inteligentes.
9. Eran físicamente normales.
10. Todos provenían de familias inteligentes.
11. Autoaislamiento externo.
12. Gran deseo de preservar la uniformidad del ambiente.

Por último Kanner enfatizó que el autismo se daba en la primera infancia (0 a 4 años, aproximadamente). Investigaciones posteriores confirmaron estas observaciones (Rutter, 1974), pero se generó también una controversia sobre los límites del síndrome y sobre el criterio para ser diagnosticado. La rica descripción de Kanner fue lo que intensificó los problemas. ¿Cuáles de las muchas características que él describió debían de estar -- presentes en el autismo para que éste pudiera ser diagnosticado como tal? ¿Cuáles conductas eran específicas del autismo y cuáles eran comunes a otros desordenes?. Del groso de los estudios relacionados con el diagnóstico del autismo infantil, señalaremos a continuación los más relevantes.

En el trabajo con Eisenberg (1956), Kanner redujo la descripción del autismo a cinco características, tres generales y dos esenciales; entre las generales encontramos:

- a) Fallas para usar el lenguaje con propósitos de comunicación.
- b) Fascinación por los objetos, manipulándolos con muy buena habilidad motora fina.
- c) Buenas potencialidades cognitivas.

y las esenciales:

- 1) Extrema separación de las relaciones humanas.
- 2) Deseo ansiosamente obsesivo por mantener la uniformidad del ambiente, resultando una marcada limitación en la variedad y actividad espontánea.

Por su parte, la British Working Party, bajo la dirección de M. Creak (1961), señala las siguientes características del autismo.

- 1) Inconsciencia aparente de su identidad personal.
- 2) Resistencia a cualquier cambio en su ambiente.

- 3) Preocupación intensa por los objetos, independientemente del uso-propio de los mismos.
- 4) Experiencias perceptuales anormales, que provocan respuestas impredecibles hacia estímulos visuales o auditivos.
- 5) Miedo y ansiedad hacia objetos comunes.
- 6) Pérdida del habla o no adquisición de la misma.
- 7) Transtornos en los patrones de movilidad, presentando movimientos ritualísticos.
- 8) Sustrato general con isletas de conducta normal.
- 9) Inicio de la condición a edad temprana.

De acuerdo a este tipo de aproximación, el niño debe exhibir cuando menos cuatro de los nueve puntos arriba señalados, para ser diagnosticado como autista. Por otro lado, Rimland (1964), intentó diferenciar el autismo de la esquizofrenia infantil. En primer lugar, encontró que el autismo está presente desde el inicio de la vida, mientras que la esquizofrenia infantil es una conducta anormal, que sigue a un periodo de desarrollo normal, en segundo lugar menciona otras diferencias, a saber:

- 1) El niño autista generalmente es sano y bonito; el niño esquizofrénico generalmente tiene mala salud.
- 2) Más del 80% de niños esquizofrénicos muestran un EEG anormal, mientras que el EEG de los niños autistas tienden a ser normal.
- 3) Los niños autistas suelen mostrarse aislados a diferencia de los esquizofrénicos.
- 4) En los niños autistas se presenta siempre el deseo de mantener la uniformidad en el ambiente.

- 5) Las alucinaciones no se presentan en los niños autistas.
- 6) En los niños autistas la ejecución motora es inferior.
- 7) En los niños esquizofrénicos hay ausencia de ecolalia.
- 8) En las familias de los niños esquizofrénicos no se presentan altos niveles de educación e inteligencia.

Por otro lado Ornitz y Ritvo (1968), ofrecieron una clasificación más precisa de los síntomas autistas. Estos pueden considerarse como pertenecientes a uno de los cinco grupos o subgrupos de síntomas, y éstos son:

1. Transtornos de la percepción, incluyen una inconsciencia profunda, hiperirritabilidad, dificultades auditivas, táctiles, visuales, - gustativas, propioceptivas y aberraciones vestibulares.
2. Transtornos en la conducta asociados con la entrada y salida sensorial.
3. Transtornos en las relaciones interpersonales.
4. Transtornos del lenguaje.
5. Transtornos en el desarrollo.

Clancy (1968), por medio de técnicas estadísticas, encontró que pueden separarse el grupo de niños autistas, del grupo de niños no autistas. Esto parecería presentar una evidencia firme de que existe una diferencia y -- que por tanto, el autismo infantil precoz es una entidad clínica distinta y no meramente un combinación. En orden decreciente de frecuencia los catorce síntomas que encontró Clancy son:

1. Gran dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
2. Actuar como sordos. No presentan ninguna reacción al habla o a los sonidos.
3. Fuerte resistencia para aprender cualquier cosa.
4. Ausencia de miedo sobre peligros reales.
5. Resistencia a cambios en su rutina.
6. Preferencia a indicar sus necesidades mediante gestos. El habla puede o no estar presente.
7. Risa inmotivada.
8. No permite ser abrazado.
9. Marcada sobreactividad física.
10. No establece contacto visual.
11. Apego inusual hacia un objeto particular.
12. Frecuentemente absorto en una actividad.
13. Juego repetitivo y sin sentido.
14. Se comunica muy poco con la gente y les trata como objetos y no como personas.

Para el diagnóstico de autismo infantil, deben estar presentes, al menos - 7 de los 14 puntos del criterio, y los síntomas deben presentarse dentro de los tres primeros años de vida.

Capute y colaboradores (1968), llevaron a cabo un estudio retrospectivo sobre el criterio diagnóstico utilizado por Clancy, comparándolo con el criterio diagnóstico de Eisenberg y Kanner (1956); los hallazgos fueron los siguientes: un niño fue diagnosticado de acuerdo al criterio de Kanner, mientras que 48 de 200 niños llenaron por completo los criterios diagnósticos de Clancy.

Rendle-Short (1968), sugiere tres categorías del síndrome de autismo infantil. El primer grupo comprende a aquellos niños que exhiben el síndrome clásico de Kanner en el primer año de vida. El segundo, el de los niños que presentan conductas autistas que son secundarias a un retardo mental profundo, y el tercero, es el de los niños que clínicamente son autistas pero cuya conducta se relaciona con un trauma fisiológico.

Otro investigador, Rutter, llevó a cabo en Inglaterra, una comparación sistemática entre los síntomas exhibidos por los niños con autismo y aquellos con síntomas presentes en otros niños con diferentes desordenes psiquiátricos (Rutter, 1969; Rutter y Lockyer, 1967). La elección de los grupos comparativos se realizó sobre la siguiente base:

1. Grupos de niños con diferentes psicopatologías, debido a que la diferenciación propuesta por Kanner fue entre el autismo y otras formas de desordenes mentales.
2. Pareados de acuerdo a la edad, sexo y coeficiente intelectual, para asegurarse de que las diferencias encontradas eran específicamente del autismo y no un artefacto meramente asociado a la edad, sexo, etc.
3. Recolección de datos iguales en los dos grupos.
4. La información dada por los padres se checó mediante la observación inmediata de los niños.

5. Se consideró esencial llevar a cabo un seguimiento de los dos grupos para asegurarse de que las diferencias reflejaban características fijas y no características transitorias asociadas a la remisión clínica.

Los resultados obtenidos señalaron que había tres síntomas que podrían considerarse como universales y específicos, esto es, que estaban presentes en todos(o casi todos) los niños autistas y que eran significativamente -- más frecuentes en el grupo autista que en los grupos control (Rutter, 1965, 1966). Estos tres síntomas fueron: a) una falla general para desarrollar relaciones sociales junto con diferentes anormalidades específicas en el funcionamiento interpersonal; b) un retardo en el lenguaje con deterioros en la comprensión, ecolalia, uso inverso de pronombres; y c) un fenómeno ritualístico y compulsivo asociado con patrones de juegos repetitivos este reotipados. El seguimiento de estos niños a la adolescencia y edad adulta, confirmó que estas diferencias continuaban en el grupo autista (Rutter, Greenfield y Lockyer, 1967). Estas características, junto con el inicio del autismo antes de los 30 meses, pueden considerarse como características distintivas del síndrome.

En 1971, Kolvin señala como criterio diagnóstico del autismo infantil precoz los siguiente:

1. Iniciación del trastorno antes de los tres años de edad.
2. Un patrón de conducta de autoaislamiento.
3. Reacciones catastróficas a cambios ambientales, particularmente a aquellos de variedad topográfica.
4. Conductas rituales y compulsivas.
5. Anormalidades motoras, por ejemplo autoestimulación, movimientos estereotipados de manos y pies y cabeza.

La National Society for Autistic Children en los Estados Unidos (1975), - afirma que estas conductas varían de niño a niño y de tiempo en tiempo, - tanto en severidad como en forma.

Dicha sociedad puntualiza el siguiente criterio diagnóstico:

1. Incapacidad severa del habla o ausencia completa de la misma.
2. Inhabilidad o ausencia de relación con niños, padres y adultos.
3. Excitabilidad externa sin causa aparente.
4. Ausencia de desarrollo intelectual o retardo en algunas áreas, - acompañada algunas veces de habilidades normales o superiores en otras áreas.
5. Uso repetitivo y peculiar de juguetes y objetos de manera inapropiada y/o movimientos del cuerpo ritualísticos y repetitivos.
6. Reacción inusual a la estimulación perceptual, tales como no reaccionar a ciertos sonidos y sí a otros, contacto visual pobre, incapacidad para realizar actividades que involucren movimientos -- gruesos o finos.
7. Aparición del desorden en el nacimiento o aparente desarrollo normal con deterioro posterior a las funciones.
8. Hiperactividad o pasividad.
9. Aparente insensibilidad al dolor.

Finalmente Lorna Wing (1978) elaboró una lista checable de las características del autismo infantil tomando muy en cuenta los puntos sobre diagnóstico de autismo anotados por Kanner (tal lista se encuentra en los anexos).

Como podemos observar muchas han sido las aproximaciones diagnósticas al --
síndrome de autismo infantil, tales aproximaciones resultan complementarias
unas a otras y ninguna de ellas puede considerarse como única y básica.

2.3. Diagnóstico diferencial

En el apartado de diagnóstico se mencionó el punto de vista de algunos autores, el cual apoya la idea de considerar al autismo infantil como una entidad clínica distinta y no meramente como un punto en el continuo de la psicosis infantil. Sin embargo, se pudo observar que varios síntomas que se suelen asociar con el autismo pueden presentarse también en otro tipo de desventajas de la infancia, y hasta cierto punto en los niños "normales". Esta sección intentará mostrar como los niños diagnosticados como autistas se diferencian de estos otros grupos.

1. Niños autistas y niños normales.

Muchos de los síntomas del autismo infantil pueden observarse en los niños normales en alguna etapa de su desarrollo. En las primeras semanas de vida, el niño normal se encuentra inmerso en lo que Eason (1971) llama "etapa normal de autismo". Durante ésta el niño vive casi totalmente en un mundo propio y reacciona sobre la base de sus percepciones subjetivas. Muy pronto empieza a reaccionar hacia las cosas que le rodean, saliendo así de este período de autismo. De manera semejante, hay un momento en que los niños normales reconocen a sus padres solamente si éstos se encuentran muy cerca de ellos. Por otro lado todos los niños muestran ecolalia durante las primeras etapas del desarrollo del lenguaje. La diferencia importante entre los niños normales y los autistas es que estos fenómenos conductuales, en lugar de ser transitorios, persisten por años en el niño autista (Newton, 1977).

Wing (1969) en un estudio encontró que los niños autistas comparados con los niños normales obtienen una puntuación significativamente mayor en las pruebas de problemas en la percepción y en el control motor, así como en las que miden alteraciones en la conducta social. Sin embargo poseen un grado menor o no significativo en tareas no verbales, puntajes altos en actividades musicales, habilidad para cantar, memoria por la posición de los objetos y habilidad para encontrar el camino de regreso a lugares

que visitaron previamente. Los niños normales, por otra parte, son mejores en lectura, aritmética y actividades motoras gruesas.

Los niños normales también atraviesan, como los autistas, por el problema de orientación izquierda-derecha y anomalías en el uso del habla, sin embargo en los primeros el problema del habla desaparece hacia los 3-4 años y en los niños autistas estos problemas tienden a permanecer a través de su infancia.

2. Niños autistas y niños retardados.

Los términos retardados mentales o subnormales, se usan generalmente como descriptores y no como términos diagnósticos para alguna condición debida a causas biológicas y sociales. Esta condición se caracteriza por un C.I. entre 69 y menos para subnormales y un puntaje menor de 54 para los severamente subnormales. En estudios comparativos con niños subnormales, normales y autistas se ha encontrado que los terceros funcionan a un nivel subnormal (Newton, 1977).

A los niños que se pueden considerar como subnormales suele atribuirseles un desarrollo motor y cognitivo uniformemente retardado. Se ha asumido que la diferencia entre los niños autistas y los niños subnormales ha de hacerse bajo una base superficial. Kanner (1943) mismo enfatizó que su observación de estos niños era sobre una "fisonomía inteligente", y muchos otros autores han observado que la expresión de vacío de los niños subnormales no está presente en los autistas.

La característica más distintiva entre estas dos condiciones es el desarrollo desigual de habilidades en el niño autista, esto se evidencia en la ejecución cercana a lo normal de tareas que implican memoria, habilidades poco comunes en relaciones especiales y musicales en contraste con una ejecución subnormal en las pruebas verbales. Muchos niños autistas son bastantes ágiles y graciosos en sus movimientos en comparación con los movimientos pesados e incoordinados de los subnormales.

El estudio comparativo de Wing (1969) utilizando niños con Síndrome de Down, autistas y un grupo de niños normales como control, encontró que la ejecución de los primeros es más cercana al grupo control más que al de autistas, con dos excepciones. Primero, los de Síndrome de Down están más cerca de los autistas en los puntajes de mala pronunciación, y segundo, tienen puntajes considerablemente bajos en tareas no verbales y de interés en comparación con los niños normales o con los niños autistas. Esto se refiere al punto concerniente a la desigualdad de ejecuciones.

Las características que describen a los autistas y que presentan un número considerable de niños con síndrome de Down incluyen, ecolalia inmediata, falta de comprensión de ideas abstractas, tendencia a examinar los objetos tocándolos o probándolos, y miedo aparente a cosas inofensivas (Newton, 1977).

3. Niños autistas y niños afásicos

Muchas de las anormalidades del habla de niños autistas son similares a las de los niños afásicos. Brevemente, la afasia es un desorden del lenguaje en el que el niño no puede asociar los símbolos -- (palabras) con sus experiencias. Muchos de estos niños caen en dos categorías principales (Mycklebust, 1969) afasia expresiva y afasia receptiva. El primer tipo es el menos severo, tiene menos problemas para entender lo que se le dice, pero no puede expresar el mismo mensaje para sí mismo, a pesar de que articule bien las palabras, el afásico receptivo no puede entender el lenguaje hablado y por -- ello tiene dificultades para organizar sus experiencias cotidianas -- y es retardado para hablar. De hecho, el afásico receptivo se encuentra en desventaja en todas las áreas del lenguaje y en este aspecto es más similar al autista.

También como en el caso de los autistas, los niños afásicos receptivos son considerados como sordos en las primeras etapas de vida. -- Rutter (1968) y Wing (1966) sugieren de hecho que la afasia es una

de las desventajas básicas de los niños autistas y que los problemas conductuales son secundarios. Esto entra en contraste con la idea - de Kanner (1943) de que los problemas conductuales resultan de una - perturbación del contacto afectivo.

Los estudios de Wing (1969 y 1971) y los de Rutter et al., (1971) -- indican que no había sordera en los niños autistas, aunque muchos - de los afásicos receptivos tenían sordera periférica. En la respues - ta a sonidos, los niños autistas difieren de los afásicos receptivos en su habilidad para entender el significado de estos y que suelen - fascinarse por algunos sonidos a la localización de la fuente. Ade - más es muy probable que una buena proporción de niños autistas res - pondan a su nombre. A pesar de que los niños autistas obtienen pun - tajes de C.I. similares a los de los afásicos, en el estudio de - - Rutter (1971) mostraron gran dificultad en la comprensión con una C. I. de 48 sobre las escalas de Reynell, comparados con un C.I. de 60 de los niños afásicos receptivos. Ambos grupos obtuvieron puntajes altos en el uso anormal del habla, pero cada grupo mostró un patrón diferente el grupo autista exhibió más ecolalia, uso inverso de pro - nombres y sustitución de frases por sustantivos.

Por otra parte los niños autistas presentan anomalías en todos - los aspectos de la conducta social. Esto incluye, pobres relaciones sociales, apego a objetos y rutinas, agitación en situaciones públi - cas y ausencia de juego colectivo.

Por lo que se refiere a los niños con afasia expresiva Wing (1967) - encontró que eran menos similares a los niños autistas. Las únicas coincidencias eran su pobre comunicación y el problema de orienta - ción izquierda-derecha.

4. Niños autistas, niños sordos y niños ciegos.

A los niños autistas se les ha comparado frecuentemente con niños -

ciegos, débiles visuales, sordos, débiles auditivos y con ambas condiciones.

Keeler (1958) comparó a niños ciegos de nacimiento con autistas encontrando que ambos tendían a aislarse, presentaban ecolalia, uso inverso de pronombres y afición a la música. Exploraban mediante el olfato y el gusto; se ocupaban de ciertos sonidos y exhibían movimientos anormales.

Los movimientos complejos de las manos, características del autismo, se observaron con frecuencia en los ciegos y débiles visuales. -- Rutter (1971) sugiere que estos manierismos particulares son posiblemente indicadores de algún defecto en la percepción visual en los niños autistas. Aparte, los niños sordos, según Wing (1971) al igual que los autistas exhiben en los dos primeros años de vida -- una marcada ausencia de interés por el medio ambiente. Esto se acompaña en los dos grupos por la ausencia de respuesta al ser abrazado, ausencia de la postura anticipatoria al ser cargado y la presencia de movimientos autoestimulatorios.

Entre los dos y cinco años los niños sordos obtienen puntajes altos en todas las pruebas que detectan problemas de percepción y comprensión y se parecen particularmente a los niños autistas en las anomalías en el uso de la visión y el gesto, movimientos corporales anormales, y preferencia por el uso de los sentidos del tacto y el gusto. El niño sordo en contraste con el autista, suele tener una buena comunicación no-verbal y mantener buenas relaciones interpersonales y no suele presentar apego a objetos o rutinas (Newton, -- 1977). Además ambos grupos obtienen puntajes altos en tareas de índole no-verbal.

5. Autismo y esquizofrenia.

Por muchos años se ha considerado al autismo como una manifestación temprana de esquizofrenia y aún se le considera así por algunos autores especialmente Bender (1977) y O'Gorman (1970). Kanner (1949)

está de acuerdo acerca de que el término esquizofrenia cubre muchas entidades diagnósticas, pero no justifica el que se clasifique al autismo indiscriminadamente con la esquizofrenia o con la psicosis infantil. El punto de vista de Bender y O'Gorman es que el autismo es esencialmente la misma condición de la esquizofrenia adulta, esto se desprende principalmente de la observación de que en ambas condiciones se presenta cierta dificultad en las relaciones interpersonales. O'Gorman encuentra puntos en los que el autismo y la esquizofrenia resultan similares, a saber:

1. Pérdida de contacto con la realidad.
2. Autoaislamiento.
3. Ausencia de simpatía y calidez.
4. Problemas para hacer amigos.
5. Mala pronunciación.
6. Falla al no utilizar habilidades que presentaron en otro momento.
7. Fluctuaciones del estado de ánimo.

Newton (1977) está de acuerdo en que el niño autista presenta las características arriba apuntadas, pero lo que considera crucial es la diferencia en la calidad y cantidad de los patrones de estas características.

Utilizando la edad como base para la distinción entre el autismo y otras psicosis Kolvin (1971) considera a dos categorías de niños -- autistas, primeramente los niños con psicosis infantil (P.I.), con un inicio antes de los tres años de edad y psicosis de inicio tardío (P.I.T.) hacia los cinco y quince años de edad.

Rutter y Bartak (1971) están igualmente convencidos de que el autismo no es meramente una manifestación de la esquizofrenia, sino una entidad distinta. De acuerdo a ellos el "autismo y la esquizofrenia difieren en términos de distribución del sexo, nivel socioeconómico, historia familiar, nivel intelectual, patrones cognitivos, -- presencia de alucinaciones y curso del desorden".

Con mayor detalle las diferencias significativas son las siguientes:

- a) Sexo. El autismo es mucho más común en hombres (Rutter, 1967), -- mientras que la esquizofrenia es igualmente común en ambos sexos (Mayer-Gross, et al., 1955).
- b) Clase social. El nivel social de los esquizofrénicos es el mismo que el de la población en general (Hare, 1967), mientras que Lotter (1967) encontró que los padres de los niños autistas tienden a provenir de status socioeconómicos superiores y son de -- inteligencia también superior.
- c) Historia familiar. Rimland (1964) notó que los padres y abue-- los de niños autistas mostraban baja incidencia de enfermedad -- mental. Cuando ésta se presentaba era generalmente de orden neu-- rótico-depresivo y la esquizofrenia rara vez se presentaba en -- los padres y hermanos de niños autistas (Rutter, 1967). Esto en contraste con la relativa frecuencia de esquizofrenia en las fa-- milias de pacientes esquizofrénicos (Brown, 1967).
- d) Nivel intelectual. Rutter (1965) sugiere que la subnormalidad-- mental se encuentra frecuentemente en el niño autista y no así -- en la esquizofrenia. O'Gorman (1970) se opone a este punto de -- vista diciendo "que si los puntajes bajos obtenidos en las esca-- las de inteligencia son un signo importante de subnormalidad men-- tal, entonces, habría un número considerable de esquizofrénicos-- que caerían en esta clasificación". Newton (1977) está de acuer-- do con O'Gorman al afirmar que los esquizofrénicos no poseen un

nivel de inteligencia del todo normal, pero Kolvin (1971) encontró que su grupo de psicosis de inicio tardío (esquizofrénicos) obtuvieron puntajes de menos de 70 en las pruebas de inteligencia, comparados con puntajes de menos de 60 del grupo de psicosis infantil (autismo).

- e) Alucinaciones. Hay una ausencia definitiva de alucinaciones en el niño autista (Eisenberg, 1956; Kolvin, 1971) y en los adolescentes autistas (Rutter, 1966).
- f) El curso de la condición. Este es diferente. En el autismo el curso es más uniforme comparándolo con las marcadas remisiones y recaídas de los esquizofrénicos.

Sabemos que hay un número de conductas que no obstante, parecerían unir superficialmente al autismo y la esquizofrenia, pero -- que según Ward (1971) "mediante un análisis cualitativo desaparecerían estas similitudes". Hay tres características principales que los autistas y los esquizofrénicos tienen en común y son: - pobres relaciones espaciales, pobre contacto con la realidad y - pobre imagen corporal (Newton, 1977).

- g) Autismo y autismo sintomático. Según Eason (1971), el autismo sintomático se da en niños que tienen severos problemas perceptuales desde el nacimiento o la primera infancia. Esto incluye a los niños sordos, ciegos y subnormales, quienes se ven forzados a vivir en un mundo marcadamente diferente del de su familia y su entorno, y encuentran más fácil replegarse completamente a su mundo interior, mostrando muchas de las características propias del autismo.

Eason considera que dentro de los primeros diez años de edad -- con un tratamiento adecuado, puede erradicarse este autismo sintomático. Sin embargo, después de esta edad es más difícil distinguir a estas condiciones del niño con síndrome de Kanner.

Tomando en cuenta las consideraciones arriba mencionadas sobre las similitudes y diferencias entre los niños autistas y otros niños con desventaja, los niños autistas parecen presentar retardo intelectual y múltiples deterioros que afectan la comprensión, el uso del habla, gestos y percepción visual y auditiva. En otras clases de niños estos deterioros ocurren independientemente en cada uno y muchos de ellos se ven afectados por sólo dos o tres problemas al mismo tiempo.

Resumiendo lo anterior, consideramos esencial y fundamental que se establezca un diagnóstico diferencial certero, ya que es en base a éste como se procederá a diseñar las estrategias terapéuticas eficaces, así como un pronóstico válido.

2.4. Etiología.

La causa del autismo permanece aún desconocida y es por ello que se han desarrollado un número considerable de teorías etiológicas, las cuales pueden clasificarse en dos categorías: Aquellas que enfatizan una determinación ambiental y las que apoyan alguna forma de disfunción orgánica. A continuación citaremos las principales teorías etiológicas en cada campo.

Teorías orgánicas.

La posibilidad de una anomalía genética en el autismo fue contemplada por Kanner en 1949. Más tarde en 1955, Kanner y Eisenberg sugieren como factor etiológico del autismo a la interacción de condiciones físicas o bioquímicas innatas y la experiencia ambiental.

Rimland (1965), sugiere que hay una sobre sensibilidad genéticamente determinada al oxígeno en el momento del nacimiento; para 1973, afirma que en el autismo hay una base biológica, la cual se manifiesta en un deterioro entre las sensaciones y la memoria. Especula que la formación reticular es el sitio exacto para el origen del autismo debido a que la formación reticular puede ser el lugar de conexión de las entradas sensoriales con la parte anterior del cerebro.

Bender (1947), considera a las psicosis infantiles como una forma de encefalopatía. Por su parte Kolvin et al., 1971; Taft y Cohen, 1971; Wing, 1971, observaron en algunos casos de autismo la presencia de espasmos. La presencia de encefalitis, meningitis, esclerosis tuberosa y fenilketonuria, se ha asociado en una forma total o parcial con los patrones de conducta autista.

En 1975, Wing y Rutter (1970) reportaron que en la vida adulta un tercio de su grupo de niños autistas desarrollaban brotes epilépticos, un pequeño número de los niños del grupo de Rutter mostró un deterioro físico y cognitivo. En general, los estudios de seguimiento han mostrado que las anomalías del EEG, los brotes epilépticos y otros signos de disfunción neurológica, se incrementan conforme el niño crece. Lotter (1967), en su estudio epidemiológico encontró que cerca de un tercio de los niños que identificó

como autistas mostraban evidencia y anormalidad neurológica. Crowley - - (1971) encontró que los niños autistas presentaban cierta lesión en las - áreas de asociación del cerebro. Al igual que Crowley, Hermelin encontró ciertas anormalidades en el hemisferio dominante o en las partes del cerebro asociadas al lenguaje.

Otros autores han sugerido alteraciones en las áreas subcorticales. Gellner (1959) postuló que las lesiones relacionadas con los problemas auditivos, visuales y perceptuales que se dan en los niños autistas se originan en el cuadrigémino en los cuerpos geniculados medios laterales y en los tractos que se encargan de llevar los impulsos estereoceptivos, propioceptivos e interoceptivos y desde esos ganglios a los tractos. Gellner piensa que lesiones específicas en estas áreas pueden asociarse con patrones de desventaja específicos en el autismo. En particular piensa que el estímulo sensorial tiene significado solamente cuando se integra con impulsos interoceptivos del Sistema Autónomo. Si la lesión interrumpe completa o parcialmente la integración, se dan entonces severos problemas en la comprensión. MacCulloch y Sambrooks (1972), consideran también la posibilidad de una daño-subcortical y sugieren una lesión alrededor de la cabeza del núcleo del tracto solitarius en la parte posterior del tracto cerebral, el cual, de acuerdo a Bonvallet y Allen (1953), (quienes estudiaron los resultados del daño en esta área del cerebro del gato, es un centro bulbar inhibitorio. - MacCulloch y Sambrooks postularon que tal lesión, causada por trauma en el nacimiento, podría activar en mucho la actividad de la formación reticular ascendente, ésto puede conducir a un problema en los procesos perceptuales y en el sistema de vigilia, lo cual produciría muchas anormalidades conductuales. MacCulloch y Sambrooks también postulan que una lesión en el tronco cerebral afectaría al sistema vestibular.

Deslavriers y Carlson, creen que hay un desequilibrio entre el sistema de vigilia clásico y el sistema límbico, y el sistema de vigilia del cerebro medio, el cual está relacionado con la motivación. Hutt y - - Hutt (1964, 1965 y 1970), a partir de sus estudios de EEG, sugieren que -

el autismo infantil está asociado a un estado de sobrevigilia.

Heeley y Roberts (1965), reportaron ciertas anormalidades en el metabolismo del triptofano en los niños autistas. Boullin y cols., (1970-1971) examinaron la retención de serotonina en las plaquetas de la sangre en un grupo de niños autistas, encontrando que era defectuosa. Himwich y cols., (1972)-encontraron en la orina Bufotenina, en cinco de seis niños autistas. Goodwih et al., (1971) sugieren una disfunción neurobiológica fundamental en el autismo.

Rimland (1971) postula que los niños autistas tienen un metabolismo marcada mente anormal en relación con las vitaminas. De Meyer y cols.. (1971) examinaron la respuesta de los ácidos grasos libres a la insulina y a la estimulación de la glucosa y encontraron que significativamente tenían mayor variabilidad en los autistas comparándolos con otros niños emocionalmente perturbados o normales, sugieren que la explicación podría ser una deficiencia en los mecanismos reguladores de la retroalimentación, en un nivel neorogénico o celular. Hay algunos estudios sobre el estado neurológico de los niños autistas, por ejemplo, Hauzaer y sus colaboradores (1975), encontraron un daño masivo en el hemisferio izquierdo en quince de diez y siete niños autistas estudiados por medio de técnicas neumoencefalográficas. También encontraron pequeñas anormalidades en el hemisferio derecho; con semejante daño presente en la infancia, los autores sugieren, que, sería altamente improbable la adquisición del lenguaje o el desarrollo de estrategias de aprendizaje que se dan de forma normal en los niños sin daño neurológico.

En concordancia con estos hallazgos, Blackstock (1978) y Colby afirman que existe una falla en la mayor parte de los niños autistas para mostrar patrones normales de dominancia cerebral. La preponderancia de los niños -- que exhiben un relativo sobre desarrollo del lado derecho del cuerpo llevó a Blackstock a interpretar ésto como apoyo a otra evidencia que indica un daño o mal funcionamiento del hemisferio derecho, además supuso que hay una relación entre los problemas de estos niños con las tareas lingüísticas

y analíticas y del mal funcionamiento el hemisferio izquierdo.

Por otra parte Turner y Jennings (1961); Biesele y Schmidt (1962) encontraron en ocho niños psicóticos una trisomía del cromosoma 22. Kanner y Eisenberg (1955) estudiaron once niños diagnosticados como autistas y encontraron que tres de éstos tenían cariotipos poco comunes, en cada uno de ellos había un cromosoma cuatro más largo que el cromosoma veintiuno. Se ha asociado un cromosoma extra, una translocación entre el cromosoma veintidos (Harison et al., 1977).

Además se han observado anomalías dermatoglíficas en los niños autistas en comparación con los niños normales.

Teorías psicogénicas.

Estas teorías postulan que la etiología del autismo se debe primeramente a la forma del ambiente y principalmente a la interacción de los padres con el niño, específicamente con la madre durante la infancia. Algunos autores, entre ellos Kanner (1943) consideraron que este desorden puede ser la respuesta del niño al desapego, falta de calidez y obsesividad de los padres.

Bettelheim (1967) sugiere que los sentimientos extremadamente negativos mostrados por los padres eran tan marcados que hacían que el niño se sintiera sin esperanza alguna, de la misma forma que lo sienten los que encuentran en campos de concentración. Afirmó que la severidad de la respuesta del niño dependía del período crítico de desarrollo por el cual atravesaba y en el que experimenta situaciones extremas.

Según M. Mahler (1965) en el niño autista hay una falla para establecer una simbiosis normal con su madre, sobre este punto Reiser (1963) afirma que la causa primaria del autismo puede encontrarse en la incapacidad del niño para utilizar esta relación, si bien, lo más importante es la incapacidad de la madre para generar una relación emocional normal.

Siguiendo esta línea Wolff y Morris (1971) postulan que la frialdad de los padres de los niños autistas puede deberse precisamente al hecho de tener un hijo con desventaja. Ward (1970) propone que el autismo puede darse -- por una falta de estimulación, la cual puede deberse a una ausencia física o psicológica de la madre. Zaslów y Breger (1969) suponen que el factor básico que subyace en el autismo es la falla del niño para relacionarse con la madre.

Dos investigadores psicoanalíticos Boatman y Szurek (1960) enfatizan que la causa del autismo es la continua distorsión del desarrollo de la personalidad del niño por la ansiedad inducida de sus padres, quienes están en conflicto entre ellos y en sí mismos.

Rank (1949) basándose en el punto de vista psicoanalítico, propuso que el autismo es el resultado de una constelación familiar en la que una madre inmadura y narcisista, no es capaz de ofrecerle al hijo en sus primeras etapas de desarrollo, un ambiente con clima emocional favorable para la formación y diferenciación del yo y para establecer el principio de realidad. La personalidad fragmentada y dispersa de estos niños se considera como el resultado. Su retraimiento y alejamiento se entienden como un escape de un mundo peligroso.

Escalona (1948) sugiere que el niño autista ha fallado en reprimir la experiencia psíquica que normalmente debería de ser inconsciente.

Eisenberg y Kanner (1956) y Eisenberg (1957) formulan que el autismo resulta de un defecto innato orgánico y de un ambiente formativo característico. -- Goldfarb et al., (1956) suponen que en el autismo hay problemas de comunicación entre la madre y el niño y cierta dificultad de la madre para manejar sus impulsos agresivos y algunos factores de ansiedad severa.

Knight (1963), Rosenberg y Woolf (1964) piensan que éstos son abrumados por el afecto de sus padres enfermos.

Por otra parte y basándose en el condicionamiento operante, Fester (1961)-- conceptualizó la sintomatología del autismo como un repertorio restringido de conductas con baja frecuencia y poca complejidad. También puntualizó -- que las pocas conductas que el niño tiene, aparte de las autoestimulatorias, eran aversivas para los otros y contrarias a las que desearían las personas que lo rodean y por las cuales el niño no recibía ninguna clase de gratifi- cación. Por lo tanto, el mecanismo patogénico básico del autismo según -- Fester es: 1) una extinción a través de un no reforzamiento de muchas de las conductas sociales requeridas en cualquier interacción, ya sea con los propios padres o con otras personas y 2) el reforzamiento selectivo de con- ductas autoestimulatorias, las cuales no reciben gratificación alguna del - ambiente.

Por otro lado, O'Gorman (1970) ve al autismo como un mecanismo de defensa y al síndrome como una mera exageración del fenómeno normal de disociación -- con el ambiente.

Si bien es cierto que se está muy lejos de conocer la causa o causas básicas del autismo, se continúan realizando investigaciones cuyos resultados son - útiles para un mejor entendimiento de la naturaleza del autismo.

2.5. Descripción general.

1. Prevalencia.

El trabajo más completo sobre la ocurrencia del autismo fue el que Lotter llevó a cabo en 1966-67, en el estudio a una serie de niños entre los ocho, nueve y diez años que vivían en Middlesex, Inglaterra. Encontró que 2.1 por 10,000 niños exhibían completamente el síndrome de autismo y que el 2.4 por 10,000 presentaban muchas de las características del autismo, resultando una ocurrencia total de 4.5 por 10,000. Esta investigación mostró que hay alrededor de --- 3,000 niños autistas en Inglaterra y en Gales. Un estudio similar realizado en Dinamarca reportó más o menos la misma ocurrencia, lo que parece sugerir que en las ciudades donde la mortalidad infantil es baja y donde los niños con desventaja logran sobrevivir a lo -- largo de los primeros años de vida, se puede esperar la misma predo minancia.

En un reporte no muy reciente, la National Society for Autistic - - Children (Inglaterra), afirmó que el número de niños autistas en - Gran Bretaña era de cerca de 6,000. Hasta donde sabemos en México no ha habido un algún estudio censal sobre este padecimiento.

2. Orden del nacimiento.

Considerando en forma total los datos de Pitfield y Oppenheim (1964), de la N.S.A.C. y de Lotter (1967), podríamos suponer que el primogé nito de dos hermanos tiene un riesgo mucho mayor de ser autista. - En familias compuestas de cuatro hermanos, la probabilidad de que - alguno de ellos llegue a ser autista es más grande por lo que respec ta a la segunda mitad de los hermanos. Sin embargo, en ninguno de los tres estudios hubo familias con más de seis hermanos.

3. Sexo.

En los estudios de Kanner, la proporción de niños-niñas fue de 4:1. Creak e Ini. (1960) encontraron una proporción comparable de 3.6:1 en una serie de 121 niños y Anell (1963) de 4.5:1 en 115 casos. - En el estudio de Lotter las proporciones fueron de 3:1, en el grupo que exhibía todos los síntomas de autismo y de 2.8:1, en el grupo que presentaba de niveles característicos de autismo alguna otra patología. Estas proporciones resultan esencialmente altas comparándolas con otras condiciones, exceptuando los problemas específicos del lenguaje tales como la afasia, en la cual Ingram y Reid (1956) encontraron una alta proporción de 5:1.

4. Embarazo y nacimiento.

De acuerdo a Kanner (1954) y Kanner y Lesser (1958) no hay evidencia de un alto predominio de anomalías del embarazo o del nacimiento en los casos de niños autistas. Sin embargo, Keeler (1957), reportó que muchas madres de los casos que él había estudiado experimentaron sangrado en los tres primeros meses de embarazo, mientras que otras habían tenido abortos y nacimientos de niños muertos.

Shain y Yannet (1960) encontraron que el embarazo, la historia del nacimiento y el curso neonatal no presentaban ninguna experiencia significativa. En 1963, en el análisis de diez casos, Van Krevelen encontró que una de las madres estudiadas había tenido abortos en el primer trimestre y otra había tenido rubeóla en el 5° mes.

Reportes de complicaciones perinatales incluyendo el de Taft y Goldfarb (1964), encontraron que en su grupo de estudio había problemas perinatales comparados con un grupo de niños normales. Lotter (1967) también observó una tendencia similar.

Gittelman y Birch (1962) citados por Kolvin (1971) y el propio estudio de Kolvin con un grupo de niños autistas, encontraron un 37% de

incidencia de complicaciones del embarazo y del nacimiento, en comparación a un 12% en el grupo de niños con psicosis de comienzo tardío.

Por lo que se refiere a la prematurez, Kanner (1949) encontró que - de sus primeros 100 casos, 12 habían sido prematuros. Keeler (1957), también encontró una tendencia similar en la incidencia de nacimientos prematuros entre los niños autistas y observó una ausencia de movimientos del feto antes del nacimiento.

2.6. Pronóstico.

Hay un número considerable de estudios sobre el curso del desarrollo de la condición autista cuyos hallazgos son marcadamente similares (Eisenberg, 1956; Kanner, 1971; Creak, 1963; Lotter, 1974, 1978; Rutter, et. al., 1967; Rutter, 1970); aproximadamente dos tercios de los niños autistas permanecen severamente en desventaja, un sexto logra obtener un empleo bien pagado y otro -- sexto desarrolla un regular ajuste social. Cerca de la mitad no desarrolla el habla y muchos de los que desarrollan este aspecto muestran una persistente dificultad en el lenguaje. Las relaciones sociales suelen mejorar en muchos niños y una apreciable minoría muestra cierto interés, involucrándose con la gente de manera amistosa. Aún así son muy raras las personas autistas que logran hacer buenos amigos. Al parecer un mejor ajuste social, parece seguir al desarrollo de la conciencia de sí mismo. Las conductas rituales y compulsivas siguen un curso muy variado pero tienden a ser más marcadas durante la mitad de la infancia y disminuir en la adolescencia (Newton, 1976).

El estudio de seguimiento de niños autistas llevado a cabo por Rutter et al., 1967; Rutter, 1970 también muestra que cerca de un cuarto de los niños autistas desarrollan brotes epilépticos durante la adolescencia. En muchos casos no se registró ningún componente orgánico durante la infancia, así mismo se han observado lesiones cerebrales más frecuentemente en los niños autistas retardados mentales y en este mismo estudio se encontró que sólo tres indicadores obtenidos durante la observación de los niños en su infancia, estaban relacionados significativamente con el status social en la adolescencia y la edad adulta. Estos eran: el C.I. inicial, el grado de desórdenes del lenguaje y el cuadro general de sus síntomas (el cual reflejaba el grado de severidad del desorden).

Sin embargo, aparte del lenguaje, ningún síntoma permite predecir la recuperación.

Según el estudio de Djalma Vieira E Silva (1979), se encontró que cuando llegan a la edad de 21 a 25 años, el 5% de las personas con autismo infantil se recuperan completamente, otro 12% alcanza una recuperación social en la que pueden vivir independientemente y emplearse. Sin embargo, siguen presentando algunos signos de autismo en la formación de relaciones íntimas.

Aproximadamente un 12% de los niños autistas se llegan a recuperar parcialmente de tal forma que pueden vivir con sus padres o parientes, más sin conseguir empleo ni vivir independientemente. Así, más o menos un 17% de niños con autismo infantil eventualmente se recuperan totalmente, u obtienen una mejoría.

Aproximadamente un 70% de los niños con autismo infantil no mejora, como adultos conservan características autistas, no participan de actividades interpersonales, hablan poco o son completamente mudos y pasan sus horas en inmovilidad o en actividades repetitivas. Rara vez tienen alucinaciones o delirios. Atienden sus necesidades de higiene corporal y una gran mayoría de los casos no crean problemas en las casas de las personas con quienes viven.

Diversos factores tienen significado pronóstico en los niños autistas; cuando el niño a la edad de cinco años no habla el pronóstico es malo, pero si el niño presenta aún una evolución continua en su lenguaje y supera sus dificultades con los pronombres, y otras palabras tienen un mejor pronóstico. El rango en el que se da una mejoría sobresaliente esta entre los 8 y 16 años.

Rees y Taylor (1975) también investigaron los factores relacionados con el pronóstico del autismo. Evaluaron a 50 niños diagnosticados como autistas que habían ingresado a los centros de tratamiento entre 1950-1958 y cuyas edades oscilaban entre los 18 meses y 5 años. El criterio para una recuperación exitosa fue tanto académico como de realización ocupacional. Este

criterio asumía que la maduración social y emocional que se produce con el incremento de la edad asegura una recuperación subsecuente (Lotter, 1974). Los factores que se asociaban al mal pronóstico estaban relacionados con: - la edad de la madre (generalmente madura) (Rutter, 1978) al momento del nacimiento del niño, el pobre desarrollo motor y del lenguaje, poca actividad, una tolerancia pasiva o una resistencia excesiva al contacto físico con los padres, la ausencia de conducta imitativa y la presencia de conductas auto destructivas. La variable más significativa, presente en estudios anteriores (Havelkova, 1968; Bettelheim, 1967; Eisenberg, 1956) fue el C.I. El -- 85% de los niños con desempeño más o menos exitoso en las pruebas obtuvo - un C.I. de 50 o menos, el cual había sido considerado como no probado en -- las aplicaciones iniciales.

Campbell et. al., (1977) estudiaron a 10 niños seleccionados de una pobla-- ción de 50 niños autistas de 2.2 a 5.8 años. El estudio reportó que el pro-- nóstico debía ser muy cauteloso.

De Meyer et. al., (1973) señalan que el mejor predictor de la realización o ejecución conductal posterior del niño es la evaluación del niño al momento de su admisión en la clínica. Le seguían en importancia la severidad del - desorden y el C.I. de ejecución. Los porcentajes de la prognósis hallados- en este estudio fueron de: 1-2% recuperación normal, 5-1% recuperación fron-- teriza, 16-25% recuperación media y 60-75% mala recuperación.

Piggott y Senison (1975) afirman que los resultados, en lo que a prognósis- se refiere dependen del diagnóstico hecho. De los 33 niños que estudiaron- y que habían sido diagnosticados como autistas entre 1956-1963 y que fueron reevaluados en 1971-1973 con la guía de DeMeyer-Churchill, solamente un ter-- cio del grupo original reunía el criterio de autismo infantil. Knoblock y Passamanick (1975) evaluaron a 1,900 niños autistas que acudían al servicio de Higiene Mental y encontraron un 3.4% de incidencia de síntomas completos de autismo. Todos tenían alguna enfermedad orgánica cerebral, 75% de ellos exhibían varios grados de deficiencia mental. Un estudio de cinco años de seguimiento encontró que ninguno de los niños había sido directa-- do de sus síntomas de autismo. El 75% llegó a establecer respuestas socia-

les apropiadas y el grado de deficiencia mental era mayor.

El estudio retrospectivo de Harper y Williams (1975) señala como variables críticas la edad, el C.I. y los contactos físicos y sociales del niño hacia las otras personas, además apunta como importante el estudio del desarrollo del niño como un intento para establecer el pronóstico. Aunque ni la edad ni la forma de inicio definen a los subgrupos dentro del síndrome, estas medidas tienen valor pronóstico en relación al desarrollo del lenguaje y al C.I.

En el estudio de Maudsley (Rutter, 1967) se observó que la agresión que infringían los niños autistas sobre sí mismo tendía a disminuir con la edad, - aunque en muchos pacientes se incrementaba durante la pubertad y era más severa en los primeros años de la adolescencia, sin embargo, como con muchos otros síntomas que empeoraban después de la pubertad, se lograba una mejora al final de la adolescencia. En este mismo estudio, se observó que ningún niño autista mostraba algún interés heterosexual ni ningún problema sexual. Algunos de los más grandes mostraron cierto interés por el sexo opuesto. Otros niños solían mostrar masturbación a sí mismos y hacia otros, pero esta conducta tendía a desaparecer con la adolescencia.

Una de las mayores desventajas del niño autista, aún en la adolescencia y - en la edad adulta es la ausencia o dificultad del habla.

En el estudio de Rutter (1967) cerca de la mitad de su grupo autista no mostró ningún cambio en el habla, siete de estos niños mostraron algún deterioro, pero en tres de ellos esto se debía a brotes epilépticos en la adolescencia. En contraste algunos niños originalmente sin habla desarrollaron ésta durante el período del experimento. Esto no se dió en el estudio de Eisenberg quien estableció que el pronóstico era malo para los niños que no tenían habla satisfactoria a los cinco años. En el estudio de Rutter y cols. (1967), al menos siete de ellos desarrollaron el habla, uno a los cinco años y medio, uno a los seis, uno a los siete, dos a los ocho y dos a los once.

Rutter y Cols., encontraron que los patrones en el desarrollo del habla mejoraban considerablemente en los niños que recibían educación especial, la respuesta a los sonidos era lo que se incrementaba primeramente, seguida por una mayor comprensión de las instrucciones y del habla de las otras personas. Generalmente, el habla mejora gradualmente, pero un pequeño número de casos parece desarrollarse a grandes pasos. Aún en la adolescencia el habla tiende a ser ecológica acompañada por uso inverso de los pronombres. Cerca de las 2/5 partes de los niños que desarrollan el habla experimentan problemas con la articulación. Además suelen presentarse en el habla de estos niños preguntas obsesivas.

Los últimos hallazgos sugieren fuertemente la importancia del déficit cognositivo básico en el desarrollo de los niños autistas y posiblemente este déficit también tiene que ver en la génesis del síndrome autista en sí mismo.

El conocimiento del curso de cualquier desorden, es importante para el entendimiento de su naturaleza y el planeamiento de servicios. En el caso del autismo infantil el estudio del pronóstico nos ayuda a diferenciarlo de otros desordenes, como la esquizofrenia y a planear los cursos de tratamiento, educación y eventualmente la permanencia en Instituciones de los niños autistas que crecen hasta la adolescencia y eventualmente a la edad adulta.

2.7. Inteligencia.

En su primera descripción del autismo infantil. Kanner (1943) anotó tres características que le parecieron notables en los niños autistas, a saber: buena memoria, expresión facial seria y ausente y una ausencia de estigma físico. Concluyó que estos niños poseen inteligencia normal y que su mal desempeño en las pruebas de C.I. era una consecuencia secundaria de sus desventajas sociales.

Entre los estudios que han intentado examinar esta hipótesis se encuentra el de Rutter y Lockyer (1967), su primera observación fue que los niños autistas quienes presentaban características sociales y conductuales similares diferían ampliamente en su desempeño intelectual, con scores de C.I. extendiéndose desde los más bajos a los superiores.

También se trato de determinar si los scores de C.I. de los niños autistas tenían algunas de las propiedades que mostraban otros niños. Los hallazgos fueron positivos. Al igual que otros autores (Gittelman y Birch, 1967; De Meyer et. al., 1974), Rutter observó una estabilidad considerable de los scores de C.I. a través de la infancia media y la adelescencia (Lockyer & Rutter, 1969). Además estos resultados son similares a los obtenidos en relación a la estabilidad de los scores de C.I. de los niños normales y retardados sin autismo. Aún más importante es el hecho de que al igual que en otros niños los scores de C.I. parecen ser predictores confiables de los logos educativos posteriores.

Una serie de estudios neurológicos y C.I. realizados en niños autistas revelan que la falla en la ejecución de los niños autistas en las pruebas de inteligencia apropiadas a su edad estaba relacionada a la dificultad de la tarea. Estos niños pudieron resolver los items para infantes y mostraron una alta exactitud en el test-retest. El estudio de DeMyer et. al., (1974) de 155 niños autistas, cuya media de edad era de 65 meses, encontró una incidencia contundente (94%) de C.I. 5 abajo de 68 y 75% abajo de 51, mientras que los --

C.I. verbales fueron los más severamente bajos, la media fue de 35. La media de C.I. de ejecución estaba también baja, 54. En contraste, un grupo control de 87 niños retardados no psicóticos, con una edad media de 60 meses obtuvieron un C.I. significativamente mayor con una media de 56 en las pruebas verbales y de 70 en las pruebas de ejecución.

Además de valor predictivo de los scores del C.I., se ha encontrado que la evaluación inicial del C.I. predice que tan bien se desarrollara el niño autista en la escuela a partir de los 6 años y también se ha relacionado a esta evaluación con la severidad de los síntomas y a la respuesta al tratamiento, es decir mientras más alto es el C.I. menos severos serán los problemas sociales y las anomalías en el habla. Los niños autistas que se han sometido a tratamiento con un C.I. cercano a 50 muestran su mayor incremento en el C.I. a través del entrenamiento que aquellos niños cuyo C.I. inicial era de 40% (DeMeyer et. al., 1974).

Algunos otros estudios han arrojado los siguientes datos sobre el C.I. de los niños autistas:

1. Comparando grupos de niños retardados y grupos de niños autistas con C.I. igual y similar estado neurológico, se encontró que los niños autistas obtienen puntuaciones menores en los ítems que involucren la abstracción verbal y puntuaciones más altas en ítems que requieren de la memoria verbal de la repetición de dígitos así como de la repetición de palabras. También obtienen puntuaciones bajas en ítems visomotores y de imitación.
2. Los niños autistas obtienen puntuaciones altas en tareas de ensamblaje y de clasificación de objetos.

Resumiendo, puede afirmarse que una alta proporción de niños autistas a los que se les ha sometido a pruebas de inteligencia resulten mediana, moderada o severamente retardados y una pequeña proporción obtiene puntuaciones normales o superiores al promedio.

2.8. Lenguaje.

Aunque no se ha dicho nada extraordinario acerca de la actividad cognitiva de los niños autistas, el estudio de Rutter, 1966; Lockyer & Rutter 1970, - encontró que estos niños exhiben una marcada variabilidad, es decir, muestran habilidades superiores en algunas tareas y gruesos déficits en otras. Característicamente, los déficits involucran al lenguaje, y a tareas de secuencia y abstracción.

La primera pregunta que se han planteado algunos investigadores es, si realmente hay una incapacidad o inhabilidad en el campo del lenguaje, como medio de comunicación, y como distintivo del autismo, si hay algún problema - en lo que se refiere al uso emocional o social del lenguaje. En relación a lo anterior encontramos cierta evidencia (Rutter, 1978). Primeramente, está bien establecido por muchos estudios (Shapiro, Roberts & Fresh, 1970; -- Shapiro, Fresh & Ginsberg, 1972, 197 ; Cunningham & Dixon, 1961; Rutter, -- 1966) que cuando se desarrolla el lenguaje en el niño autista, éste tiende a ser anormal en muchos aspectos. La ecolalia y el uso inverso de los pronombres (tú y yo) pueden considerarse como características distintivas, también, se presenta un marcado defecto en la comprensión del lenguaje, así como, un uso frecuente de neologismos y metáforas. Esto es un tanto diferente del mutismo selectivo en el que el niño no habla supuestamente debido a - un trastorno emocional o cuyo retraso en el hablar se debe a una falla de - estimulación adecuada o de experiencias apropiadas en su infancia temprana (Rutter, 1972, 1977). Se ha sugerido que el niño autista ecolálico evita - el uso de "yo" como parte de un mecanismo de defensa psicótico (Bettelheim, 1977). Sin embargo, el estudio de Rutter, 1977, puntualiza que la ausencia del uso "yo" puede ser simplemente una consecuencia del hecho de que son, las últimas partes de la oración las que hacen eco y "yo" raramente se presenta al final de una oración (Bartak & Rutter, 1974). Otra parte de la evidencia proviene del patrón de los puntajes de C.I. de los niños autistas - (Lockyer & Rutter, 1970). En referencia a lo anterior se encontró que aún en las pruebas en los que no era necesario el uso del habla, los niños au-tistas puntuaban muy bajo cuando se les pedía alguna realización verbal o de secuencia. Este patrón fue más frecuente en aquellos niños con desempe-

ño pobre en el lenguaje hablado. La implicación que se desprende de esto es que el problema en el autismo no es la ausencia del habla como tal, sino el de un serio déficit en las tareas cognitivas que involucran la secuencia, la abstracción y otras funciones relacionadas con el lenguaje. Asimismo, la evidencia hallada a través de estudios experimentales conducidos por Hermelin, O'Connor y colaboradores (1970) muestra que los niños autistas sí hacen un uso relativamente pequeño de el "significado" en su memoria y en los procesos de pensamiento. Todos estos datos indican que la falla de los niños autistas para usar el habla adecuadamente no es un problema motivacional (contrariamente a lo que afirma Park, 1980). Sino que el habla y los problemas de lenguaje involucran una incapacidad o ausencia de habilidades básicas.

El problema que se planteó posteriormente fue el de definir mejor la naturaleza de los problemas del lenguaje de los niños autistas. Rutter enfrentó este problema llevando a cabo una comparación sistemática entre el lenguaje y las características cognitivas de los niños autistas con las de los niños con problema de afasia receptiva -condición que parece similar a la del autismo en términos del desorden del lenguaje- (Churchill, 1972; Pronovost et al., 1966; Rutter, 1966, 1968; Wing, 1969). De acuerdo a esto Rutter et al., realizaron una investigación detallada de todos los niños que habían mostrado serios desordenes en el lenguaje receptivo desde la infancia. Restringieron su muestra a niños de inteligencia no-verbal normal para enfocar los problemas de lenguaje específicos. El grupo se dividió de acuerdo a un criterio conductal en : niños con el síndrome de autismo, niños sin problemas en el desarrollo del lenguaje y un grupo de niños tanto autistas como sin problema de lenguaje. El lenguaje y la cognición de los niños se evaluó por medio de los reportes de los padres, tests psicométricos y un análisis detallado de las grabaciones audiovisuales de los niños en su propia casa (Cantwell et al., 1977). El primer hallazgo fué que había un gran grupo de niños con un severo déficit en la comprensión del lenguaje y no todos eran autistas. De manera que un severo deterioro en el lenguaje hablado no puede constituir una base suficiente para el desarrollo del autismo. En segundo, la diferencia crucial entre los dos grupos no radicó en la articulación

ni en la aptitud gramatical. Los errores en la articulación fueron más frecuentes en los niños disfásicos (Boucher, 1976), además, los grupos no difirieron en ninguna de las evaluaciones de sintaxis y de gramática. Por otro lado, el déficit del lenguaje en los niños autistas fue más severo y más extenso. El déficit en la comprensión del lenguaje hablado fue mayor y mucho más niños autistas mostraron un serio deterioro en el empleo de los gestos y en el uso del lenguaje escrito.

Las diferencias más grandes radicarón en el uso funcional del lenguaje. Las anomalías en el lenguaje hablado incluían: uso inverso de pronombres, ecolalia tardía, pronunciación estereotipada y lenguaje metafórico. Todas estas fueron más frecuentes en los niños autistas. Además, los niños autistas mostraron menor espontaneidad en el uso del lenguaje hablado, un uso menor del tal habla con propósito de comunicación social, y menor juego imaginativo. De todo esto podemos concluir que, considerando que el niño autista sufre de un severo deterioro en el lenguaje, difiere principalmente de otros niños con problema de lenguaje en términos del hecho de que su lenguaje es más anormal y más retardado.

El estudio de Rutter (1972) también examinó el desempeño cognitivo en los dos grupos. Se les pareó de acuerdo a sus habilidades no verbales, pero difirían marcadamente en su patrones de habilidades y en el grueso déficit en las habilidades verbales de el grupo autista. Los resultados fueron: el grupo de niños disfásicos se desempeñó mejor en las tareas que no involucraban el lenguaje hablado aún cuando se requería la secuencia y la abstracción. Esto no sucedió con los autistas. Ellos mostraron marcados déficits en muchas tareas las cuales requerían nada más que habilidades viso-espaciales y memoria a corto plazo. Está claro entonces, que el autismo involucra un amplio déficit cognitivo, el cual implica muchos más problemas que las dificultades presentadas en el lenguaje hablado.

Este mismo estudio trató de hallar qué relaciones se presentaban entre las anomalías del lenguaje, el déficit cognitivo y los problemas conductuales sociales de los niños autistas. A través de un análisis de funciones descri

minativas encontró que había un pequeño "traslapamiento" entre el grupo de autistas y de disfásicos es decir, que comparten y, que el lenguaje funcional así como las características cognitivas diferenciaban a los grupos, también como con respecto a la medida de conducta social.

Por lo anterior, se asumió que el autismo era un desorden más cognitivo y de lenguaje que un síndrome social y conductual. Además, aún dentro del grupo autista, los niños a los que se les consideraba como más autistas en relación al uso funcional del lenguaje, tendían a ser igualmente autistas en sus anormalidades conductuales y sociales. La conclusión a la que se llegó en este estudio fue que el déficit cognitivo asociado a una amplia variedad de problemas en el lenguaje constituye la característica central del autismo. Sin embargo, la naturaleza precisa de la relación entre el déficit cognitivo y las anormalidades sociales y conductuales no pueden ser determinadas aún. En relación a esto, hay autores que se plantean como primera cuestión el sí es necesario determinar hasta que punto las dificultades sociales del niño autista son parte del déficit cognitivo -podría ser que hubiera deterioros importantes en la percepción de los contactos sociales del niño y en su habilidad para reconocer las emociones en las expresiones faciales-. La otra cuestión es que es posible que al menos algunos de los problemas conductuales sean respuestas secundarias al déficit cognitivo. Por otra parte, Churchill (1971) encontró que la evitación social de los niños autistas se incrementa cuando se les expone a tareas que conducen al fracaso, pero se decrementa cuando la tarea resulta exitosa. Igualmente, Koegel y Covert (1972) descubrieron que cuando se les enseñaba a los niños autistas a mejorar sus habilidades cognitivas, la cantidad y frecuencia de autoestimulación disminuía. También se ha explorado la posibilidad de que en algunos niños autistas su conducta anormal sea una respuesta a una falla cognitiva o a una falta de entendimiento. Sin embargo, es igualmente importante identificar las formas en las cuales el contacto social y las relaciones interpersonales influyen en la conducta autista.

2.9. Memoria.

En lo que se refiere a la memoria a corto plazo, el niño autista no logra extender la generalidad o las reglas de combinación de materiales visuales y verbales que se le presentan (Hermelin and Frith, 1971). Cuando se les pide recordar oraciones con significado o listas de palabras comunes, muchos niños autistas recuerdan solamente las últimas palabras. A diferencia de los niños normales o de los retardados que de las oraciones no recuerdan más que las secuencias más simples. Si se le da a un niño normal una secuencia ya sea verbal o visual de colores como : rojo, rojo, azul, azul, rojo, rojo, azul, azul, extraerá el orden que la subordina y podrá usar semejante regla (rr.aa) para recordar secuencias más grandes. En contraste, el niño autista suele desempeñarse bien en las secuencias visuales gobernadas por una sola regla que por aquellas complejas y fortuitas. Se da sin embargo, una fuerte incongruencia en la conducta del niño autista cuando se le pide que genere su propia secuencia de sonidos o colores. No producen secuencias casuales y en su lugar imponen un orden estricto a sus patrones. De acuerdo con su apreciación musical, estos patrones son más complejos y menos repetitivos para los tonos que para los colores. Por tanto, imponen orden y regularidad sobre las secuencias de conducta que ellos mismos producen, pero no pueden extraer el orden de las secuencias visuales o habladas a las que se les expone (Frith, 1970).

Estudios posteriores sugieren que los niños autistas presentan mayores problemas con las secuencias ordenadas temporalmente que con las ordenadas espacialmente (Hermeliey y O'Connor, 1973, 1975). Es mucho más factible que encuentren una regularidad espacial (tal como izquierda a derecha) que una regularidad temporal en la presentación de estímulos visuales. Dándole importancia a la secuenciación temporal en la producción y comprensión del habla así, resulta comprensible su dificultad para la adquisición del lenguaje oral. Estos hallazgos sugieren que quizá se desempeñarían mejor con un lenguaje presentado visualmente en el que el ordenamiento sintáctico sea espacial. Asimismo, el niño autista suele repetir poemas de gran extensión, piezas musicales y generalmente poseen una habilidad característica-

para armar rompecabezas, sin tener el modelo presente y llevando a cabo la ejecución con extrema rapidez (Wing, 1975).

2.10. Codificación y modalidades sensoriales en el autismo.

En este apartado consideramos la codificación de los estímulos sensoriales por el niño autista, que se encuentra afectado, por una parte, por la modalidad sensorial y por otra, por la configuración del estímulo independiente de la modalidad. Diferentes canales sensoriales pueden tener cierta facilidad para tratar con cierta clase de información. Pero aunque se presenten en la misma modalidad, estímulos diferentes pueden poseer estructuras subyacentes diferentes, las cuales pueden conducir a una codificación independiente.

Alguna evidencia, tiende a no apoyar la frecuente argumentación acerca de que el niño autista, específicamente, tiene un deterioro en el procesamiento de información de algunos canales sensoriales, tales como el auditivo, mientras que se desenvuelven muy bien con la información táctil (Hermerling, 1967). También parecen tener dificultades específicas en el reconocimiento de redundancias y reglas de secuenciación de estímulos, sin tomar en cuenta su modalidad. Por otra parte en contraste con las de estructuras de secuencia temporal, los niños autistas poseen cierta habilidad con las organizaciones espaciales y con aquella información referente a posiciones fijas de los objetos en el espacio. Esto es sin importar el que las claves espaciales sean provistas a través de la visión o a través del sentido kinestésico. Ciertos hallazgos muestran que la interrelación de la modalidad sensorial del estímulo y el deterioro del lenguaje, ya sea causado por el mismo autismo o por la hipoacusia, parece predisponer al niño a extraer estructuras espaciales, más que temporales de los items ordenados ambiguamente. Esto indica una asociación entre los deterioros de los canales auditivo y verbal y las dificultades con la extracción de patrones con secuencia temporal de los estímulos presentados.

Conforme a Hermeling (1964), parecería posible afirmar que el procesamiento de la información secuencial depende particularmente del uso eficiente de las redundancias y de la reducción apropiada de la información. Puede ser el deterioro de estos procesos lo que subyace a la patología cognitiva del autismo.

Percepción y procesamiento de la información.

Durante la década pasada, un buen número de trabajos experimentales han confirmado las peculiaridades que se presentan en la atención, percepción y procesamiento de información de varias modalidades de estímulos en los niños autistas.

Lovaas y sus colaboradores (1971, 1972, 1973, 1974) mostraron que cuando se le presenta un estímulo multimodal al niño autista éste tiende a enfocarse sobre sólo una característica o modalidad dentro del estímulo complejo. -- Koegel y Wilhelm (1973), Reynolds y colaboradores (1974) y Schreibman y -- Lovaas (1973) también observaron este fenómeno cuando se emplean múltiples claves dentro de una sola modalidad de estímulo, todo esto en tareas de condicionamiento operante. Esta característica de sobreselectividad de la -- atención, o del procesamiento o retención de la información, se observó en muchos de los niños autistas estudiados, a pesar de que diferentes niños exhibían diversas modalidades o preferencias de las características del estímulo.

Estos hallazgos han generado estudios experimentales sobre situaciones de -- solución de problemas, programas de entrenamiento del lenguaje, etc. Sobre esta línea Hermeling y O'Connor (1964, 1965, 1970) observaron que sobre las habilidades imitativas y de solución de problemas de los niños autistas, éstos exhiben una pobre ejecución sobre las tareas en las que se requerían -- respuestas vocales. La mayoría de los niños autistas de estos estudios, se situaron en niveles subnormales en las situaciones de solución de problemas que involucran un amplio rango de claves sensoriales y de requerimientos de respuesta.

Sin embargo, su mejor ejecución se dió en aquellas tareas en las que se utilizó una retroalimentación táctil y kinestésica. Estos mismos autores -- (1970) reportaron un número de experimentos en los que se demostraba, particularmente, cierta dificultad en la discriminación auditiva en la comprensión del habla.

Tubbs (1966) reportó deficiencias en la decodificación de estímulos auditivos mientras que la decodificación visual y de expresión manual se encontraban dentro de los niveles normales; la réplica del reporte de Tubbs por - - Prior, en 1977, con subgrupos de alto y bajo funcionamiento, indicó que los niños con bajo funcionamiento tenían mayores dificultades con los estímulos visuales, tanto como con los modelos manuales. Por tanto es posible afirmar que la adquisición de habilidades gestuales no es una tarea fácil para el niño autista. Así, en comparación con la adquisición del habla, el entrenamiento del lenguaje le permite al niño hacer uso de sus relativas habilidades intactas, como son: el uso de claves táctiles y kinestésicas. De acuerdo a Bonvillian y Nelson (1978) aunque el progreso sea lento los niños autistas con bajo funcionamiento y no verbales, tendrán más facilidad para aprender un lenguaje de signos que adquirir el habla.

2.11. Características de padres de niños autistas.

Se ha examinado desde diversos puntos de vista la posible relación entre las características de personalidad de los padres y el autismo infantil. Cuando a través de investigaciones se ha demostrado la existencia de psicopatología en los padres de niños autistas, la interpretación de estos hallazgos es que el autismo en el niño es el resultado de las características desviadas de personalidad de los padres. Dentro de esta aproximación encontramos diferentes hipótesis. Una versión es que los padres patológicos han creado el autismo en un niño biológicamente normal como consecuencia de su frialdad, alejamiento, psicosis, etc. Goldfarb (1961) afirma que esta conceptualización es apropiada solamente para un subgrupo de niños autistas. En el otro subgrupo, el agente etiológico pareciera ser algún tipo de desventaja neurológica. Otra hipótesis que plantea la interacción de factores biológicos-características de los padres, establece que los padres patológicos exacerbaban las anomalías psicológicas de niños con vulnerabilidad biológica. Sobre esto se sostiene que los padres no proveen de apoyo adecuado a su hijo con desventaja debido a sus prácticas de crianza inadecuadas. Así, las características de personalidad encontradas en estos padres se han interpretado como evidencia para apoyar la noción de que estas características determinan el desarrollo de autismo en el niño.

Una interpretación alternativa de estos mismos resultados es que la normalidad en los padres se desarrolla como una respuesta a las desventajas de su hijo. La incertidumbre y la confusión que se crean al tener que responder al severo aislamiento social, uso inadecuado de los objetos, ausencia de comunicación, etc. del niño es lo que con mucha probabilidad produce un severo stress en estos padres. Este stress que actúa día con día bien puede producir cambios en la personalidad. Por tanto, estos mismos datos se han interpretado como una consecuencia de la severa patología de su hijo.

Retomando lo anterior podría esperarse una ausencia de diferencias en las características de personalidad de padres de niños autistas y los de otros-

grupos clínicos si no hubiera una relación consistente entre las características de los padres y el autismo. Kanner fue el primer investigador del rol de las características de los padres como factor etiológico del autismo infantil. Sus trabajos se citan con frecuencia como apoyo al punto de vista psicogénico de semejante condición. Este autor describió a los padres como obsesivos, inteligentes, perfeccionistas, sin humor, fríos, formales y algunas veces extremadamente ansiosos (Eisenberg y Kanner, 1956). También, según cabe suponer son no-demostrativos, mecanicistas y se sienten a disgusto en situaciones sociales, por lo que prefieren actividades a solas. Eisenberg (1957) juzgó que los padres son semejantes a las madres. En lugar de características de personalidad específicas, otros autores (Esman, Kohn y Nyman, 1958; Kaufman, Frank, Heims, Rusir y Willer, 1960; Block, 1969) encontraron más psicopatología general en estos padres que en el grupo control que emplearon.

Goldfarb (1961) hipotetizó dos grupos de niños autistas basados en el nivel de integridad neurológica del niño: a) aquellos con evidencia de daño neurológico (orgánicos) y b) aquellos sin daño neurológico (no-orgánicos). Analizando la situación familiar de estos niños encontró que las familias de niños autistas orgánicos no difieren en términos de suficiencia de las familias de niños normales, pero estas mismas familias se mostraron más suficientes y tenían una menor proporción de madres psicóticas que las del grupo de niños autistas no-orgánicos (Goldfarb, 1961; Meyers y Goldfarb, 1962). Goldfarb (1970) concluyó que estos hallazgos apoyaban la inferencia de que las familias de niños autistas no-orgánicos son más anormales que las de niños autistas orgánicos.

Por su parte Anthony (1958) no observó diferencias entre las madres de niños neuróticos y niños autistas en términos de sus sentimientos o en el como lidiaban con los problemas de crianza de su hijo. En esta misma línea Mc Adoo (1976) supone que si los padres de niños autistas son anormales ya sea en cuanto a la severidad de la psicopatología o en la intensidad de los rasgos de personalidad, entonces esta anormalidad debería de reflejarse en las prácticas de crianza específicas de los padres durante los años formativos

de la condición del niño autista. DeMyer, Pontius, Norton, Borton, Allen y Steel (1972) entrevistaron a padres de niños autistas, normales y no-psicóticos subnormales acerca de la naturaleza de sus prácticas de crianza en los años formativos del niño. Ni la posición psicogénica ni la biológica-características de los padres recibieron apoyo de este estudio. No fue posible identificar ningún defecto específico en los padres de niños autistas en las dimensiones de aceptación, alimentación, estimulación táctil y general, calidez, etc.

Klebanoff (195) encontró menos actitudes patológicas en las madres de niños autistas que en las madres de niños con desventaja neurológica. Sin embargo, estos dos grupos de madres mostraron mayor psicopatología que las madres de niños normales. Cuando compararon a madres de niños autistas y afásicos hallaron que el 50% de ambos grupos de madres habían sido tratadas psiquiátricamente por presentar desordenes depresivos o neuróticos. Aunque estos grupos no difirieron sobre una valoración de disposición a la neurosis, ambos puntuaron sobre la norma. Rutter et al., interpretaron sus resultados como indicadores de la respuesta de los padres a la crianza de un niño con desventaja.

En un estudio de padres de niños disfásicos y padres de niños autistas Cox (1975) observó que había una tendencia de los padres de niños disfásicos a mostrar mayor obsesividad, mientras que los puntajes de padres de niños autistas estuvieron dentro del rango normal. también, se observaron características neuróticas en los padres de niños disfásicos. Asimismo, la mitad de las madres de ambos grupos habían estado en tratamiento psiquiátrico por depresión, sin embargo, una muy baja proporción de padres se había sometido a tal situación. Ninguno de los padres de los dos grupos presentó esquizofrenia.

Wolff y Morris (1971) señalaron que los perfiles del MMPI de los padres de niños autistas no revelaban ninguna cuestión anormal. Sin embargo, estos padres eran más pasivos y deprimidos que la población general, además de -

ser más idealistas. Las madres investigadas en este estudio se mostraban muy desconfiadas, con personalidad insegura y enfatizaban su feminidad. -- Utilizando también el MMPI McAdoo (1976) comparó los perfiles de esta prueba, de un grupo de padres de niños autistas con los de un grupo de padres de niños que acudían a una clínica de consejo infantil y con pacientes en tratamiento psiquiátrico. Encontró que los perfiles del IMMPI de padres de niños autistas eran ligeramente diferentes a los del grupo de padres en tratamiento psiquiátrico, además los padres de niños autistas y los padres de niños en asesoría tenían perfiles marcadamente similares excepto por diferencias en K e Is. La mayoría de las madres del segundo grupo tenían un concepto pobre de sí mismas y sentían mayor malestar al enfrentarse a situaciones sociales o interpersonales. Este autor afirmó que semejantes datos no proporcionaban evidencia suficiente para apoyar la suposición de que el autismo es el resultado de características de personalidad atípicas de los padres.

Singer y Wynne (1963) exploraron las respuestas al Rorschach y TAT de padres de niños autistas, adultos esquizofrénicos, neuróticos y padres de personas con desordenes conductuales para probar se había presencia de desordenes en el pensamiento. Los padres de esquizofrénicos mostraron la mayor desviación (95%) seguidos de los padres de los neuróticos (60%), padres de niños autistas (20%) y padres de niños con problemas conductuales (0%).

Por otra parte Kolvin, Garside y Kirdd (1971); Kolvin, Ounsted, Richardson y Garside (1971) estudiaron a padres de niños con psicosis tardía y padres de niños autistas, encontrando que los padres del primer grupo eran más aislados socialmente y más introvertidos que los segundos. Analizando sus datos concluyeron que las madres de niños autistas no son ni introvertidas ni neuróticas. También mostraron cierta sobreprotección de estas madres hacia sus hijos, interpretándola como una reacción al severo problema de sus hijos.

Otros autores como Bene, 1958; Donnelly, 1960; Block, 1968 utilizando técnicas proyectivas en el estudio de familias de niños autistas no encontraron -

evidencia de rasgos patológicos. En 1976 S. González realizó en Inglaterra un estudio comparativo de padres de niños autistas, sordos, subnormales y mudos electivos, encontrando que las madres de niños autistas eran más tensas que relajadas, mientras que los padres eran más autosuficientes, que los padres tenían niveles más bajos de ansiedad y las madres los más altos, que los padres de niños autistas eran menos reservados que los de los niños mudos electivos y que los padres de niños autistas eran menos controlados que los de los sordos. Sus datos sugieren que en términos de personalidad el único grupo que difiere significativamente de los otros tres es el de padres de niños mudos electivos.

Como podemos observar a pesar de que existen evidencias confiables de las diferencias de las características de personalidad de los padres de niños autistas en comparación con padres de niños con otras desventajas diferentes, no se puede aún afirmar certeramente si las características de los padres de niños autistas son una respuesta hacia el problema del niño o si son factores causales (Rutter, 1969).

Inteligencia.

La primera descripción de Kanner (1943) de once niños autistas mostró que éstos provenían de familias muy inteligentes. En 1955 en un análisis de 150 casos de niños autistas encontró que el 74% de los padres (38% con trabajos profesionales) y 49% de las madres (11% con trabajos profesionales) habían completado los estudios universitarios. Esto llevó a muchos investigadores y clínicos a través de sus propios estudios a identificar a los padres de tales niños como más inteligentes que el promedio, a suponer que eligen trabajos y profesiones que enfatizan el razonamiento más que el contacto con la gente, así como actividades solitarias. Por ejemplo, la primera lista checable de Rimland (1964) incluye la no sociabilidad y alto nivel socioeconómico, inteligencia y educación cuando se les comparaba con padres de otros niños con desventaja que manifestaban alguna característica autista y también cuando se les comparaba con la población general de Middlesex, Inglaterra Darr y Warden (1951) en una descripción detallada de casos que siguieron por varios años indican que la descripción de los padres que estudiaron corresponde a la observada por Kanner. Establecen que "los

intereses intelectuales, falta de calidez y sus relaciones mecánicas con el niño son evidentes". Kurt Goldstein (1959) afirma que los padres y particularmente la madre de los niños autistas no es capaz de manejar al niño en forma adecuada, además, que debido a su alto C.I. e intereses intelectuales están sobre interesados en el desarrollo de las capacidades intelectuales de su hijo. Allen et. al., (1961) utilizando el WAIS hallaron que los padres de niños autistas son de inteligencia superior al promedio, mientras que las madres tienen un C.I. menor. También Kikuchi et al., encontraron que el C.I. de los padres de niños autistas era superior, mientras que el de las madres estaba dentro del promedio. Esto mismo fue confirmado por la investigación de Yamazaki, Ito y Hamada (1971).

El trabajo de S. González (1976) en el que se compararon los puntajes obtenidos en la prueba de Matrices Progresivas de Raven (1960) de padres de niños autistas, mudos electivos, subnormales y sordos, muestra también que el C.I. de los padres de los cuatro grupos es mayor que el de las madres y que los padres y las madres de niños autistas obtuvieron los puntajes más altos en relación a los de las mudos electivos. Las observaciones de Cox (1975), Wing (1976), Rutter (1972) confirman también la afirmación de la presencia de un nivel de inteligencia superior al promedio en padres de niños autistas. Sanua (1980) en un revisión de la literatura sobre padres de niños autistas encontró que en las investigaciones en donde los niños autistas genuinos eran separados de aquellos con rasgos autistas causados por patologías orgánicas específicas, si fue posible confirmar la superioridad intelectual de los padres de niños autistas.

Como podemos darnos cuenta la inteligencia superior al promedio de los padres de niños autistas es un hallazgo consistentemente positivo con excepción de Ritvo et al., 1971 quien encontró inteligencia promedio (Lotter, 1967; Treffert, 1970). A pesar de ésto la patogénesis de factores tales como la educación de los padres y su alto nivel de inteligencia en el autismo infantil aún suele cuestionarse.

Empatía

Con la prueba de empatía de Hogan (1968), en la que se entiende por empatía a la aprehensión intelectual o imaginativa de las condiciones o estados mentales de los otros, González (1976) observó que los padres de niños autistas obtuvieron los puntajes más altos mientras que los padres de los mudos electivos obtuvieron los más bajos. Sugiere la autora que con esta evidencia - podría pensarse que los padres de los niños autistas no son "fríos", distantes y preservados, sino probablemente cálidos, sensitivos y que aprecian el valor de las relaciones sociales mucho más que otros grupos estudiados (mudos selectivos, sordos y subnormales).

Sociabilidad

Diferentes estudios realizados por Barton, Allen y Stelle (1972) en los que se comparó un grupo de padres de niños autistas y a un grupo de padres de niños normales no se encontraron diferencias en relación a la sociabilidad en ambos grupos. Asimismo, el estudio de padres de niños autistas y padres de niños con daño cerebral no presentó diferencias significativas. Sin embargo, los padres de niños con daño cerebral resultaron ser menos estimulantes, menos cálidos y menos sociables.

Cox y colaboradores (1975) estudiaron los eventos stresantes durante la infancia de los niños autistas así como la calidez, sociabilidad y respuestas de los padres comparándolas con los de los padres de niños con problemas en el lenguaje receptivo y con evidencia de daño neurológico y observaron la presencia de cierta depresión en las madres de ambos grupos y ninguna diferencia significativa entre los grupos en relación a la calidez emocional de mostrada por las madres hacia sus hijos. En cuanto a la sociabilidad definida por estos autores como la frecuencia de contactos con amigos, parientes y visitas a amigos muy cercanos en los meses previos al estudio no se observaron diferencias significativas, a pesar de que los padres de niños autistas afirmaron haber tenido eventos muy placenteros y frecuentes con sus amigos. Esta evidencia puede sugerirnos que los padres de niños autistas -- si realizan contactos sociales y son capaces de establecer buenas amistades.

Utilizando la escala de Guttman desarrollada por Wallin (1954) para medir la relación con los vecinos, González (1976) observó que las madres de los niños autistas eran significativamente más sociables que las madres de los niños subnormales.

Nivel socioeconómico y educación.

Muchos investigadores han estudiado la clase social, status ocupacional y el nivel de educación de las familias de los niños autistas, esquizofrénicos y otros desordenes, tenemos por ejemplo, que Kolvin, Garside, Ounsted y Richardson (1971); Kolvin, González y Garside (1976); Allen, DeMeyer, Norton, Pontius y Yang (1971); Lotter (1967); Kanner (1943); Rimland (19164); - - Creak e Ini (1960); Rutter y Lockyer (1967), mostraron que los niños autistas provenían de un status socioeconómico superior al de la población general. Otro grupo inglés Cox, Rutter, Newman y Bartak (1975) encontraron que el 75% de los padres de los niños autistas que evaluaron tenían puestos directivos o profesionales, en comparación con el 33% de los padres de niños disfásicos. Un estudio que contradice los hallazgos antes mencionados es el de Ritvo, Clemens y Ritz (1971) el cual muestra características similares de status socioeconómico entre las familias de niños autistas y las familias que tenían un hijo con otro diagnóstico psiquiátrico. Las comparaciones -- realizadas por estos autores en relación a ocupación, ingresos familiares, educación y clase social revelaron que no había diferencias significativas.

En el estudio de Cox (1975) con un grupo de familias de niños autistas y -- otro de niños autistas y otro de niños disfásicos, encontró que las familias de los niños disfásicos eran significativamente más grandes en número y muchas de ellas vivían en malas condiciones.

2.12. Impacto del niño autista en la familia.

En el estudio realizado por O'Moore (1978) con 25 madres de niños autistas-entrevistadas en sus casas se pretendía elucidar los problemas que se dan en la crianza y la interacción con el niño autista en la familia. Los hallazgos de este estudio resultan importantes e interesantes a saber:

1. Muchas de las madres reportaron tener problemas en el manejo del quehacer de la casa debido a la sobreatención requerida por el niño autista.
2. Muchos de los niños autistas necesitaban de una atención materna extra en la alimentación, control de esfínteres, vestido, etc.
3. La mayoría de los hermanos parecía estar bien ajustados a los problemas impuestos en su familia por la presencia del niño autista.
4. Muchas madres utilizaban el castigo corporal sobre sus hijos a pesar de no aprobarlo en un principio.
5. Una alta proporción de madres resultaron ser autocríticas acerca de sus métodos de relacionarse con su hijo autista.
6. Había un gran acuerdo entre los padres para cuidar al niño autista. Algunas madres se quejaron de la nula participación de sus esposos.
7. Los contactos del niño autista con otros niños fuera de la familia estaban restringidos a los niños que traían a casa los hermanos.
8. Los contactos sociales de las familias con niños autistas eran muy limitados.
9. La mayoría de los niños autistas causaban problemas a la familia cuando salían de compras.

10. Las vacaciones de la familia se veían casi siempre afectadas por la responsabilidad del cuidado del niño autista.
11. La mayoría de las madres sufrió una depresión para la cual muy pocas solicitaron ayuda médica.
12. Se encontró evidencia de que algunas de las madres estaban preocupadas por embarazos posteriores.

Por otra parte Cox (1975) en su estudio comparativo de niños disfásicos encontró que los niños autistas presentan muchos más tipos de problemas de conducta y de crianza que los niños disfásicos y que estos problemas interferían frecuentemente en las actividades de la familia (Bartak, Rutter y Cox, 1974). Sobre este mismo estudio Cox reportó que en los dos grupos cerca de 2/3 de las madres reportaron haber estado deprimidas como resultado del sorden de su hijo. Los padres en el grupo autista refirieron que las dificultades con el niño habían alterado la conducta general de sus esposas en casa. En comparación con las madres de los niños disfásicos muchas de las madres de los niños autistas consideraron que la forma de expresar sus sentimientos había cambiado desde que su hijo nació. Esta diferencia no fue evidente en los padres. Sin embargo, la misma proporción de madres de los dos grupos observó que la conducta general de sus esposos había cambiado -- por las dificultades del niño autista. Alguna de las madres de niños disfásicos pensaron que habían cambiado su manera de expresar sus sentimientos. No hubo diferencias entre los grupos en proporción a las madres que reportaron dificultades con sus otros hijos debido a los problemas con el niño autista.

También hallaron que en el caso de los autistas, las madres muestran menos calidez hacia sus hijos autistas que hacia sus hijos normales. Cox (1975) cita que esto podría constituir un argumento acerca de que el niño autista es específicamente rechazado o al menos particularmente privado de la calidez de los padres. Sin embargo, los hallazgos no apoyan totalmente a tal argumento. Los padres y las madres de los niños disfásicos mostraron cali-

dez similar a cada uno de sus hijos. Debe hacerse notar que la respuesta diferencial de las madres de los niños autistas en relación a la respuesta de los padres y las madres de los niños disfásicos fue muy pequeña y se dió en un poco más de la mitad.

También se prestó particular atención a la posibilidad de que el niño autista hubiera experimentado cierto stress en la edad temprana. Para examinar tal aspecto se analizaron datos retrospectivos en relación al desarrollo del niño y nuevamente los resultados fueron consistentemente negativos, el stress del grupo autista no fue diferente en clase, grado o frecuencia de aquel del grupo disfásico. Esto mismo fue observado por Rutter en 1963.

Sobre este mismo aspecto, Holroyd (1976) realizó un estudio con padres de niños autistas y padres con síndrome de Down, observando que las madres de niños autistas se encuentran más desorientadas, desilusionadas y preocupadas con respecto a su hijo autista en relación a: el efecto de este sobre el resto de la familia y la interacción familiar, sus incapacidades físicas, la falta de actividades disponibles para mantenerlo ocupado, las desventajas educacionales y labores futuras a las que se enfrentará y a los problemas conductuales y de personalidad del niño.

Por otra parte, Pitfield y Oppenheim (1964) aplicaron un cuestionario de actitudes a las madres de los niños autistas y encontraron que no había evidencia suficiente de desapego materno.

Por último, DeMeyer, Pontius, Norton, Allen y Steele (1972) entrevistaron a un grupo de padres de niños autistas, uno de normales y otro de subnormales, acerca de la naturaleza de las prácticas de crianza hacia sus niños en los años formativos de los mismos. No identificaron algún problema relevante en los padres de los tres grupos. Asimismo, Rutter (1971) concluyó tras un estudio de padres de niños autistas y padres de niños disfásicos, que las familias de los niños autistas no se caracterizaban por ninguna anomalía particular en la interacción familiar.

Retomando la evidencia mencionada podemos sugerir que el que los niños autistas no parezcan provenir de familias anormales no quiere decir que el ambiente familiar que les rodea sea el óptimo para su desarrollo.

III. SORDERA

3.1. INTRODUCCION.

Algunos autores como Collin (1980) consideran que los trastornos que provocan la sordera en un individuo no dan lugar a una psicología particular de esta anomalía. Sin embargo, este trastorno sensorial impone privaciones en la medida que disminuyen las vías de acceso a la adquisición de experiencias, disminuye los estímulos de origen externo, así como los centros de interés relacionados con éstos, además de que altera las condiciones de ejercicio de diversas funciones psicológicas como la cognición, el lenguaje, -- etc.

Es importante considerar para una mejor comprensión de la sordera el grado de déficit auditivo y la edad de aparición del mismo, pues es a partir de esto como se darán las repercusiones psicológicas para cada niño en particular. Por ejemplo, tales efectos serán diferentes si la sordera es precoz o tardía (solamente los niños que adquieren la sordera después de los cinco años continúan utilizando suficientemente el lenguaje).

Este trastorno sensorial afecta el desarrollo de un conjunto de capacidades o hábitos, en relación con la adquisición y conservación del lenguaje y por tanto, podría pensarse que no favorece al desarrollo armonioso de la personalidad; no sólo podría entrañar reacciones diversas por parte del individuo, sino también por parte del entorno familiar y más en general de la sociedad.

Estas reacciones del medio ambiente no son del todo ajenas al aspecto social y cultural del individuo. La idea que se va formando sobre su trastorno y su condición social, posteriormente en la vida adulta y en el área laboral, depende en gran medida de las actitudes de los demás.

De aquí la importancia de prestar atención a los patrones de interacción del niño sordo, su familia y su ambiente, para entender la dinámica particular de éste.

3.2. Aspectos históricos de la sordera.

A pesar de que la sordera ha formado parte de la condición humana por mucho tiempo, la incidencia de ésta y las condiciones en que han venido desarrollándose los individuos sordos en la prehistoria y aún en el período clásico, resultan meramente conjeturas. Podría asumirse que el status y el rol de los sordos varía en función de los tipos de sociedad y las demandas que éstas exhiben. En términos de incidencia es poco probable que este padecimiento fuera más común que en el presente, por ejemplo, en tiempos recientes los antibióticos han reducido grandemente la sordera que resulta de la meningitis, fiebre escarlatina, otitis media, etc. También nos parece probable que las épocas en las que se practicaba el infanticidio en individuos con defectos como la sordera, éste haya sido un factor que redujera el número de casos de tal padecimiento en la población. Aunque las diversas tribus y culturas hayan impuesto limitaciones y aún hayan actuado contra los disminuidos, es difícil imaginar cualquier cultura tan dependientemente de los que oyen que los sordos no pudieran participar y contribuir al implemento de tareas o al mejoramiento de las condiciones de vida que les rodeaban.

Parecería ser que los sordos se han enfrentado a una gran desventaja en relación a las personas que escuchan en aquellas sociedades que se han visto muy influidas por la tradición judeo-helénica, esto es, las sociedades europas y americanas. Debido a esto y de acuerdo a la Biblia había sanciones contra los matrimonios de sordos y mudos y durante la época medieval los sordos no podían recibir la comunión debido a que eran incapaces de confesar sus pecados. No se sabe si los sordos en otras grandes sociedades -como el antiguo Egipto, América del Sur y Central, Indonesia, China, Japón, Asia- vivían bajo semejantes restricciones. Desafortunadamente, la única información histórica disponible actualmente se restringe únicamente al contexto Europeo.

En el año 355 a.c. Aristóteles escribió que los hombres que eran sordos también eran mudos, esto es, que podían producir sonidos vocales sin llegar a hablar, además afirmó que el oído era órgano de la instrucción y que el escuchar contribuía mucho a la inteligencia. Es por esto que se le ha acusa-

do de haber mantenido a los sordos en la ignorancia por cerca de 2000 años- (Deland, 1931). En esta misma época se daba muerte a los niños sordos por los espartanos, atenienses y romanos. A pesar de estos hechos se sabe que efectivamente existían individuos sordos en la sociedad griega y que eran aceptados e incorporados a la comunidad (Levinson, 1967).

Moore (1978) afirma que a su parecer los escritos de Aristóteles así como los de San Agustín sobre la sordera han sido mal entendidos.

Algunos autores consideran que los sordos sufrían de una actitud benigna o negligente durante el período clásico, pero su condición después de la invasión de Roma por los bárbaros fue peor. Se les impuso leyes civiles y religiosas más severas que las dictadas por el Código de Justiniano, estas restricciones incluían la privación del derecho de herencia, la negación a casarse sin el permiso del Papa (Deland, 1931). A excepción de las referencias a casos de sordera con cura milagrosa o de mudez, los individuos sordos eran ignorados y discriminados.

El fin de la época oscura de los sordos fue marcada por los escritos de un matemático y físico italiano Jerome Cardin (1501-1576). Quien argumentaba que sí era posible educar a los sordos y enseñarles a leer y escribir y pensaba que muchas ideas abstractas podrían explicarseles por medio de signos. Aparentemente fue el primero en darse cuenta que las palabras escritas podrían representar ideas directamente sin el recurso de la habla (Peet, 1851; Moore, 1979).

Como hemos podido apreciar no hay evidencia de ningún intento sistemático para diagnosticar, educar e integrar a los individuos sordos antes del trabajo de Ponce de León en España en el siglo XVI.

Sin embargo, los fundamentos filosóficos y prácticos de la educación y detección de los sordos se desarrollaron en el siglo XVII con individuos sobresalientes como Bonet en España, Delcaro en Gran Bretaña y Amman en Holanda, estableciendo una etapa preparatoria para el posterior establecimiento de las clínicas y escuelas para sordos. La implementación de programas en el

siglo XVIII por líderes como L'Epée de Francia, Braindwood de Gran Bretaña, y Heinicke de Alemania estuvieron basados en el legado intelectual del siglo XVII.

En el siglo XIX fue cuando se realizaron los mayores y mejores esfuerzos en la construcción de escuelas y clínicas para la educación y diagnóstico de los sordos. Asimismo la calidad y el número de programas educativos se incrementó. El mayor obstáculo en cuanto al mejoramiento y desarrollo de los programas fue el desacuerdo entre los que estaban avocados al sistema de -- instrucción oral y al manual. La meta de Thomas Hopkins Gallaudt (1816) -- fue combinar los mejores elementos de los métodos ingleses (oral) y francés (manual). La aportación de los dos campos aparentemente opuestos es lo que ha permitido que se implementen técnicas combinadas, sofisticadas e integradas en el siglo actual.

3.3. Sordera: definición y clasificación.

Las implicaciones de un deterioro auditivo varían de persona a persona y de una circunstancia a otra. Esto es lo que hace difícil definir lo que significan términos como pérdida del oído, dificultad para escuchar, etc. Tales clasificaciones varían también de acuerdo al propósito para el cual fueron desarrolladas. Por tanto, parece adecuado el estar familiarizado con las diversas definiciones de sordera, así como sus diferentes clasificaciones.

El Committee on Nomenclature of the Conference of Executives of American -- Schools for the Deaf, considera a los sordos como aquellos en quienes el -- sentido del oído no funciona para los propósitos ordinarios de la vida. Clasifica a la sordera en dos grupos, sobre la base de la edad en que se presenta la sordera:

- a) Los congénitamente sordos - aquellos que nacen sordos.
- b) Los adventiciamente sordos - aquellos que nacen sin ningún problema de oído, pero cuyo sentido del oído - llega a ser no-funcional debido a alguna enfermedad.

Otras definiciones basadas en el tipo de problema, en el lenguaje presente en el individuo son:

- a) El sordo - aquellas personas cuya pérdida del oído ha entorpecido la adquisición del lenguaje.
- b) Dificultad para escuchar - Aquellos que han perdido el oído pero - cuya adquisición de lenguaje no se ha visto entorpecida.

Estas definiciones no están basadas directamente en el grado de sordera, pero enfatizan en que medida la sordera ha afectado la adquisición del lenguaje.

También encontramos definiciones que son necesarias especialmente en relación al diagnóstico médico y al tratamiento, (Philips, 1975), estas son:

- a) Sordera conductiva.
- b) Sordera sensorio-neural.
- c) Sordera mixta.

El tipo de pérdida de audición conductiva se debe a algún tipo de bloqueo o mal funcionamiento en el mecanismo conductivo (oído medio); tipo de pérdida sensorio-neural se debe a un mal funcionamiento a nivel de oído interno, ya sea un órgano o bien el nervio auditivo que va desde el oído interno al cerebro. En la pérdida de la audición mixta, ni el mecanismo conductivo ni el sistema sensorio-neural funcionan normalmente.

a) Perdida de la audición conductiva.

Algunos problemas en el oído externo y/o el oído medio, suelen producir una interrupción de la conducción de las ondas sonoras. Algo interfiere a la conducción de las vibraciones, por lo que éstas no pueden alcanzar al oído interno con su intensidad normal. Los deterioros auditivos que se producen por esta clase de pérdida se caracterizan, por una baja calidad de audición de los tonos bajos y una buena audición de los tonos altos, o bien una pérdida uniforme de proporciones moderadas. El nervio auditivo es funcional, pero el sonido no lo alcanza adecuadamente. Esto significa que este tipo de pérdida no hace a una persona sorda. Debido a que el sonido es lo suficientemente fuerte, los huesos del cráneo proporcionan cierta vibración para conducir el sonido hasta el mecanismo de audición del oído interno. También significa que estos individuos son buenos candidatos para utilizar prótesis auditivas. Ese es el tipo de pérdida de audición que frecuentemente se encuentra en las escuelas suele ser transitoria y asociada con infecciones del oído medio y mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

El habla suave constituye una característica en las personas que sufren de este trastorno.

Algunas veces el niño afectado por este desorden tiende a ser tímido, retraído y habla tan quedamente que rara vez puede ser oído en un salón de clase. Esto se debe a que él escucha su propia voz con una mayor intensidad a la del habla de los otros. Su propia voz alcanza su oído interno con una intensidad normal por medio de la conducción de los huesos, pero debido a la falta del mecanismo conductivo no oye el habla de los otros en forma adecuada.

b) Pérdida de la audición sensorio-neural.

Este tipo de condición se presenta cuando las vibraciones del sonido se transmiten adecuadamente a través del canal del oído, y de aquí, al oído medio hacia la ventana oval del oído interno, pero algo anda mal dentro del oído interno o a lo largo de la trayectoria del nervio auditivo al cerebro. Esto es, el oído externo y el oído medio funcionan normalmente, pero existe alguna falla en el oído interno o en el nervio auditivo.

El niño con este padecimiento suele ser mal entendido debido a su respuesta inconsistente a los sonidos. A pesar de que generalmente responde a su nombre rara vez entiende cuando se le pide hacer algo, particularmente si se trata de una tarea desconocida. Sus padres y maestros se refieren a él como una persona que no presta atención o que oye solamente lo que desea oír. Con frecuencia el niño se esfuerza en prestar atención a lo que oye, pero solo logra oír una mezcla de sonidos que para él no tienen significado. Estos sonidos le resultan ser más comprensibles cuando la situación en sí misma indica lo que debe hacerse, o demuestra que la actividad requerida es una actividad ya conocida.

Debido a que este tipo de pérdida que afecta a las frecuencias altas, el niño puede oír predominantemente los tonos bajos.

En contraste con el niño con deterioro del oído medio el niño con daño en el oído interno tiene muchos más serios problemas en el habla. Puede exhibir sustituciones de sonidos, distorciones y omisiones en su habla, su voz puede tender a ser excesivamente baja, con un tono monótono y un sonido apagado. Los principales métodos utilizados en la corrección de su habla son --

aquellos que utilizan claves visuales, kinésthicas, y táctiles.

Otra forma de clasificación la proporciona Moores (1978), él relaciona el entendimiento del habla y su reproducción con la extensión de decibeles que la persona capaz de oír. Determina que una persona sorda es aquella que es incapaz de oír a una extensión de 70 db.

A estos individuos se les clasifica de acuerdo a las siguientes categorías:

- a) Nivel 1. 35 a 54 db. Los individuos de esta categoría no requiere de colocación en escuelas y clases especiales, tan solo requiere de asistencia dirigida en el área de habla y escucha.
- b) Nivel 2. 55 a 69 db. Estos individuos ocasionalmente requieren de colocación en escuelas y clases especiales y requieren de apoyo psicopedagógico en las áreas de habla, escucha y lenguaje.
- c) Nivel 3. 70 a 89 db. En esta categoría de sordera es necesario que los niños acudan a escuelas especiales, enfatizando las áreas de habla, escucha, lenguaje y educación en general.

Por la edad de inicio de la sordera (Moores, 1978) la encontramos en dos tipos:

- a) Sordera prelingual. Se refiere a la condición de las personas cuya sordera se presentó al nacer u ocurrió un año antes del desarrollo del habla y del lenguaje.
- b) Sordera Postlingual. En esta condición, la sordera se presenta al año siguiente de la adquisición espontánea del habla y del lenguaje.

De acuerdo a Azcoaga (1971). se puede distinguir tres tipos de sordera, dependiendo de los restos auditivos:

Anacusia

Los niños que padecen un grado muy acentuado o total de anacusia, se caracterizan desde muy temprano por manifestaciones que hacen posible su diagnóstico, es decir, a pesar de tener una buena actividad exploratoria, ésta se centra exclusivamente en la visión y más tarde en el uso de las manos.

Pero los ruidos y los sonidos corrientes no dan lugar al reflejo de orientación.

Otra de las características es el juego vocal, éste puede presentarse en la época habitual, pero carece de armonía y modulación. Esta falta de modulación se registra también en el llanto y en el grito; ambos son disonantes y van diferenciándose poco a poco, a medida que el niño va creciendo.

Poco tiempo después el juego vocal se extingue, debido a la falta de retroalimentación auditiva; la carencia de estímulos producidos por el propio --- aparato vocal y los originados por el ambiente, señalan marcadamente una diferencia entre el niño sordo y el que si oye, en lo que se refiere al juego vocal. A partir del cuarto o quinto mes, el lactante comienza a ser un --- anacúsico, los únicos sonidos que emite son de musicalidad. No obstante en otras actividades infantiles, se presenta una afectividad e inteligencia -- despierta, el chico exhibe actividad exploratoria eficaz. La visión pone - en relieve esa característica, y a medida que pasa el tiempo va resolviendo los problemas de tipo práctico a los que se enfrenta el niño, por ejemplo, la manipulación de objetos de uso cotidiano y juguetes.

Las diferencias se hacen evidentes aproximadamente a partir de los dos años, que es cuando la ausencia de función comunicativa va restringiendo las posibilidades de aproximación del niño al mundo que le rodea. No obstante, - logra comunicarse en particular con la madre, y con algunos miembros de la familia, pero esa comunicación se logra mediante gestos y algún sonido inarticulado que los acompaña. Así, se elabora un código, pero este se ve afectado por la misma limitación que señalamos arriba, éste código solamente se referirá a situaciones concretas. Es por ello que puede suponerse que a

medida que va creciendo, la brecha que separa la inteligencia del niño sordo de la de los niños con audición normal se va ampliando, ya que carece de -- las nociones temporales y de las abstracciones que forman parte desde muy -- temprano del lenguaje del niño con audición normal. De este modo, cuando -- el niño sordo ingresa a la escuela, se manifiesta su incapacidad para lograr el manejo de una cantidad de nociones, que sólo son accesibles a aquellos que poseen lenguaje (Denham, 1966).

Por otra parte, se ha señalado que en lo que se refiere a la afectividad y a las reacciones emocionales, el niño anacúsico responde más o menos como -- un niño oyente (Azcoaga 1971), por lo que con frecuencia se hace sensible a su déficit y reacción según sus propias modalidades de temperamento, pero -- lo más común es que se retraiga y autolimite en sus contactos sociales. -- (Myklebust, 1960).

Hipoacusia de grado moderado.

Los niños con hipoacusia no muy profunda presentan algunas de las caracterís- ticas existentes en los anacúsicos: pueden no despertarlos los ruidos, sal- vo los muy intensos. Es probable que no presenten reflejo de orientación, salvo sonidos muy intensos o muy agudos o graves (Myklebust, 1960). Su llan- to, su grito y más tarde su juego vocal se caracterizan por la carencia de musicalidad y modulación. Por su parte el juego vocal carece de variacio-- nes armónicas.

El hipoacúsico moderado, es incapaz de tener retroalimentación auditiva -- (Kalnus, 1961), por lo cual imita las modalidades de estereotipias fenomáti- cas, que es capaz de elaborar y que por su condición se extinguen antes de que pueda empezar a sintetizar las primeras estereotipias motoras verbales. Su inteligencia concreta es vivaz, su actividad exploratoria constante y su expresión despierta. También es capaz de elaborar un código adecuado para sus necesidades corrientes; recurre para ésto a la gesticulación y a soni-- dos vocales inarticulados o poco articulados y reacciona a su déficit, con menos aislamiento que el anacúsico.

Hipoacusia leve.

Estos son los niños que llegan a la escuela de educación especial y que crecen con dificultades más o menos leves de lenguaje, hasta que en un momento dado, hallan condiciones adecuadas para que se les estudie con proligidad.

Dado que carece de una franja relativamente limitada del espectro acústico, (Reca, 1961). Su deficiencia pasa inadvertida, se despierta con los ruidos, tiene un buen reflejo de orientación ante los sonidos y en la edad adecuada diferencian las voces familiares de las que no lo son, una expresión o una sonrisa, revelan que su receptividad es buena, en cuanto al reconocimiento de las voces de quienes lo rodean.

Suele presentarse que el juego vocal sea deficiente en la participación de algunos sonidos de tipo consonántico; en la etapa de la elaboración de los estereotipos fonemáticos, pero ésto pasa desapercibido, por la poca importancia diagnóstica que se le otorga al juego vocal (Actas de las jornadas -- Rioplatenses de Neurología Infantil, Buenos Aires, 1969).

Después del momento en que se sintetizan los estereotipos motores verbales, se observa la persistencia de algunas fallas de pronunciación, corrientemente las sustituciones de sonidos de sonidos o partes de palabras.

Estas dislalias, resultan ser completamente compatibles con las necesidades de comunicación de la vida cotidiana en un niño pequeño y por lo tanto, el niño llega a la escuela, sin que haya suscitado ninguna preocupación especial.

En la escuela, puede ofrecer algunas actitudes que para una maestra sagaz, pueden resultar indicativas de su dificultad: el niño presenta una expresión de atención reconcentrada o en otros casos la atención es lábil, después de un esfuerzo sostenido de algunos minutos el niño se distrae y pasa a entretenerse con alguno otro estímulo del ambiente. Puede girar la cabeza en dirección a la voz de la maestra y escuchar lo que se dicen en una especie de medio perfil y aún, colocar la mano como pantalla atrás de la oreja.

Ocasionalmente dado que puede presentar dificultades marcadas en la articulación del lenguaje y así como aparentes dificultades en la concentración de la atención, hace probable que el niño hipoacúsico sea clasificado como retrasado mental, aunque es capaz de resolver problemas de inteligencia con creta.

Retomando lo anterior, Myklebust (1960), sugiere para la definición y clasificación de la sordera tomar en cuenta cuatro factores:

- a) Grado de la sordera -pérdida del oído y dificultad para escuchar.
- b) Factor de tiempo -edad en que se presenta la sordera; sordera congénita y sordera adquirida.
- c) Factor causal -sordera endógena y exógena.
- d) Origen físico del deterioro -el sitio de la lesión. Sordera sensorial, sordera conductiva y sordera mixta.

De lo arriba mencionado puede desprenderse que no hay un acuerdo total sobre el uso de estos términos. La definición que se utilice tendrá que ir de acuerdo al objetivo o aspecto que se pretenda estudiar.

3.4. Diagnóstico, signos clínicos.

A pesar de que el niño puede exhibir síntomas de pérdida auditiva, la única forma de determinar esto con seguridad es a través de un examen auditivo -- adecuado.

Resulta eficaz conocer los síntomas de la deficiencia auditiva, los cuales son muy variados, tomando en cuenta que un solo síntoma de ninguna manera -- indica la posibilidad de una pérdida, al contrario para sospechar la existencia de la pérdida auditiva el niño debe presentar un número de síntomas -- los cuales deben de ser probados.

Los niños sordos pueden caracterizarse desde muy temprano por algunas manifestaciones. Una de ellas consiste en que a pesar de que tienen una buena actividad exploratoria ésta se basa exclusivamente en la visión y más tarde en el uso de las manos, pero los ruidos y sonidos corrientes no dan lugar -- al reflejo de orientación.

Otra de las características se registra en el juego vocal, el cual puede -- originarse en la época habitual, pero carece de armonía y de modulación, al paso del tiempo esta falta de armonía se registra también el llanto y en el grito; ambos son disonantes y van diferenciándose poco a poco a medida que -- el niño va creciendo de la musicalidad que tienen los de los niños normales.

Las diferencias empiezan a notarse a partir de los dos años o algo más. Es entonces que la carencia de la función comunicativa va restringiendo las posibilidades del niño al mundo concreto que lo rodea.

El niño alcanza a comunicarse en particular con su madre y con alguno de -- sus hermanos, pero esa comunicación se logra mediante gestos y alguno que -- otro sonido desarticulado que lo acompaña, de esta forma se elabora un código entre ellos. No obstante este código está afectado por la misma limitación que hemos indicado arriba: alcanza sólo a la manipulación concreta de --

los objetos que le rodean.

Ahora bien en la edad preescolar y de acuerdo a Phillips (1975), los signos que caracterizan al niño sordo son los siguientes:

1. Falta de atención a la conversación casual.
2. Frecuentes demandas para la repetición de lo que ya se ha dicho.
3. Frecuentes dolores de oído y quejas de dificultad para oír.
4. Tendencia a permanecer alejado y falta de deseo para involucrarse en actividades sociales.
5. Dificultad para articular ciertos sonidos hablados.
6. Frecuente confusión con lo que se dice.
7. Exploración visual constante de la cara del interlocutor.
8. Falta consistente de ejecución de ordenes verbales.
9. Gira la cabeza orientando el oído hacia la fuente sonora.
10. Observa muy de cerca la cara de la persona que habla.
11. Incapacidad en la lectura.
12. Errores de deletreo.
13. Frecuentes gripas.
14. Vértigos.
15. Sueño diurno.

16. Dificultad para tomar dictado.
17. Indiferencia a la música.
18. Dificultad en la adquisición de nociones temporales (Axcoaga, 1971)
19. Problemas en la abstracción de conceptos.

Lo más importante a tomar en cuenta acerca de los síntomas de la sordera, es que no debe esperarse hasta que todos estos aparezcan, sino detectar lo más pronto posible la existencia de este desorden. Sobre este punto diversos autores (Axcoaga, 1971; Phillipis, 1975; Moores, 1978; Perelló, 1978 y Colin, 1980) coinciden en que se debe de someter al niño que se sospecha padece de sordera a una serie de rutinas de diagnóstico, a saber: el interrogatorio a los padres sobre el tipo de juegos del niño en sus diversas edades, su código comunicativo, la existencia de procesos patológicos en la actualidad.

Un examen detenido de las condiciones que presenta el órgano periférico de la audición, la audiometría que proporciona índices sobre el estado del tímpano, la capacidad de percibir sonidos por vía aérea y osea. También puede evaluarse al niño mediante una combinación de la audiometría con el electroencefalograma, dado que la percepción del estímulo auditivo tiene la propiedad de modificar el trazado electroencefalográfico y por tanto parece ofrecer un medio adecuado para detectar el nivel de audición (Turner, 1966). Así como la electrocoeleografía, también la respuesta enviada del tallo cerebral ha resultado efectiva.

3.5. Diagnóstico diferencial.

También puede suceder el confundir a la sordera con otros desordenes, es -- por ello que se hace preciso el determinar las diferencias entre esta condi ción y otras.

Sordera en relación al retraso mental.

Muchos niños que solamente son sordos, son diagnosticados como retrasados -- mentales o subnormales. El retardo mental involucra una limitación intelec tual que no le permite al niño hacer frente a las exigencias del ambiente y desarrollar una existencia social independiente. Tal falta de capacidad in telectual se deriva de múltiples razones, tales como: una limitación innata en el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o de una lesión cerebral -- que se produjo durante o inmediatamente después del nacimiento, bien como -- consecuencia de una falta de maduración debida a que los estímulos ambien ta les han sido insuficientes para estimular el desarrollo y también las enfer medades que sufre la madre durante el embarazo, tales como la rubéola, tox e mi nas, etc.

Estos niños presentan generalmente serias dificultades en la adquisición -- del lenguaje, suelen dar la impresión de que no escuchan o de que no entien den lo que se les dice. Cuando adquieren el habla, esta suele ser lenta, -- con problemas de articulación, sustituyendo una consonante por otra y con -- una extensión de vocabulario muy pobre.

Presentan problemas de abstracción, así como dificultades en establecer re -- laciones interpersonales. También es frecuente el que observen conductas -- destructiva y agresiva.

Sordera en relación con la Afasia.

Por lo que se refiere a la afasia, que es un desorden del lenguaje causado por un daño en el área cerebral correspondiente, que involucra en deterioros

en el vocabulario, sustitución semánticas, omisión de fonemas y de sílabas, sustituciones o adiciones silábicas, deterioros en la latencia, en el uso de gestos para comunicarse, movimientos faciales inadecuados e involuntarios durante el habla, deterioros en la imitación de movimientos orales sin sonido. El tiempo de emisión de fonemas es mayor o menor que el usual. Al igual que en la sordera, se presentan dificultades en la articulación de ciertos sonidos, frecuente confusión del significado de lo que se está diciendo, ciertos problemas para entender algunos mandatos verbales, errores de deletreo, relaciones interpersonales pobres.

Sordera en relación al Mutismo selectivo.

Según Phillips (1975), muchos niños de 2 años atrevíanse por un período en el que "NO" parece ser su única palabra, pero una actitud de extremo negativo puede ser la responsable de una interferencia en el desarrollo normal de la comunicación verbal. Esta actitud puede ser una característica general de la conducta del niño o bien dirigida hacia las personas responsables del entrenamiento de su habla, tales personas pueden ser sus padres o maestros. Generalmente la actitud asumida es "yo no hablaré porque tu quieres que yo lo haga". Subyacente a esto suele encontrarse un desorden emocional producido por algún problema de grandes dimensiones para el niño en su ambiente.

Para Azcoaga (1971) el mutismo selectivo es una pérdida transitoria del habla, que puede presentarse en forma aguda, integrando una reacción histérica frente a un trauma emocional. Como consecuencia del impacto emotivo el niño pierde bruscamente el habla por espacio de días o semanas. Su actitud inhibida hace que no responda a las solicitudes verbales de quienes le rodean, pareciendo como suspendida también la comprensión del lenguaje, aunque ésta se halle conservada, pese a que la falta de respuesta, no permite comprobarlo momentáneamente. Debido a esto el niño da la impresión de ser un sordo; también este desorden suele considerarse como una manifestación neurótica de alguien que hasta esos momentos habló normalmente, y precedida casi siempre por la situación que la provocó, elementos estos que sirven para diferenciarlo de otros tipos de mutismo. A veces el mutismo adquiere -

el significado de un acto de protesta mediante el cual el niño pretende --- exteriorizar su inconformidad o ejercer resistencia frente a un ambiente coercitivo. Con su silencio busca neutralizar, un trato que consideran injusto en relación a sus hermanos, de una educación rígida y agobiante.

Este mutismo puede ser selectivo y manifestarse solo ante quienes lo provocan, siendo aquí evidente su significado de rechazo o de protesta.

Por último nos parece pertinente afirmar que las mismas consideraciones finales hechas al diagnóstico diferencial del autismo, resultan válidas para el caso de la sordera sin olvidar que los métodos diagnósticos y terapéuticos habrán de ser cualitativamente diferentes, considerando las diferencias propias de cada desorden.

3.6. Etiología.

En la psicología de la sordera se asume que en la pérdida del oído existe una relación recíproca entre el tipo de sordera y la causa de la misma.

Las causas de la sordera varían de un área topográfica a otra, como se explica más adelante, asimismo varían con la edad. A continuación señalaremos las principales causas de la sordera, tomando en cuenta la topografía del daño:

Oído externo.

La sordera conductiva suele deberse a bloqueos que se producen en la abertura del canal o en el canal mismo. Estos bloqueos pueden ir desde una severa obstrucción congénita (atresia), hasta el problema común de una excesiva acumulación de cerumen. El oído externo también puede considerarse una zona con cierto riesgo para algunas enfermedades que afectan cualquier órgano cubierto por piel, tales como el impétigo, eczema, hongos, herpes. - Cuerpos extraños en el canal del oído también pueden producir irritación en los oídos. Quizá la causa más común de daño en el canal auditivo es el uso de instrumentos tales como pasadores, clips u otros objetos con el propósito de remover el cerumen.

Oído medio.

La membrana timpánica puede dañarse por cambios repentinos y externos en la presión del aire, tales como una explosión o por la perforación producida por un objeto punzocortante que se introduce en el canal del oído. Las infecciones en el oído medio pueden causar que la membrana timpánica sea forzada, ya sea hacia el interior o hacia el exterior. Si la infección en el oído medio produce una acumulación suficiente de fluido, el tímpano puede distenderse hasta romperse y hacer que el fluido escape hacia el canal externo. El bloqueo del tubo de Eustaquio, puede producir una presión del aire en la cavidad del oído medio empujando la membrana timpánica hacia adentro.

tro por la presión de aire externa.

Muchas de las condiciones que se presentan en el tímpano se producen por la inflamación del oído medio. A esta condición, se le conoce como Otitis Media, la cual se da por una infección que penetra al oído medio vía el Tubo de Eustaquio. Los niños tienen una alta incidencia de infecciones respiratorias superiores; igualmente, ellos suelen padecer mucho más de Otitis Media que los adultos. El oído medio está conectado con los espacios aéreos en el área mastoidea por lo tanto las infecciones del oído medio pueden propagarse hacia los recubrimientos de las células mastoideas, de manera que éstas se llenen de fluido.

Las Osteoclerosis, también es una enfermedad común que afecta la cápsula ósea del oído medio. La causa es desconocida, pero pareciera que hay una predisposición heredada a ello. En esta enfermedad el hueso capsular es destruido y reemplazado por una red de cartílagos. Considerando el pequeño tamaño del oído medio, uno puede imaginarse la reducida cantidad de crecimiento necesario para impedir el movimiento de los oscilos; pero esto no siempre produce una pérdida de audición. Esta es una enfermedad de los jóvenes, ocurre más frecuentemente en adolescentes y en adultos jóvenes.

El deterioro de la audición es gradual y no completo. Cuando aparece por vez primera, la pérdida de la audición, el paciente frecuentemente sufre de sonidos en los oídos, esta enfermedad suele corregirse con cirugía.

Oído interno.

Las causas más importantes de la sordera sensorio-neural son la edad avanzada, las drogas ototóxicas y el ruido. Entre los niños, la sordera sensorio-neural se encuentra frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, tales como la escarlatina, meningitis, paperas y alguna otra enfermedad que deteriore la audición. La sordera congénita puede ser causada por virus en la madre durante el embarazo, a saber: el sarampión, la rubéola, la sífilis, en los primeros meses.

El factor Rh también puede asociarse con la pérdida de la audición. La herencia también es un factor conocido en algunos casos, pero al menos que -- ambos padres padezcan de sordera hereditaria, las probabilidades de que el niño llegue a ser sordo son bajas.

Resulta sorprendente, y muy frustrante que la categoría Etiológica más frecuente para la sordera ha sido la causa desconocida, la cual se presenta en más del 30% de los casos.

3.7. Memoria.

La formación de asociaciones.

En lo que se refiere a la memoria de los niños sordos, el primer estudio sobre esto fue el llevado a cabo por Pinter y Paterson (1916) nos informan sobre la inferioridad que poseen estos niños de formar asociaciones arbitrarias entre cifras y símbolos convencionales.

Myklebust (1960) llama la atención sobre el hecho de que los niños sordos - en comparación con los que oyen, exhiben globalmente una inferioridad en -- pruebas de código.

La prueba de código incluida en la escala de Wechsler para niños aplicada a 300 niños sordos de 6 a 10 años por Murphy (1957), ha comprobado igualmente, por término medio, los peores resultados en esta prueba, mientras que, evaluando el conjunto de subpruebas, su nivel no es significativamente diferente desde los oyentes.

Furth (1961) utilizando una prueba que exige a los individuos a asociar los colores con los objetos (representando animales), encontró que en grupos de niños sordos de 7 a 12 años, los resultados son equiparables a entre éstos y los que oyen, hasta los 10 años, pero en las dos últimas edades los sordos no progresan como los oyentes, pareciendo entre ellos una notable diferenciación.

Memoria inmediata.

Según Colin (1980), el campo de la memoria inmediata viene delimitado por el número máximo de elementos que el individuo puede reproducir inmediatamente después de su presentación sucesiva.

Igualmente Pintner y Paterson (1971) fueron los pioneros en ese campo reali

zando la primera investigación de la memoria inmediata. De ese estudio se desprendió que los sordos resultan inferiores a los oyentes. La confirmación de estos hallazgos la obtuvo Habauzit (1949), comprobando también una evidente superioridad de los sordos tardíos con respecto a los otros sordos.

Blair (1957) hizo un estudio más sistemático, utilizando tres tipos de material: cifras, figuras que representaban objetos familiares y patrones de puntos del tipo dominó. Con este material Blair requería no la reproducción, sino el reconocimiento de los estímulos (el niño tiene ante sí un conjunto de ellos y después indica la presencia de los que recuerda).

En esta tarea los sordos obtuvieron menores puntajes de los que oyen.

Por otra parte y empleando los cubos de Knox, se encontró que los niños sordos no tienen aquí la inferioridad que se encontró en otros casos. Blair (1957) comprobó una ligera superioridad en estos individuos, pero no era estadísticamente significativo.

Memoria diferida.

Según Colin (1980) varias son las experiencias que se han realizado para estudiar la memoria de los niños sordos, utilizando distintos materiales (objetos concretos, ilustraciones, figuras geométricas y material visual) (Linder, 1925; Vertes, 1931; Moorsh, 1936; Habauzit, 1949; Blair, 1957; Snijders-Oomen, 1962).

Como veremos, pareciera ser que estas capacidades difieren según el tipo de material utilizado. Las pruebas que involucran objetos concretos o formas que representen tales objetos son bien resueltas por los niños sordos, que en diferentes repeticiones se han mostrado superiores a los oyentes (Lindner, 1925).

Habauzit (149) encontró una superioridad de los niños sordos en las pruebas de dibujos de objetos que forman parte de la ficha de orientación profesional de Piéron, que consiste en reconocer, después de observar una página en que figuran las imágenes de dos objetos familiares, los cambios de lugar y los detalles modificados que se presenten en una segunda hoja, en forma consecutiva a la primera.

En esta prueba los niños sordos obtienen una puntuación media de 12 sobre un máximo de 24, contra 7 y 8 que logran los oyentes.

También Habauzit encontró que el empleo de un material verbal no parece favorecer a los sordos. Estos son algo inferiores pero menos de los que se espera de ellos, por lo contrario, cuando se les enfrenta a estructuras lógicas o gramaticales, los sordos se muestran incapaces.

Por otra parte y tomando en cuenta la cantidad de estímulos presentados Brill y Orman (1953) han comprobado que los niños sordos de una edad media de 14 años no difieren de los oyentes cuando se trata de reproducir frases de 4 a 5 palabras, pero que si diferencian significativamente de éstos cuando se trata de frases de 8 ó 10 palabras.

En 1973 Herren y Deleau en lo que se refiere a memoria diferida revelaron una igualdad entre sordos y oyentes.

Resumiendo lo anterior y tomando en cuenta las aportaciones de Colin (1980) podemos afirmar que el niño sordo está en desventaja con el oyente, por el hecho de no poder evocar con la misma facilidad el nombre de los objetos que tienen adelante, lo mismo que puede aplicar al caso de los números etc. Esta evocación constituye un factor suplementario para la fijación de los estímulos, de esto puede desprenderse alguna causa de su desventaja en la memoria.

3.8. Adquisición del lenguaje hablado y uso de signos.

Los niños sordos ocupan un lugar único en la investigación sobre el desarrollo lingüístico y cognitivo. Los niños sordos, aún los que no están totalmente privados de la audición, perciben los sonidos en forma distorsionada, lo cual genera que les resulte inmensamente difícil condicionar, procesar y reproducir los sonidos.

A pesar del temprano inicio en las escuelas para sordos y de los diversos programas educativos dirigidos a la adquisición de algún tipo de lenguaje, muchos niños sordos no adquieren ni los rudimentos de su lenguaje materno y un número aún más alto nunca tendrá las modulaciones correctas del lenguaje hablado. Sobre esta misma línea el niño sordo accede al lenguaje hablado y de signos más tarde que el niño que oye, incluso en los casos de educación precoz o educación preescolar.

Por medio de los métodos globales basados en la lectura labial y ayudados por la ortofonía y la desmutización, es posible que el niño entre los 5 y los 6 años se introduzca al lenguaje oral y de signos.

A pesar de esto, los déficits en los procesos cognoscitivos (Colin 1980), no le permiten desarrollar intereses propios de su edad, hacia la lectura. Particularmente, el interés por el lenguaje oral es menor, puesto que su pensamiento está organizado de otra forma; esta organizado con un lenguaje convencional a sus necesidades. En resumen la sordera no solamente crea un retraso, sino también, una desviación en el aprendizaje del lenguaje.

El niño sordo en la adquisición del lenguaje oral y de signos, con una mímica anteriormente utilizada o paralelamente aprendida, así, existen casi necesariamente, interferencias de la mímica sobre el lenguaje aprendido (con las limitaciones y hábitos de pensamiento que imponen).

Los esquemas lingüísticos están por tanto, distorcionados por los hábitos -

de situaciones anteriores. Aún cuando la mímica no existiera, las desviaciones indicadas anteriormente harían difícil el acceso al lenguaje normal.

El niño sordo se acerca por tanto al aprendizaje del lenguaje oral y de -- signos con una acentuada desventaja; el período sensible del lenguaje no - puede explotarse al máximo, la organización anterior al pensamiento concuerda mal con los conceptos sociales y no favorece el interés por el lenguaje; el pensamiento impregna demasiado concretismo a los objetos, no obstante, - al igual que sucede con el niño oyente, la necesidad de comunicación es intensa, es por ello que cierto porcentaje de personas sordas (12%), Liben -- (1938) logra alcanzar una adecuada competencia lingüística y otras (4%) lle-- gan a ser lectores o hablantes proficientes. Sin embargo la gran mayoría - no llegan a ser competentes en relación a la fonología, semántica o sintá-- xis de su lengua materna, adquiriendo tan sólo un lenguaje más viso-motor - que auditivo-vocal.

3.9. Motricidad en niños sordos.

Todos los trabajos enfocados al estudio del desarrollo del niño han dedicado cierto interés en la exploración de la motricidad y del desarrollo físico debido a que éstos son considerados como reflejos de la maduración del sistema nervioso central. Esta maduración es uno de los factores fundamentales del desarrollo psicológico (Colin, 1980). No tratamos de buscar en los niños sordos si los factores de maduración contribuyen o no al retraso en el desarrollo, puesto que estas se ponen de relieve en el terreno de la inteligencia, sino de comprobar que la motricidad está relacionada con la actividad de distintas modalidades sensoriales. Las actividades del aparato muscular están coordinadas entre ellas por el sentido kinésico y adaptadas al entorno por mediación de la vista. Podríamos suponer que el oído contribuye de algún modo a adaptar los movimientos a las condiciones del mundo exterior, pues este conocimiento viene posibilitado por este sentido. De ser así, la pérdida de la audición comporta entonces una mediana regulación motriz, caracterizada por un andar pesado y poco seguro, asimismo esta condición se acentúa conforme se incrementa la edad del niño. Partiendo de esto podemos citar algunos estudios relacionados con el tema:

Ewing (1943) y Kendall (1957) han comprobado un retraso en la adquisición de la posición sedente en el andar y en la capacidad de manipulación normal del niño. Myklebust (1954) no encuentra diferencias significativas en la motricidad de sordos y oyentes de nivel mental normal.

Frisina (1955) observó que los sordos débiles tienen un desarrollo motor atrasado en relación a los sordos profundos y que esto se acentúa más en los afectados de sordera exógena. (congénita o adquirida precozmente).

Por otra parte Myklebust (1960) utilizando una escala que comprende pruebas para motricidad y que permite calcular un cociente de desarrollo motor, a partir de una edad motriz, encontró que en las pruebas que conciernen a la coordinación dinámica general, la rapidez, la simultaneidad de movimientos y la sincinesia, los deficientes auditivos profundos de 8 a 14 años presentan retrasos considerables. La edad media global de la muestra era de 9.6,

mientras que la edad cronológica media era de 11.10.

En nuestra revisión de la literatura de este tema nos percatamos de que --- existen pocos trabajos acerca de la motricidad del niño sordo, es por ello que no se pueden realizar conclusiones certeras.

3.10. Pronóstico.

Para el establecimiento del pronóstico de la sordera es importante considerar la etiología y la edad de aparición de la misma. Por ejemplo, si la sordera se da por la destrucción laberíntica por ahora no se dispone de una curación médica ni quirúrgicas. Según Perelló (1978) el pronóstico es más favorable para la sordera congénita que para la adquirida. Si la sordera se adquiere por meningitis, el pronóstico resulta ser sumamente malo y esto se acentúa al existir lesiones cerebrales. Por otro lado de acuerdo a Reynier (1959) la sordera hereditaria es más difícil de remediar ya que estos pacientes presentan un déficit intelectual más acentuado y suelen tener más obstáculos en su adaptación social.

A pesar de todos los métodos educativos empleados en la rehabilitación de los sordos, hay que reconocer que la adquisición de una habla fluido es muy difícil.

En cuanto al pronóstico social, no podemos ser tan pesimistas, el sordo adulto en general encuentra un puesto laboral, puede ganarse la vida, tener un círculo de amistades y se desarrolla totalmente dentro de sus posibilidades.

3.11. Generalidades acerca de los deterioros esenciales en niño sordo.

Se puede caracterizar la situación de estos niños, distinguiéndose en ellos cuatro tipos de desventajas esenciales:

a) Desventaja biológica y psicofisiológica.

El sentido del oído advierte de ciertos peligros antes de que sean inminentes, permitiendo, por consiguiente evitarlos. Su privación o desaparición aumenta la vulnerabilidad del individuo, por lo que los sordos se encuentran expuestos a ciertos riesgos de accidente.

Otro aspecto importante es que el oído interno sean ubicados los canales semicirculares que informan acerca de la cinética del cuerpo, y el utrículo y el sáculo, que a su vez lo hacen acerca de la orientación del cuerpo en el espacio durante sus desplazamientos.

Ahora bien, un trastorno en estos órganos provocará dificultades a nivel del sentido del equilibrio, y de la orientación en los medios donde los desplazamientos no se guían por la vista.

b) Desventaja verbal.

La deficiencia más notoria es la mudez, consecuencia esta de la sordera. En cuanto a la adquisición del lenguaje, tenemos que el niño deficiente auditivo profundo, presenta un retraso en su adquisición; además el niño debe relacionar los significantes y los significados concretos, multiplicando las asociaciones entre los vocablos, los objetos o las situaciones, representando ésto una alta dificultad para las asociaciones de tipo abstracto (Colin, 1980).

Revisando la importancia del lenguaje en el desarrollo cognoscitivo, se distinguen dos formas de influencia, y por ello dos clases de efectos. Olerón (1972), clasifica los sujetos en "instrumentales" (o directos y "de ejercicio" (o indirectos). Al lenguaje se le -

dá la categoría de instrumento pues facilita la puesta en orden de los conocimientos, su almacenamiento y su evocación. Ayuda a dominar la diversidad y la complejidad de la información al igual que a analizarla y a ordenarla. Esto permite la puesta de común de los conocimientos y la confrontación de diferentes puntos de vista que amplían, por consiguiente, la comprensión.

Por otro lado se cuenta con el efecto "de ejercicio" por el que el individuo adquirirá una serie de esquemas de acción práctica. El lenguaje permite un cierto retroceso en relación a las impresiones inmediata, y nos proporciona de esta forma una solución más fácil y más conveniente a ciertos problemas, constituyendo una abstracción de la realidad.

Otro punto de vista de muchos psicolingüístas modernos, comparten concepciones teóricas de Piaget sobre la relación del lenguaje y - la cognición.

Si Piaget (Colin, 1980) acerta al suponer que el crecimiento cognitivo es independiente del lenguaje, parecería seguro asumir que los niños que nacen con déficits profundos o severos del oído exhibirán las mismas características que los niños que oyen normalmente. Estudios de la inteligencia de los niños sordos entre los años de 1930 y 1967 basados en pruebas de inteligencia de ejecución como el Pinter Non-language test, Grace Arthur Performance Scale y el Chicago Non-Verbal Examination, indican que la distribución de la inteligencia entre los sordos es esencialmente la misma que los que oyen (ver non, 1969). Estos tests de C.I. están basados en la norma y solamente indican como se realiza el niño en relación a un grupo. No esclarecen los factores básicos involucrados en el proceso del pensamiento, ni como reacciona el niño cognitivamente hacia su ambiente.

Otros investigadores se han enfocado al estudio de aspectos psicológicos tales como la inteligencia, percepción visual, memoria, -

abstracción, formación de conceptos, etc. Furth (1973) y sus colaboradores estudiaron las ejecuciones de niños y adolescentes sordos hacia algunas tareas tipo Piaget. Sustituyeron el signo -- por lenguaje escrito y hablado. Para clarificar los requerimientos de las tareas Furth, reportó que el grupo de sordos era igual al que los que oyen en muchas tareas, pero inferiores en algunas. Por ejemplo, encontraron retraso en la memoria a corto plazo para dígitos y deficiencias en la conceptualización de los opuestos.

Furth (1973) atribuye este déficit a la falta de estimulación ambiental, más que a las limitaciones lingüísticas.

Sobre esta línea, en una tarea de conservación en la que una bola de plastilina se transforma en una salchicha a la vista del observador, el niño sordo mejora su ejecución cuando se le proporcionan direcciones no-verbales.

Furth ha concluido después de extensas investigaciones que en el período preoperacional, los niños sordos funcionan tan bien, comparativamente, como los niños que si oyen y que provienen de ambientes educativos con poca motivación. Cree que en este período el lenguaje no es necesariamente una condición para operar cognitivamente de forma efectiva. Sin embargo, es muy probable que el lenguaje tiene un efecto indirecto para las operaciones formales, en las cuales la lógica, la hipotetización y la solución de problemas requieren de la simbolización. Los adolescentes sordos del estudio de Furth, mostraron un déficit representacional general y fallaron al desarrollar la clase de pensamiento abstracto esperado por los adultos. Resumiendo, parece ser que el lenguaje ha de sostener el desarrollo cognitivo en todos los períodos.

c) Desventaja intelectual.

Los niños sordos presentan un desarrollo psicológico más lento y -

el retraso será más acusado en tanto que las tareas sean más abstractas (Colin, 1980).

Tenemos pues, que la sordera dificulta la adquisición de ciertos conocimientos en la medida en que mengua las facilidades de acceso a éstos por lo tanto, hace más difícil la realización de ciertas tareas que dependen de la posesión de algunos conocimientos adquiridos a través de la audición.

Generalmente se ha aceptado que la valoración de la inteligencia -ya sea mediante los test de C.I., o las valoraciones tipo Piaget- constituyen una ciencia inexacta. El problema radica en la necesidad de medir las pequeñas incidencias de conducta en un período de tiempo determinado, en una situación artificial y después de hacer generalizaciones acerca de como un individuo funcionará en el mundo real.

El descontento con las prácticas psicométricas en las escuelas -especialmente el caso de puntajes de C.I.- para dividir la colocación de los niños retardados en las diferentes escuelas es muy extenso.

La situación para los niños sordos puede resultar más severa. En muchos casos poseen mínimas habilidades para hablar y tienen dificultades para entender que es lo que se espera de ello. Como regla los puntajes de los niños sordos suelen resultar bajos si la prueba requiere habilidad para hablar. Debido a sus problemas de comunicación, los puntajes en las situaciones de prueba en los que el tiempo es un factor importante suelen ser bajos.

A continuación mencionaremos los principales hallazgos sobre la inteligencia de los niños sordos, que se han dado a través de diversas investigaciones.

Primeramente, Pinter (Pinter, Etsenson, Stanton, 1941) revisó y re

sumió todos los datos disponibles sobre la inteligencia de los niños sordos. Aunque los resultados de las diferentes investigaciones eran contradictorias, Pinter concluyó que los niños sordos son inferiores en inteligencia. Puntualizó que el promedio de retardo era de 10 puntos de C.I., comparados con los niños que si oyen. Reportó una variación relativamente pequeña a través de diferentes tipos de tests. (Test del dibujo del hombre).

Revisando el trabajo realizado por Pinter, Myklebust (1953), concluyó que la evidencia indicaba que los niños sordos son generalmente inferiores en inteligencia. Sin embargo, Myklebust valora su postulado, argumentando que aunque los niños sordos fueran cuantitativamente (en términos de puntajes de C.I.) iguales a los que oyen, no eran necesariamente cualitativamente iguales. Opinó que los aspectos cualitativos del funcionamiento perceptual y conceptual de los niños sordos, y su razonamiento, parecieran ser diferentes. La interpretación de Myklebust (1953) sobre los resultados de la investigación concluyeron de la siguiente forma:

"La sordera provoca que los niños se comporten de manera diferente, la sordera no causa simplemente una inhabilidad en la comunicación humana, provoca que el individuo vea, huela, use sensaciones táctiles y kinestésicas, de forma diferente. Y quizá algo más importante que todo esto, pero también quizá debido a éstos, el niño sordo percibe diferente. Como resultado de todos estos cambios en su funcionamiento, su personalidad y su conducta también sean diferentes".

Myklebust y Brotton (1953) comentan que toda la concreción que se les ha atribuido a los sordos establece que la sordera restringe el funcionamiento del niño a un mundo de objetos concretos.

En una revisión de la literatura sobre la percepción, cognición y lenguaje, de los niños sordos, Rosenstein (1961), observó una falta de acuerdo sobre la terminología, por ejemplo notó, que el tér-

mino habilidad abstracta se había utilizado para referirse a las - tareas de razonamiento aritmético.

En otros contextos a estas mismas tareas se les había enunciado de otra forma, por ejemplo, un test de relación figura-fondo era in--terpretado por un investigador como representante de una habilidad perceptual y por otro comorepresentante de una habilidad conceptual.

Rosenstein revisó algunos estudios llevados a cabo con niños sordos y encontró que no había diferencias entre los niños sordos y los - oían en las ejecuciones conceptuales, cuando se presentaban facto- res lingüísticos dentro de la experiencia del lenguaje de las mues- tras de los niños sordos. Concluyó que la esfera del pensamiento- abstracto no está cerrada para el niño sordo.

Furth (1964) alcanzó conclusiones esencialmente similares y encon- tró que la ejecución pobre de los niños sordos en algunas tareas - puede explicarse parcamente, ya sea por la falta de experiencia ge- neral que favorece los hábitos lingüísticos.

Utilizando una aproximación distinta, Vermon (1967) revisó un total de 31 investigaciones llevadas a cabo en más de 8 mil niños sordos entre 3 y 9 años. Estos representaban todos los estudios sobre in- teligencia de niños sordos realizados de 1930 a 1966, que Vermon - pudo localizar y que involucraban 16 pruebas de ejecución sobre in- teligencia. Vermon reportó que en 13 de los experimentos, los ni- ños sordos obtuvieron puntajes medios comparándolos con los gru- -pos control. En siete estudios los puntajes no fueron significati- vamente diferentes, en los 11 estudios restantes, los niños sordos obtuvieron puntajes inferiores.

Por lo todo anteriormente expuesto se concluye que los niños sordos no son intelectualmente deficientes, sin embargo, el consenso pun- tualiza que -sobre la base de sus habilidades pobres en el uso del

idioma materno- su lenguaje es deficiente.

Por último la evidencia disponible sugiere que la condición de sordera no impone limitaciones sobre las capacidades intelectuales de los individuos, tampoco se puede afirmar que los niños sordos piensen de manera más concreta que los que oyen o que su funcionamiento intelectual resulte deficiente. Como grupo, los niños sordos - funcionan dentro del rango normal de inteligencia, y éstos mismos exhiben la misma amplia variabilidad que la población que oye.

d) Desventaja social y psicológica.

De acuerdo a Colin (1980) y desde un punto de vista social y psicológico, la sordera favorece en el niño un aislamiento, y esto se debe a que existe la supresión de algunas comunicaciones que pasan por el canal de la audición, así, el niño sordo, privado de los medios naturales de comunicación, en este caso auditiva y aparentemente verbal, presentará pocos elementos favorables que le permitan una adecuada socialización.

En una revisión de estudios de las características de personalidad de los niños sordos, Donoghue (1968) concluyó que la pérdida del oído, ya sea por completo o parcialmente, conduce a un incremento en el número e intensidad de síntomas atípicos conductuales.

Fusfeld y Brunswi (1977) sugirieron que los sordos son más neuróticos, introvertidos y menos dominantes, que aquellos que oyen y hablan.

Soloman (1943) consideraba a los sordos como inmaduros, sumisos y dependientes y que también presentan la tendencia a ser más inseguros apáticos y ansiosos.

En un estudio de adolescentes sordos en edad escolar y utilizando el WAIS y el Roscharch, Levine (1964) encontró que eran egocéntri-

cos, irritables, impulsivos, con inmadurez emocional y adaptabilidad emocional deficiente.

Myklebust (1964) notó una inmadurez en relación a su interacción social y la prueba del M.M.P.I. que se les aplicó señalaba ciertas reacciones psicóticas.

Springer y Roslaw (1938) reportaron una alta incidencia de tendencias neuróticas entre los sordos, así como un grado elevado de conductas represivas.

Baróff (1955) enfatizó que los sordos exhiben cierta falta de ansiedad, de introspección y de control impulsivo. Levine (1948) encontró algo parecido, pero sugirió que tales conductas reflejaban mecanismos normales de ajuste.

Altshuler (1962, 1963) caracterizó la conducta de estos niños en términos de egocentricidad, falta de empatía, impulsividad y ausencia de introspección.

Thomas (1931) revisó un número considerable de estudios sobre la relación entre la sordera adquirida y el trastorno psicológico, concluyendo que existe una relación en ambas, al menos en un nivel psiconeurótico. Sin embargo hay poca evidencia que apoye el punto de vista de que la sordera provoca o al menos incrementa la probabilidad de reacciones paranoicas.

El inicio de la pérdida de la audición interrumpe la conversación impone una restricción constante sobre las relaciones personales; el niño sordo puede intentar alejarse del contacto social para evitar el riesgo de los efectos del aislamiento y la soledad, el no conocer o mal entender los que otros dicen sobre él, puede contribuir a aumentar su sospecha o más aún genera reacciones paranoides (Thomas 1931). La falta de contacto con los sonidos del medio - -

ambiente, puede tener un efecto desorientador.

Por otra parte Colin (1980) refiere que los niños sordos en comparación con los que oyen, presentan ciertos síntomas de retraso en el desarrollo. El elevado número de respuestas emocionales, significación para el autor un gran infantilismo, y la rareza de las respuestas triviales reveló un cierto déficit de socialización de los niños sordos.

Hess (1980) comparando también a los niños sordos con niños que --oyen, encontró que los primeros se muestran impulsivos, poco inclinados a buscar contactos sociales, menos capaces de experimentar --sentimientos, muy apasionados y que tienden a la depresión.

Difícilmente se adaptan a nuevas situaciones y tienen menos conciencia de individualidad de los demás. Reportan respuestas sintomáticas de experiencias sociales inestables, menos realistas, egocéntricas y que indican dificultades bastante grandes en la percepción correcta de la expresión de las emociones. Nunes de Ascensao (1970) estudió la representación de sí mismo en los niños sordos, encontrando, que presentaban menor confianza en sí mismos y un egocentrismo más acentuado en relación a los que oyen.

Resumiendo, algunos autores creen que todas las formas de ajuste --pueden encontrarse en igual medida entre los niños sordos y los niños oyentes; para Furth (1966), no existe la personalidad del sordo. Para otros, los sordos tienen, a menudo, una conducta normal --en una situación normal. Para Oléron (1972) "de todos los rasgos característicos que podemos reslatar en el sordo, es bien evidente que la sordera no es la causa directa, sino la consecuencia de las situaciones y experiencias que la misma sordera provoca".

Según el punto de vista desde el que se estudie al niño, los rasgos de personalidad señalados serán distintos, pueden modificarse con la edad y pueden depender del nivel de la sordera. También se puede observar, que un niño sordo que crezca en el mundo de los oyentes no puede tener como estos, el mismo desarrollo de personalidad.

3.12. Lenguaje mímico.

Como ya habíamos mencionado el lenguaje desempeña un muy importante papel en la evolución de la afectividad, la formación de la personalidad, el acceso a la vida social y a los procesos cognoscitivos, es por ello que el sordo ha de desarrollar un lenguaje particular y lo más accesible a la generalidad de su entorno (Colin, 1980). Es así como se desarrollan ciertas formas de lenguaje gestual, tal como la mímica, que para Wundt (1904) es producto natural del desarrollo de los movimientos de expresión. Según Parello (1970) el lenguaje mímico lo poseen todos los sordos sin que específicamente se les haya enseñado. El gesto-expresión de un pensamiento en el sordo no corresponde a la palabra-frase del niño oyente. Colin (1980) define al lenguaje mímico como un conjunto de gestos elaborados destinados a la comunicación entre individuos. Este tipo de lenguaje permite que subsistan numerosas ambigüedades a consecuencia de la indiferenciación de ciertas categorías de signos y así tenemos: silla y sentarse; cuchillo y cortar, etc., que son expresiones que utilizan el mismo gesto, también el lenguaje mímico por su propia naturaleza no permite más que un pensamiento sincrético y da lugar interpretaciones no solamente afectivas, sino también objetivas.

Por lo que se refiere a la adquisición del lenguaje mímico, esta atraviesa por ciertas etapas de igual modo que la adquisición de la lengua hablada, se ve como aumentan y se enriquecen los procesos de expresión. La designación se completa con la presentación figurativa y después, por la alusión, al mismo tiempo que el gesto se socializa y se adapta en función de los grupos que lo utilicen. Entonces, teóricamente el gesto podría tener las mismas posibilidades que el lenguaje oral; pero para ello, sería necesario que fuer empleado por los que rodearan al niño sordo al igual que son empleadas las palabras por el oyente, ésto como vemos no suele suceder.

Queda, no obstante, un instrumento simbólico el cual podría utilizarse para expresar las ideas abstractas; sin embargo retiene demasiado de lo concreto de manera que no ayuda más de mediocrementemente al logro de las ideas abstractas (Colin, 1980). "La inferioridad manifiesta de los sordos frente a las

102

pruebas de clasificación múltiple por ejemplo atestiguan esta dificultad para desprenderse de lo percibido". La utilización de la mímica podría muy bien contribuir a prolongar las etapas de operaciones del nivel perceptual.

3.13. Aprendizaje en el niño sordo.

En el estudio de la condición del niño sordo se ha observado que un porcentaje considerable de ellos presenta lo que algunos especialistas denominan problemas conductuales y problemas de aprendizaje (Moore, 1978), suponiendo que algunos de estos problemas pudieran deberse a una disfunción cerebral mínima (Anderson, 1971) y otros a la condición de sordera por sí misma. También se ha comprobado que una educación inapropiada al igual que inadecuados procedimientos de consejo psicológico pueden aumentar el número de niños sordos con problemas de aprendizaje. Hasta el momento no está muy claro cual es el porcentaje de niños sordos que también presentan problemas de aprendizaje o conductuales significativos. En términos de incidencia Ries (1973) presentó un reporte de 41109 estudiantes con sordera de los cuales 3338 exhibían problemas emocionales y conductuales; 1885 tenían desordenes perceptuales y motores; 910 presentaban problemas de aprendizaje y 168 daño cerebral.

Jensema y Trybus (1965) reportaron una incidencia de 7.9% de niños sordos con problemas de aprendizaje, emocionales o conductuales. Del reporte de estos autores se desprende la observación de que 9.8% de la población eran hombres y el 5.6% eran mujeres. Aunque la relación entre el sexo y la sordera sea francamente alta no puede proporcionarse ninguna conclusión definitiva.

Los trastornos de los niños sordos con severos problemas de aprendizaje o emocionales no resultan en su mayor parte desconocidos y lo poco que se ha hecho para remediarlos son tan solo algunos programas educativos.

Sobre la línea específica del aprendizaje (Parello, 1978) el niño sordo no presenta mayor problema para aprender las nociones del cálculo y el programa de enseñanza de esta materia suele llevarse a cabo de la misma forma que con los niños oyentes. El planteamiento y solución de problemas queda limitado por las dificultades de expresión y comprensión del lenguaje. Pero

- 104 -

aún así, el lenguaje que esta materia ofrece en su desarrollo tiene grandes posibilidades para umentar y extender la comunicación del niño sordo. El aprendizaje de nociones cotidianas como lo relativo a los juegos, la comida, la familia, etc. se lleva a cabo lentamente pero con progeso no así los conocimientos geométricos o las nociones o las nociones de abstracción en las que suelesn presentar severos problemas en su adqusición.

3.14. Características de padres de niños sordos.

En la búsqueda de la literatura concerniente a las características de personalidad de padres de niños sordos, nos encontramos con que ésta es escasa, es por ello que sólo citamos los hallazgos encontrados.

Schlesinger y Meadow (1971, 1972) reportaron que en comparación con las madres de niños pequeños que oyen, las madres de niños pequeños sordos, son más controladas, más didácticas, menos flexibles y menos estimulantes.

Goss (1970) encontró que las madres de los niños sordos muestran con poca frecuencia antagonismo verbal. Colin (1969) reportó que el 40% de la conducta de las madres de los niños sordos en edad preescolar, era muy directa. En su estudio, 13 de las 16 madres podían comunicarle a sus niños solamente cosas o eventos que ocurrieran en el presente en tiempo y/o espacio.

Schelesinger y Meadow (1972), observaron que los padres de niños sordos reportaban una constante preocupación acerca de si eran sobreprotectores o desapegados hacia sus hijos. Exhibían mucha frustración hacia su hijo y utilizaban un estrecho rango de técnica de disciplina, con más predominio de la disciplina física.

Según Colin (1980) los padres de los niños sordos, frente a la herida narcisista que representa la desventaja de su hijo, desarrollan conductas de reparación o de rechazo. Al lado de las actitudes a veces sobreprotectoras o ambivalentes, algunos padres se sumen en una indulgencia que desemboca en derrotismo. El padre está a menudo ausente o inhibido.

IV. METODOLOGIA

4.1. Justificación y planteamiento del problema.

El haber trabajado en rehabilitación de niños autistas durante el servicio social prestado en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría DIF, nos enfrentó a la necesidad de conocer los antecedentes de estos niños, esto motivó frecuentes entrevistas con sus madres (escasas veces con los padres) a las que notabamos tristes, ausentes, confundidas y muy preocupadas. Así, primeramente nos preguntabamos si siempre habían sido de esta manera, si ésto se debía a la presencia de un hijo autista en su familia, si esa condición alteraba de forma alguna la relación madre-hijo, la relación familiar y si al cambiar tales estados, se lograría algún avance tanto para la madre como para el niño y la familia y más ampliamente a preguntarnos que características psicológicas presentan las madres de niños autistas. Entonces buscamos bibliografía sobre el autismo y más específicamente, lo escrito acerca de las madres. En la literatura se les reportaba como obsesivas, frías, de niveles socioeconómicos altos, de inteligencia superior al promedio, de escasas relaciones interpersonales, y -- más aún, como de características psicológicas patológicas, además se suponía que estas características eran las determinantes del autismo, punto -- que llamo nuestra atención. Sin embargo, otros trabajos no señalaban ninguna característica asociada a ellas en especial o algún rasgo patológico, atribuyendo el autismo a otras causas. Estos controvertidos hallazgos, -- nuestras propias consideraciones y el interés en el tratamiento del niño -- así como la búsqueda de alguna alternativa para la situación de la madre nos llevaron a plantearnos realizar esta investigación tratando de explorar las características de las madres de niños autistas, específicamente las de personalidad, inteligencia y ansiedad (que son las que se ha supuesto distinguen a las madres de niños autistas), como antecedentes a un consejo psicológico especial para este grupo de madres, suponiendo que este mejoraría las condiciones de la madre, el niño y el núcleo familiar.

4.2. Objetivo general.

Proponer algunas pautas de consejo psicológico para las madres de niños autistas.

4.3. Obejetivos específicos.

- a) Conocer cuales son las características de personalidad de las madres de niños autistas.
- b) Conocer cuál es el coeficiente intelectual de las madres de niños autistas.
- c) Conocer cuál es el nivel de ansiedad de las madres de niños autistas.

4.4. Preguntas de investigación.

- a) Podríamos encontrar alguna característica de personalidad específica en el grupo autista?
- b) Podríamos encontrar un nivel de inteligencia superior al promedio en el grupo autista?
- c) Podríamos encontrar un nivel alto de ansiedad en el grupo autista?

4.5. Variables atributo.

- a) Personalidad
- b) Inteligencia
- c) Ansiedad
- d) Autismo
- e) Sordera

4.6. Definición conceptual de variables.

- a) Personalidad.- es la totalidad de la persona en la que se incluyen;

- a) su aspecto físico y su conducta externa o su valor de estímulo social, b) la conciencia de sí misma como fuente organizadora permanente de su vida y c) la estructura particular u organización de rasgos mensurables tanto internos como externos (Zimmerman, 1979).
- b) Inteligencia.- para D. Wechsler la inteligencia es el agregado o capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente, para conducirse adecuadamente, éticamente en su ambiente y la capacidad para resolver problemas.
- c) Ansiedad-rasgo.- se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir a las diferencias entre las personas a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.
- d) Ansiedad-estado.- es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión aprehensión subjetivos consistentemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Spielberger, 1975).
- e) Autismo.- para esta definición adoptaremos el criterio de Kolvin (1971).
- (a) iniciación del transtrono antes de los tres años de edad.
 - (b) patrón de conducta de autoaislamiento.
 - (c) reacciones catastróficas a cambios en el ambiente, particularmente a aquellos de variedad topográfica.
 - (d) patrones motores específicos, autoestimulación, movimientos estereotipados del cuerpo.

- f. Sordera.- por sordera entenderemos aquella incapacidad para oír a una extensión de 70db lo cual la imposibilita para el entendimiento del habla y por tanto para su reproducción (Moore 1978).

4.7. Variable extraña.

Consideramos que una variable extraña que no se pudo controlar fue el nivel socioeconómico de los sujetos, ya que se administraron dentro de las dos - - muestras a sujetos de varios niveles socioeconómicos. Tal nivel fue determinado mediante el Buró de Investigaciones de Mercados, S.A. (BIMSA) (Apéndice 1)

4.8. Variabes controladas.

Se controló la edad y sexo de los niños para efectos de apareamiento de las muestras (en función de la muestra autista obtenida).

4.9. Diseño de investigación.

El diseño de investigación empleado fue cuasi experimental ex post facto.

4.10. Delimitación temporal.

El tiempo invertido entre la captación de casos, la aplicación de los instrumentos y el análisis de los datos fue de aproximadamente 18 meses.

4.10 Delimitación espacial.

Esta investigación se realizó en instituciones de asistencia infantil del área del Distrito Federal.

4.12 Diseño de la muestra.

Se empleó un muestreo no probabilístico de poblaciones móviles. Es por ello que los resultados obtenidos aquí no pueden generalizarse para toda la población de madres de niños autistas.

1. Wechsler Adult Intelligence Scale. (WAIS).

Esta escala es una prueba de inteligencia publicada en 1955 por D. Wechsler y está organizada en once subtests, seis de los cuales -- son verbales y los otros cinco de ejecución. La escala verbal es ta constituida por los subtests de información, comprensión, aritmética, semejanzas, retención de dígitos y vocabulario. La escala de ejecución está integrada por los subtests de completamiento de figuras, diseño con cubos, ordenamiento de figuras, ensamble de objetos y símbolos en dígitos. "Las pruebas individuales son calificadas de acuerdo a las normas de cómputo expuestas por el manual de Bellevue. El porcentaje bruto de cada subtest es transformado a puntaje pesado con ayuda de la tabla de porcentajes pesados de Wechsler. La suma de los puntajes correspondientes a los diferentes subtests verbales y de ejecución son transformados en C.I. verbales y de ejecución y la suma de los puntajes de las escalas verbal y de ejecución dan un C.I. total. El factor edad participa mediante las tablas de C.I. especiales para los puntajes pesados de cada nivel cronológico.

Según Rapaport (1977) las ventajas que presenta esta escala son:

- a) A diferencia de la mayoría de los tests de inteligencia, se compone de varios grupos de pruebas homogéneas. En consecuencia, cualquier subtest pone en juego una función específica o conjunto de funciones.
- b) Todos los puntajes correspondientes a los subtests son transformados en puntajes pesados, por lo que resultan así directamente comparables; de este modo un individuo bien adaptado presentará una escasa discrepancia entre sus once puntajes pesados.

2. Minessotta Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Este instrumento apareció en 1942 y fue diseñado por los Drs. Hathaway y McKinley con la finalidad de proveer información objetiva de algunas de las principales características de personalidad que

afectan el ajuste personal y social de los individuos.

Las escalas cuidadosamente construidas y validadas, proporcionan un medio de medición del status de la personalidad del individuo. Esta prueba se compone de 10 escalas, nueve de las cuales fueron originalmente desarrolladas para uso clínico y se denominaron de acuerdo a las anomalías en las que se basó su construcción. Estas escalas han demostrado poseer información significativa sobre el rango normal de conducta y se les conoce por su abreviatura o bien por su número: Hs (hipocondriasis), D (depresión), Hi (histeria), Dp (personalidad psicopática), Mf (masculinidad-feminidad), Pa (paranoia), Pt (obsesivo-compulsivo), Es (esquizofrenia), Ma (manía) e Is (introversión-extroversión).

También contiene tres escalas de validez: L (mentira), F (validez) y K (corrección). Los items de la prueba se le presentan al sujeto en un folleto con una hoja de respuestas adicional. Se califica por conteo de respuestas para cada escala y los puntajes se transforman a puntajes normales, procediéndose así a la interpretación del perfil.

3. Inventario de Ansiedad-rasgo, Ansiedad-estado (IDARE).

Este inventario fue diseñado en 1970 por Ch. Spielberger, L. Gorsuch y R. Lushene y traducido y adaptado para México por Spielberger y Díaz Guerrero en 1975. La prueba está constituida por dos escalas separadas de autoevaluación para medir dos dimensiones de la ansiedad.

a) la llamada ansiedad-rasgo y

b) la llamada ansiedad-estado.

La escala de ansiedad-rasgo del inventario consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala ansiedad-estado también incluye 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen

como se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja.

La escala ansiedad-rasgo indica la presencia de ansiedad neurótica y la escala ansiedad-estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por un sujeto. Las características esenciales que pueden evaluarse con esta escala son: sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión.

Por lo que se refiere a la calificación de este inventario, la dispersión de posibles puntuaciones varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 80 tanto en la escala ansiedad-rasgo como en la escala ansiedad-estado.

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de 4 puntos. Para calificar este inventario hay plantillas para cada una de las respuestas dándoles valores numéricos a cada una. Estos se suman y posteriormente se les agrega una constante determinada resultando así un puntaje final.

4.14. Trabajo de campo.

En el trabajo de campo para captar la casuística se visitaron instituciones de asistencia infantil que brindan servicios psicológicos, psiquiátricos y de educación especial mostrando una carta de presentación expedida por la Facultad de Psicología en las que se especificaban los objetivos del estudio, las características requeridas en los sujetos, los instrumentos de evaluación y el tiempo necesario para su aplicación. Se tuvo una entrevista con los coordinadores del área correspondiente en la institución a fin de obtener la autorización para llevar a cabo la investigación. Habiendo obtenido el permiso se procedió a estudiar los casos reportados como autistas y confirmar el diagnóstico de acuerdo a lista checable de Wing (1980) la cual se encuentra en el Apéndice 2, y poder descartar así los casos que no

concordaran con el criterio señalado. Una vez que se obtuvieron todos los casos de niños autistas de cada una de las instituciones, se solicitó una cita con las madres, en la que se dió a conocer el objetivo del estudio y la necesidad de su cooperación para ser evaluados. Este mismo procedimiento se siguió para la captación de la muestra de madres de niños sordos, - con la diferencia de que el diagnóstico asignado por los médicos se asumió como correcto. Una vez que las madres accedieron a cooperar, se fijaron fechas de aplicación de los instrumentos. Dicha aplicación en tres de los casos de la muestra de madres de niños autistas se llevo a cabo en el domicilio de las mismas debido a que en la institución no fue posible disponer de un cubículo. En el cuarto caso la aplicación se efectuó en un salón de la propia institución. Con respecto a la muestra de madres de niños sordos, la valoración se realizó en su totalidad en un cubículo proporcionado por la institución. Se procuró eliminar en todo lo posible factores de interrupción o distracción durante la realización de las pruebas. - La administración de los instrumentos fue en forma individual y en dos sesiones de aproximadamente 90 minutos, el orden de presentación fue el siguiente: WAIS, MMPI, IDARE.

4.15. Análisis de los datos.

Estadística descriptiva

Para el análisis de los datos se procedió a utilizar el paquete computarizado SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual tocó dos aspectos: la estadística descriptiva y la estadística inferencial.

Para el primero se obtuvo un análisis de frecuencias y para el segundo se aplicó la prueba "t" de student, la cual es una prueba de inferencia estadística que permite conocer si existen diferencias significativas en las medias de dos grupos (Cuevas, 1980).

Los resultados obtenidos por la estadística descriptiva señalan que en las

variables escolaridad, C.I., ansiedad y a las escalas Hs, D, Dp, Mf y Es - del MMPI (excepto Hi, Ma, Pa e Is), no hay datos relevantes. Sin embargo, en la escla Hi, podemos observar que un 37.5% de la población obtuvo un -- puntaje de 12; el 25% de 26; el 12.5% de 18; 12.5% de 23 y 12.5% de 24. La media para esta escala fue de 19.125.

Para Pa tenemos que un 37.5% obtuvo un puntaje de 8; 12.5% de 6; 12.5% de 7; 12.5% de 10; 12.5% de 11 y 12.5% de 12. La media en este caso fue de 8.750.

Para Ma se vió un 12.5% para los valores de 15, 16, 18, 19, 23, 25, 29 y 31. La media obtenida fue de 22.00

En Is el 25% obtuvo un puntaje de 27; otro 25% de 32 y un 12.5% para 29, 36, 40 y 45. Con una media de 33.500 (consultar Apéndice 4).

Estadística inferencial

De acuerdo al análisis estadístico "t" de student, se encontraron diferencias significativas al nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$) en tan - solo cuatro escalas clínicas del MMPI, a saber: para el grupo autista Hi, - Pa, Ma, y para el grupo sordo Is.

En el caso de la escala Hi las medias obtenidas por los dos grupos fueron - las siguientes: Grupo autista (Ga) 24.75 y para el Grupo sordo (Gs) 13.50, con un nivel significancia de 0.003; en Pa tenemos que en Ga la media fue - de 10.25 y en Gs de 7.25, con nivel de significancia de 0.028.

Para Ma la media en Ga fue de 27.00 y para Gs de 17.00, con un nivel de sig-- nificancia de 0.008.

En Is la media para Ga fue de 28.75 y para Gs de 38.25, el nivel de signi-- ficancia fue de 0.035 (consultar Apéndice 5).

4.16. Interpretación de los resultados.

De acuerdo con los datos obtenidos mediante la estadística inferencial y la interpretación de los perfiles del MMPI (consultar Apéndice 7) de cada una de las muestras tenemos que, refiriéndonos a la primer pregunta de investigación planteada. ¿Podríamos encontrar alguna característica de personalidad específica en el grupo autista? - sobre la escala 3 Hi, las madres de niños autistas se caracterizan por presentarse como personas sociales, egocéntricas y convencionales, con negación de la ansiedad mediante la intelectualización y la hipomanía. En la escala 6 Pa estas madres se muestran como razonables, juiciosas, sensibles y con autocontrol. La escala 9 Ma les confiere un alto nivel de energía, hiperactividad y perseverancia. Cabe aquí señalar que uno de los perfiles de este grupo sugirió la presencia de rasgos psicopáticos (caso 3 autistas).

Aunque no se hallaron diferencias significativas en la escala L, F y K analizando los perfiles de las dos muestras se observó que en el grupo de madres de niños autistas hay una demanda de ayuda del mundo exterior para resolver su problemática.

En la muestra de madres de niños sordos en relación a la escala 10 Is observamos que estas se caracterizan por ser introvertidas y menos seguras de sí mismas. Cuando se compararon sus perfiles del MMPI con los de la muestra de madres de niños autistas pudimos ver que estas se presentan como personas adecuadas, poco convencionales, dependientes y prácticas, con un intento de disminuir la ansiedad mediante la búsqueda personal continua de alternativas de solución para su problemática.

Tocante a la segunda pregunta de investigación - ¿Podríamos encontrar un nivel de inteligencia superior al promedio en el grupo autista? - los resultados que obtuvimos no fueron significativos.

De acuerdo a la tercer pregunta de investigación ¿Podríamos encontrar un nivel alto de ansiedad en el grupo autista? vemos que nuevamente los resultados obtenidos no fueron significativos.

4.17. Discusión.

Este trabajo se orientó hacia el estudio de las características de personalidad, inteligencia y ansiedad de un grupo de madres de niños autistas bajo la suposición de que los hallazgos coincidirían con aquellos de Kanner - - (1943, 1949, 1954, 1957). Comparando nuestros resultados con los de otros - trabajos relacionados con las características de personalidad de padres de niños autistas observamos que hay coincidencia al no haber encontrado ningún rasgo patológico en ellos (Klebanoff, 1959; Creak e Ini, 1960; Pitfield, - 1970 y Oppenheim, 1964; Allen et al., 1971; Anthony, 1958; Bene, 1958; Donnelly, 1960; Block 1969; Kolvin et al, 1971; González, 1976; DeMeyer et al., 1972; Wolff y Morris, 1971; Cox, 1975; Rutter, 1971; McAdoo, 1976).

La muestra que estudiamos tampoco presentó el estereotipo conferido a ella por Kanner (1943), es decir, no son socialmente aisladas, ni frías ni obsesivas. Sin embargo, resulta interesante señalar que al igual que en el estudio de Rutter (1972) las madres de niños autistas refirieron haber estado - deprimidas. Por otra parte y de acuerdo a Van Krevelen (1963 y 1971); Ounsted, 1970) encontramos intelectualización e hipomanía.

Por lo que se refiere al C.I. nuestros hallazgos no apoyan la evidencia de que las madres de niños autistas muestren uniformemente un nivel de inteligencia superior al promedio (Kanner, 1943; Rimland, 1954; Lotter, 1967; Treffert, 1970; Rutter, 1971; González, 1976 y Drotar, 1977). Sin embargo concuerdan con el punto de vista de Levine y Olson (1968); Wolff y Morris, (1971), los cuales sostienen que los padres de niños autistas presentan una inteligencia promedio.

En cuanto al nivel de ansiedad presente en las madres de niños autistas, en nuestro estudio observamos que no coinciden los resultados con las investigaciones de González, (1976) y Charles (1974), quienes encontraron niveles de ansiedad significativamente altos. No obstante creemos que el instrumento que utilizamos para medir la ansiedad no proporcionó con amplitud la información requerida puesto que a través del análisis de los perfiles del --

MMPI se pudo observar en el grupo de madres de niños autistas la presencia de un grado importante de ansiedad.

Por otra parte creemos que es importante señalar que los resultados de las pruebas aplicadas, no proporcionan evidencia consistente que apoye las consideraciones de Kanner (1943, 1954 y 1956) y otros autores ya señalados, - acerca de que las características de personalidad, inteligencia y ansiedad sean las determinantes en el autismo infantil. Sin embargo, resulta interesante enfatizar que a través de las entrevistas con las madres de niños autistas notamos la existencia de una conflictiva familiar, pero no fue posible obtener datos para detectar con mayor profundidad tal situación. - - Lo cual nos lleva a sugerir que para futuras investigaciones se estudie la situación de la pareja y la familia.

4.18. Sugerencias.

En el proceso de elaboración de este trabajo nos encontramos con los siguientes problemas: primeramente la falta de estadísticas sobre la población de niños autistas en el D. F. lo cual dificultó la obtención de una muestra - adecuada en relación al número de sujetos, la existencia de muy pocas instituciones dedicadas al tratamiento de niños autistas, así como sus políticas de trabajo, las cuales no permitían en algunos casos la evaluación de pacientes a su cargo. Sobre esto mismo, también tuvimos que descartar varios casos que se nos habían reportado como autistas y que no llenaban el criterio de evaluación al que les sometimos. Otra dificultad presente fue la de obtener la cooperación de los padres para ser estudiados. Algunos de ellos - accedían en un principio, para negarse poco después. Nos enfrentamos también a la limitante de espacio y tiempo para la resolución de las pruebas. - Unas veces no fue posible realizarlas en las instituciones donde se habían captado los casos, por lo que fue necesario hacerlo en el domicilio de los sujetos existiendo una pérdida de tiempo importante entre una cita y otra.

En resumen consideramos que para futuras investigaciones sobre autismo han de tomarse en cuenta y evaluarse con cuidado factores económicos, de tiempo y sobre todo de factibilidad para obtener las muestras. Sugerimos también el desarrollo de estudios tendientes al análisis de la dinámica familiar, - la pareja, la relación padres-hijo autista, mediante entrevistas estructuradas y valoraciones psicológicas diferentes a las empleadas en este estudio. Además nos parece importante señalar la necesidad de que tales estudios procuren en lo posible un trabajo longitudinal tanto del núcleo familiar como del niño autista con lo que creemos se obtendrá mayor información y será un tanto más amplia la comprensión del autismo.

Asimismo, pensamos que sería de interés llevar a cabo estudios comparativos de las características de padres de niños autistas y pacientes psiquiátricos bajo la suposición de que si los primeros son patológicos entonces sus características serán similares a las de los segundos.

Por último creemos que a pesar de las dificultades que ya se han expuesto -

aquí y las enumeradas por otros autores es importante el continuar con el estudio de los padres de niños autistas y del mismo niño autista para proporcionarles alternativas de tratamiento y de comprensión de semejante desorden.

V. APENDICES.

APENDICE I

NIVEL SOCIOECONOMICO

CUADRO I

NIVEL SOCIOECONOMICO

NIVEL SOCIOECONOMICO	GRUPO AUTISTA	GRUPO SORDO
C	2	
D	1	
E	1	4

C - 10 a 20 VECES EL SALARIO MINIMO

D - 5 a 10 VECES EL SALARIO MINIMO

E - 2 a 5 VECES EL SALARIO MINIMO

* - PROPORCIONADO POR BIMSA

Apendice 2

Lista de diagnóstico de autismo infantil anotada por Wing (1980).

A. Deterioros básicos.

1. Problemas que afectan el lenguaje y la comunicación.

(a) Lenguaje hablado.

* (i) Problemas en la comprensión del habla.

* (ii) Anormalidades en el uso de habla.

* Ausencia completa del habla (mutismo) o en el caso de los niños que hablan:

. Ecolalia inmediata.

. Ecolalia tardía.

. Uso repetitivo, estereotipado y rígido de frases o palabras.

. Confusión en el uso de pronombres.

* (iii) Poco control de volumen y entonación de la voz.

* (iv) Problemas de pronunciación.

(b) Lenguaje no hablado y comunicación no verbal.

* (i) Comprensión pobre de la información que se transmite por medio de gestos, mímica, expresión facial, postura corporal, entonación vocal, etc.

* (ii) Ausencia del uso de gestos, mímica, expresión facial, postura corporal y entonación vocal para transmitir información.

2. Respuestas anormales a experiencias sensoriales (indiferencia, fascinación).

- (i) Respuestas anormales a sonidos.
- (ii) Respuestas anormales a estímulos visuales.
- (iii) Respuestas anormales al dolor y al frío.
- (iv) Respuestas anormales al ser tocado.
- (v) Respuestas paradójicas a las sensaciones.

3. Anormalidades en la inspección visual.

- (i) El uso de campos visuales periféricos más que centrales.
- (ii) Ver a la gente y a las cosas con un vistazo en lugar de detenidamente.

4. Problemas de imitación motora.

- (i) Dificultad para copiar movimientos.
- (ii) Confusión derecha-izquierda, arriba-abajo, delante-atrás.

5. Problemas de control motor.

- (i) Brincar, movimientos agitados de los miembros inferiores y superiores, oscilación.
- (ii) Una forma particular, como tropezándose, sin el balanceo adecuado de los brazos.
- (iii) Movimientos gruesos espontáneos o movimientos finos, ambos pueden parecer torpes en algunos niños y en otros graciosos.

6. Anormalidades en el control de las funciones autónomas y vestibulares, y en el desarrollo físico.

- (i) Patrones erróneos de sueño y resistencia a los efectos sedantes e hipnóticos.
- (ii) Patrones erróneos al comer y beber incluyendo la ingesta de grandes cantidades de líquido.
- (iii) Ausencia de vértigo después de girar durante mucho tiempo sobre su propio eje.
- (iv) Simetría inusual en su cara.

B. Habilidades especiales.

* 1. Habilidades que no involucran lenguaje.

Estas incluyen música, aritmética, ensamble de objetos mecánicos y eléctricos, así como ensamble de los mismos.

* 2. Una forma inusual de memoria.

La habilidad para almacenar items por períodos prolongados de tiempo en forma exacta en que se experimentaron por primera vez.

C. Problemas de conducta secundarios.

* 1. Aparente alejamiento e indiferencia hacia las otras personas, especialmente hacia los otros niños.

* 2. Resistencia intensa a los cambios en su medio ambiente, apego a objetos y rutinas, o un interés repetitivo y no creativo por ciertos objetos.

* 3. Reacciones emocionales inapropiadas.

* 4. Ausencia de imaginación.

- a) Ausencia de juego imaginativo o de actividades creativas.
- b) Atención a aspectos menores o triviales de la gente y/o a los objetos en lugar de atención al conjunto.
- c) Marcado interés en actividades repetitivas, en movimientos estereotipados, autoagresión, etc.

5. Conducta socialmente inmadura y difícil.

* Items esenciales para el diagnóstico del autismo infantil según Kanner (1943).

APENDICE 3

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUESTRAS

CUADRO 1
CARACTERISTICAS GENERALES

GRUPO AUTISTA	EDAD DE LA MADRE	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	EDAD DEL NIÑO	SEXO	INSTITUCION	TRATAMIENTO PSICOLOGICO
CASO 1	34	PREPARATORIA	CASADA	5	F	DIF	SI
CASO 2	36	1º de PRIMARIA	CASADA	7	M	DIF	SI
CASO 3	39	PROFESIONAL	SOLTERA	6	M	IEPH	NO
CASO 4	46	PREPARATORIA	DIVORCIADA	12	M	IEPH	SI

CUADRO 2
CARACTERISTICAS GENERALES

GRUPO SORDO	EDAD DE LA MADRE	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	EDAD DEL NIÑO	SEXO	INSTITUCION	TRATAMIENTO PSICOLOGICO
CASO 1	33	2º de PRIMARIA	CASADA	5	F	ICH	NO
CASO 2	37	PRIMARIA	CASADA	7	M	IPPL	SI
CASO 3	32	4º de PRIMARIA	CASADA	6	M	ICH	NO
CASO 4	33	1º de PRIMARIA	CASADA	12	M	ICH	NO

APENDICE 4

ANALISIS DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES DEL MMPI

CUADRO 1

ESCALA 3 HI

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)	
	12.	3	37.5	37.5	37.5	
	18.	1	12.5	12.5	50.0	
	23.	1	12.5	12.5	62.5	
	24.	1	12.5	12.5	75.0	
	26.	2	25.0	25.0	100.0	
	TOTAL	8	100.0	100.0		
MEAN	19.125	STD	ERR	2.263	MEDIAN	18.500
MODE	12.000	STD	DEV	6.402	VARIANCE	40.982
KURTOSIS	-2.248	SKEWNESS		-0.191	RANGE	14.000
MINIMUM	12.000	MAXIMUM		26.000		
VALID CASES	8	MISSING CASES		0		

APENDICE 4

ANALISIS DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES DEL MMPI

CUADRO 2

ESCALA 6 Pd

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)	
	6.	1	12.5	12.5	12.5	
	7.	1	12.5	12.5	25.0	
	8.	3	37.5	37.5	62.5	
	10.	1	12.5	12.5	75.0	
	11.	1	12.5	12.5	87.5	
	12.	1	12.5	12.5	100.0	
	TOTAL	8	100.0	100.0		
MEAN	8.750	STD	ERR	0.726	MEDIAN	8.167
MODE	8.000	STD	DEV	2.053	VARIANCE	4.214
KURTOSIS	-0.901	SKEWNESS		0.446	RANGE	6.000
MINIMUM	6.000	MAXIMUM		12.000		
VALID CASES	8	MISSING CASES		0		

APENDICE 4

ANALISIS DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES DEL MMPI

CUADRO 3

ESCALA 9 Ma

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)	
	15.	1	12.5	12.5	12.5	
	16.	1	12.5	12.5	25.0	
	18.	1	12.5	12.5	35.5	
	19.	1	12.5	12.5	50.0	
	23.	1	12.5	12.5	62.5	
	25.	1	12.5	12.5	75.0	
	29.	1	12.5	12.5	87.5	
	31.	1	12.5	12.5	100.0	
	TOTAL	8	100.0	100.0		
MEAN	22.000	STD	ERR	2.113	MEDIAN	19.500
MODE	15.000	STD	DEV	5.976	VARIANCE	35.714
KURTOSIS	-1.385	SKEWNESS		0.402	RANGE	16.000
MINIMUM	15.000	MAXIMUM		31.000		
VALID CASES	8	MISSING CASES		0		

APENDICE 4

ANALISIS DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES DEL MMP I

CUADRO 4

ESCALA 0 1s

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)	
	27.	2	25.0	25.0	25.0	
	29.	1	12.5	12.5	37.5	
	32.	2	25.0	25.0	62.5	
	36.	1	12.5	12.5	75.0	
	40.	1	12.5	12.5	87.5	
	45.	1	12.5	12.5	100.0	
	TOTAL	8	100.0	100.0		
MEAN	33.500	STD	ERR	2.276	MEDIAN	32.000
MODE	27.000	STD	DEV	6.437	VARIANCE	41.429
KURTOSIS	-0.245	SKEWNESS		0.831	RANGE	18.000
MINIMUM	27.000	MAXIMUM		45.000		
VALID CASES	8	MISSING CASES		0		

APENDICE 5

PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA "T" DE STUDENT PARA LOS PUNTAJES DEL MMPI.

GRUPO 1 - AUTISTA

GRUPO 2 - SORDO

ESCALA	GRUPO	NUMBER OF CASES	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	F VALUE	2- TAIL PROB	SEPARATE VARIANCE ESTIMATE		
								T VALUE	DEGREES OF FREEDOM	2 - TAIL PROB
3 Hi	1	4	24.75	1.50	0.750	4.00	0.28	6.71	4.41	0.003
	2	4	13.50	3.00	1.500					
6 Pa	1	4	10.25	1.70	0.850	3.18	0.367	3.06	4.72	0.028
	2	4	7.25	0.95	0.470					
9 Ma	1	4	27.00	3.65	1.820	4.00	0.280	4.90	4.41	0.008
	2	4	17.00	1.82	0.910					
0 Is	1	4	28.75	2.36	1.180	5.54	0.18	-3.14	4.05	0.035
	2	4	38.25	5.56	2.780					

APENDICE 6

CLASIFICACION DE LA INTELIGENCIA DE LAS MUESTRAS

CUADRO 1

CUADRO 2

CLASIFICACION DE LA INTELIGENCIA

GRUPO AUTISTA	PUNTAJE CI	CLASIFICACION
CASO 1	102	NORMAL
CASO 2	64	DEFICIENTE NORMAL SUPERFICIAL
CASO 3	107	NORMAL
CASO 4	116	NORMAL BRILLANTE

GRUPO SORDO	PUNTAJE CI	CLASIFICACION
CASO 1	86	SUBNORMAL
CASO 2	99	NORMAL
CASO 3	93	NORMAL
CASO 4	80	SUBNORMAL

* CLASIFICACION DE LA INTELIGENCIA DE D. WECHSLER (M. MORALES, 1976)

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

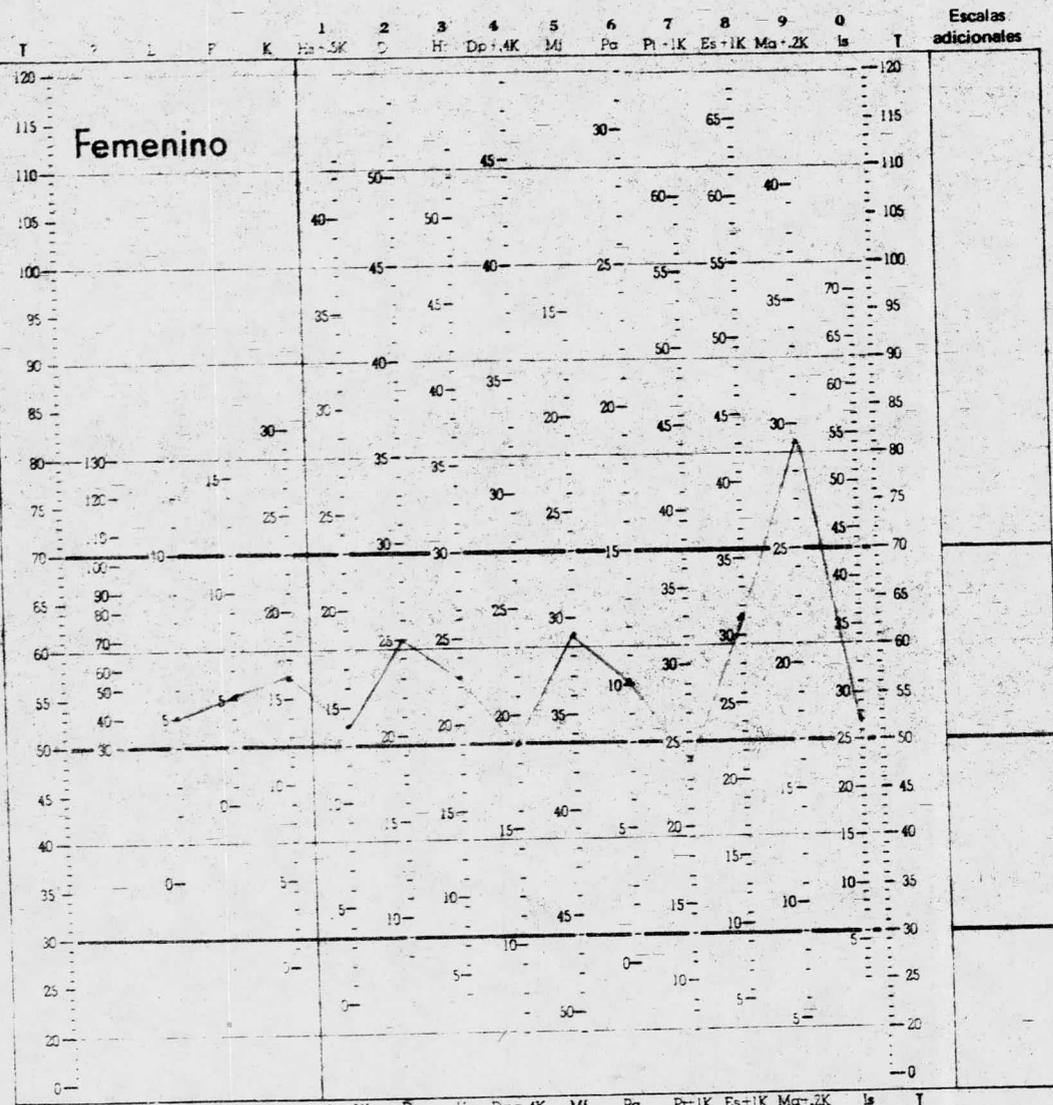
Nombre _____ (letra de molde) Femenino

Dirección _____

Ocupación Hogar Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos 2º de Fac. de Hecol

Estado Civil _____ Edad 34 Referido por _____



K	Fracciones K		
	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural	0	5	5	16	6	25	23	13	31	10	8	15	13	27
Agregar factor K			8				6				16	16	16	
Puntuación corregida			14				19				24	31	29	



WAIS Español

Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación Hogar

PROTOCOLO

Caso 1 - Artistas

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad 34 Sexo F Estado Civil Casada

Nacionalidad _____ Examinador _____

Sitio de Examen _____ Fecha _____

Educación 2º año Facultad

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos	Composición objetos	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10	9	26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	16	10
Comprensión	22	14
Aritmética	13	12
Semejanzas	16	11
Ret. de dígitos	10	9
Vocabulario	69	15
Puntuación verbal		
Claves	46	8
Figuras incompletas	10	8
Diseños con cubos	29	9
Ord. de dibujos	16	7
Composición de objetos	15	5
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		
Puntuación verbal <u>71</u> CI <u>111</u>		
Puntuación de ejecución <u>31</u> CI <u>85</u>		
Puntuación total <u>102</u> CI <u>102</u>		

PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

(letra de molde)

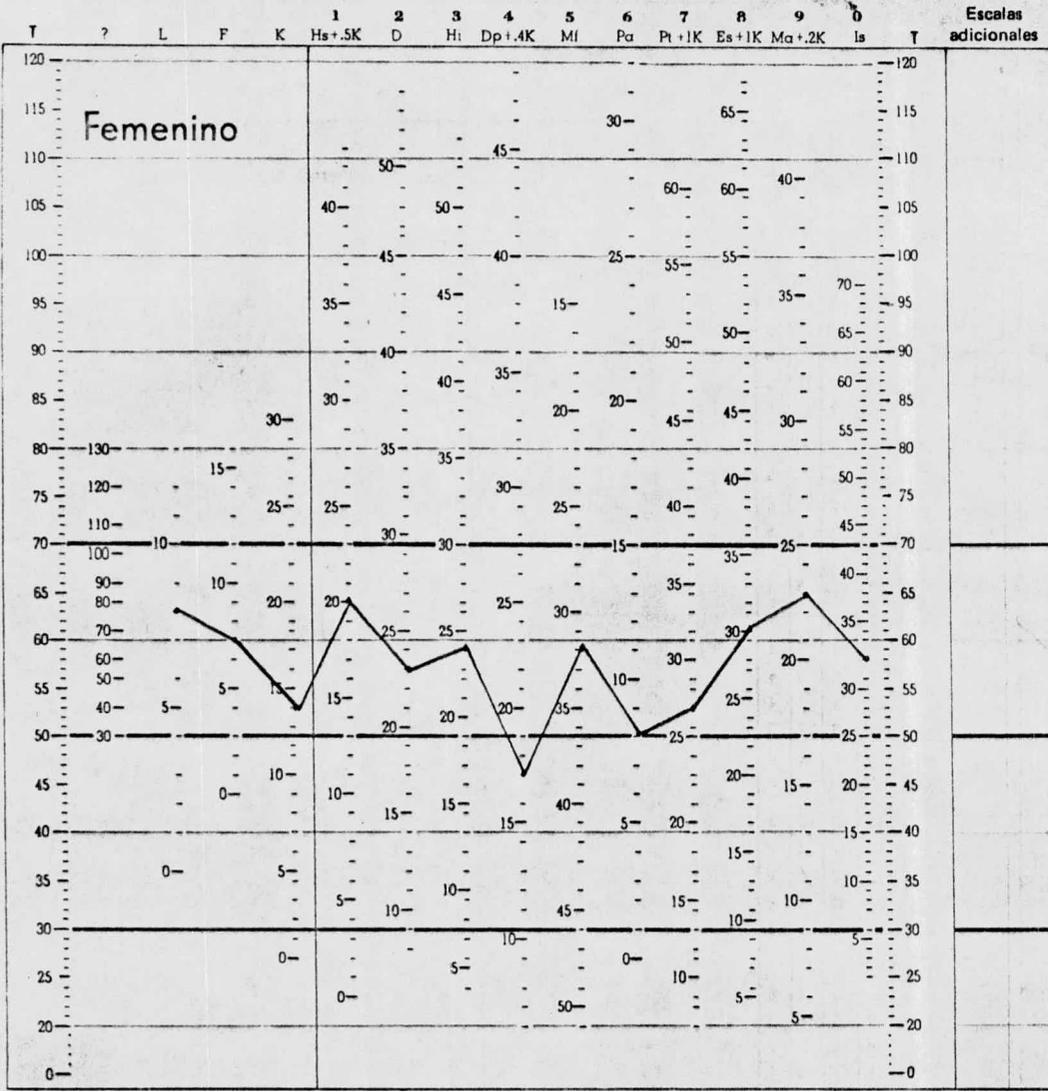
Femenino

Nombre _____ Dirección _____

Ocupación Hogar Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos 1^{er} primaria

Estado Civil Casada Edad 36 Referido por _____



Fraciones K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural	0	8	7	14	13	23	24	11	32	8	13	16	20	32	---	---
Agregar factor K				7				6			14	14	3		---	---
Puntuación corregida				20				17			27	30	23		---	---



WAIS Español

Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación Hogar

PROTOCOLO



Nombre Roberto - Asturias

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Día Mes Año

Nacionalidad _____ Examinador _____

Sitio de Examen _____ Fecha _____

Educación 1er año primaria

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1		9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1			4-5	8	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	6-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	5	5
Comprensión	12	7
Aritmética	5	5
Semejanzas	2	3
Ret. de dígitos	6	2
Vocabulario	0	0
Puntuación verbal		22
Claves	18	4
Figuras incompletas	4	4
Diseños con cubos	12	4
Ord. de dibujos	12	6
Composición de objetos	15	5
Puntuación de ejecución		23
Puntuación total		45

Puntuación verbal 22 CI 62

Puntuación de ejecución 23 CI 70

Puntuación total 45 CI 64

WAIS Español

PROTOCOLO



Nombre Caso 3- Aulistas

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Día Mes Año

Nacionalidad _____ Examinador _____

Sitio de Examen _____ Fecha _____

Ocupación Odontóloga Educación Licenciatura

Escala de Inteligencia para Adultos

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos	Composición objetos	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10	9	26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	20	12
Comprensión	21	13
Aritmética	9	8
Semejanzas	12	9
Ret. de dígitos	10	9
Vocabulario	62	13
Puntuación verbal		
Claves	67	13
Figuras incompletas	16	11
Diseños con cubos	41	12
Ord. de dibujos	26	11
Composición de objetos	24	7
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		
Puntuación verbal <u>64</u> CI <u>104</u>		
Puntuación de ejecución <u>54</u> CI <u>110</u>		
Puntuación total <u>108</u> CI <u>107</u>		

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

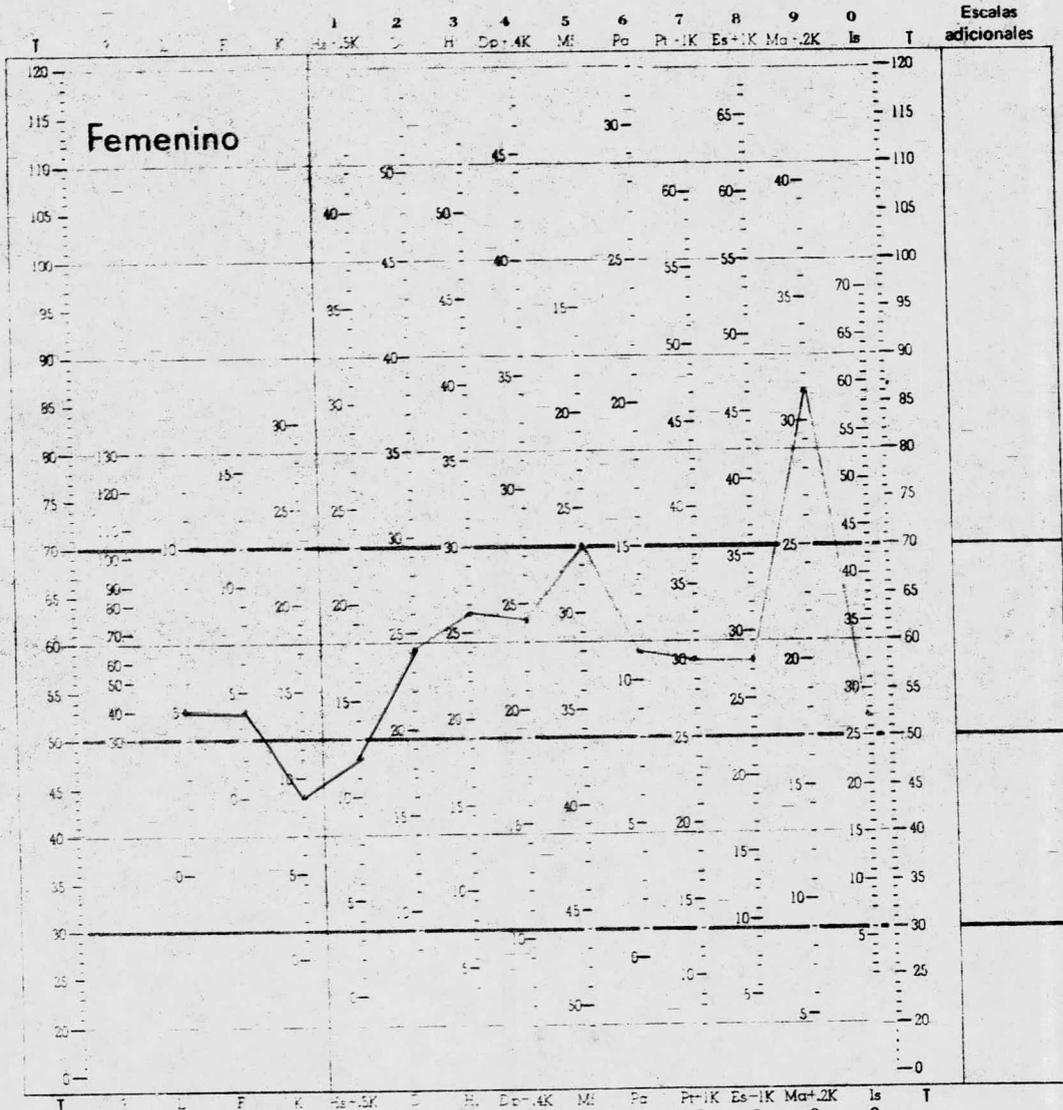
Nombre Caso 4 - Arquistas
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación 40 gdt Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos Preparatoria

Estado Civil Divorciado Edad 36 Referido por _____



Fraciones K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

Puntuación natural	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	5	4	9	7	24	26	20	27	11
Agregar factor K		5				4		9	9	2
Puntuación corregida		12				24		30	28	31

5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0

INVENTARIO MULTIFACTORIAL DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

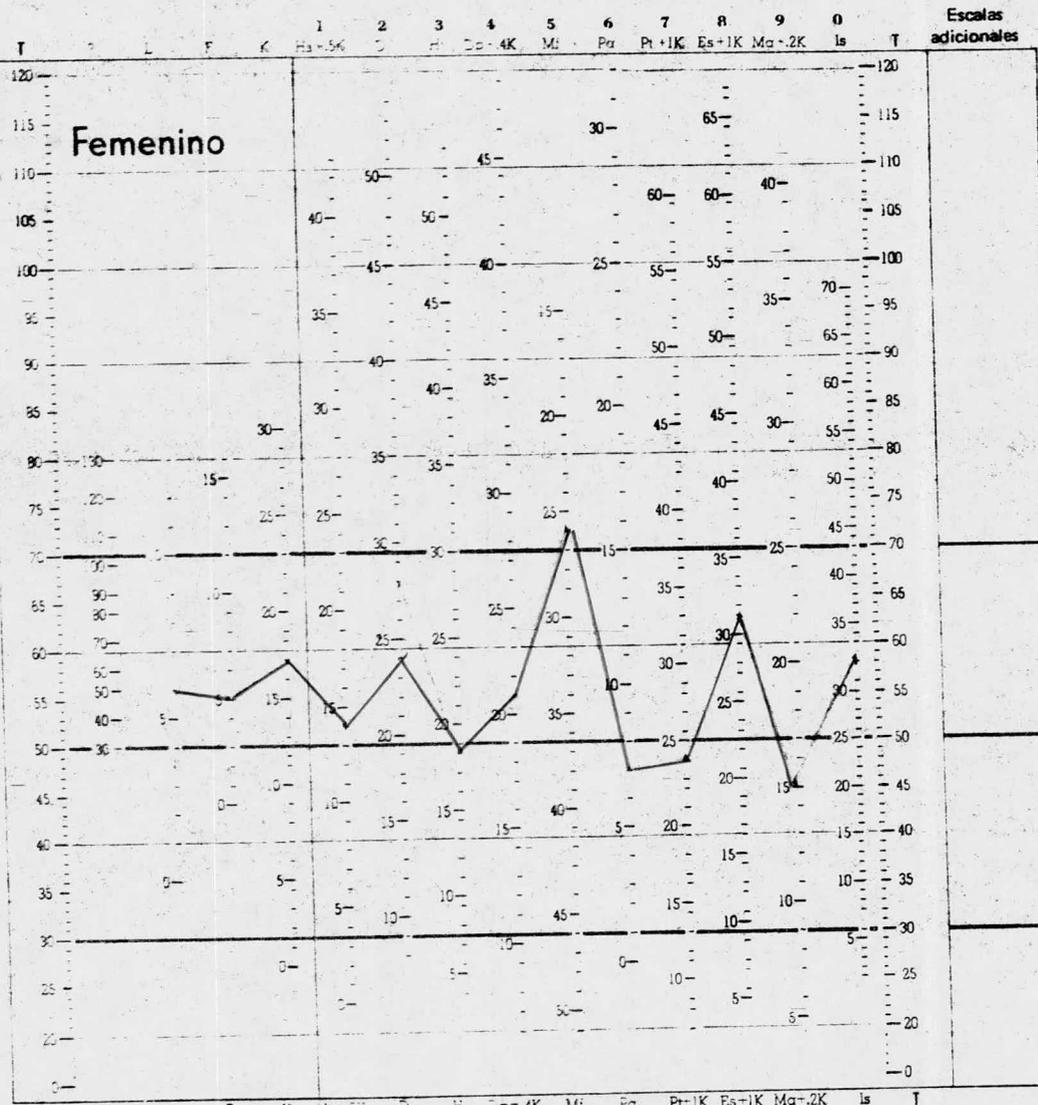
Nombre _____ (letra de molde) Femenino

Dirección _____

Ocupación Hogar Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos 2º primaria

Estado Civil casado Edad 33 Referido por _____



K	Fracciones K		
	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	0	6	5	17	5	24	18	14	24	7
Agregar factor K		9			7			17	17	3
Puntuación corregida		14			21			24	31	15



WAIS Español

Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación Hogar

Nombre Esmeralda

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad 36

Sexo F

Estado Civil Casada

Nacionalidad

Examinador

Sitio de Examen

Fecha

Educación 2º primaria

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23		71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10	9	26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	7	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	9	7
Comprensión	7	4
Aritmética	7	7
Semejanzas	11	9
Ret. de dígitos	9	7
Vocabulario	41	10
Puntuación verbal		114
Claves	25	5
Figuras incompletas	11	8
Diseños con cubos	28	9
Ord. de dibujos	17	7
Composición de objetos	32	10
Puntuación de ejecución		39
Puntuación total		83
Puntuación verbal <u>44</u> CI <u>84</u>		
Puntuación de ejecución <u>39</u> CI <u>91</u>		
Puntuación total <u>83</u> CI <u>86</u>		



WAIS Español

Nombre Caso 2 - Sordo
 Fecha de Nacimiento _____ Edad 37 Sexo F Estado Civil O
Día Mes Año
 Nacionalidad _____ Examinador _____
 Sitio de Examen _____ Fecha _____
 Ocupación hogar Educación primaria

Escala de Inteligencia para Adultos

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
9	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
8	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
7	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
6	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
5	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
4	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
3	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
2	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
1	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

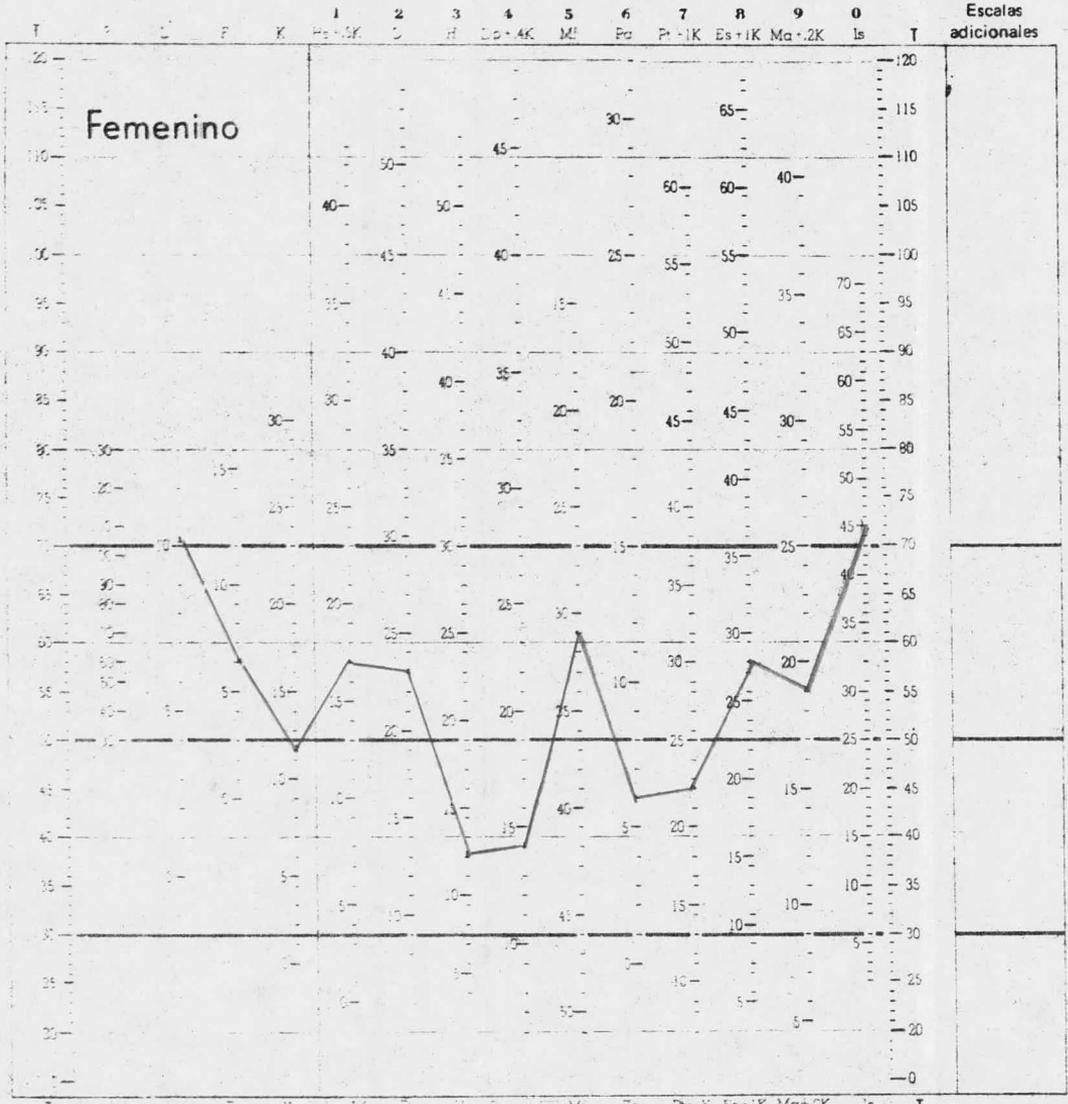
SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	10	7
Comprensión	15	9
Aritmética	14	13
Semejanzas	20	13
Ret. de dígitos	10	19
Vocabulario	51	11
Puntuación verbal		
Claves	48	9
Figuras incompletas	178	13
Diseños con cubos	28	9
Ord. de dibujos	30	13
Composición de objetos	24	7
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		
Puntuación verbal <u>53</u> CI <u>94</u>		
Puntuación de ejecución <u>51</u> CI <u>100</u>		
Puntuación total <u>104</u> CI <u>99</u>		

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre Casa 3- Sordos (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación Hogar Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios cumplidos 1^o primaria

F
Femenino



Estado Civil casada Edad 32 Referido por _____

Fracciones K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	8	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	
	10	11	12	23	12	9	31	6	10	16	17	45
Agregar factor K	6	6	6	5	5	5	5	5	12	12	2	
Puntuación corregida	17	17	18	28	17	14	22	11	22	28	19	

WAIS Español

PROTÓCOLO ✓
Caso 3 - Sordos

Nombre _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad 7 Sexo F Estado Civil casada
Día Mes Año
 Nacionalidad _____ Examinador _____
 Sitio de Examen _____ Fecha _____
 Ocupación Hogar Educación 4º primaria

Escala de Inteligencia para Adultos

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación natural											Puntuación normalizada
Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos	Composición objetos	
29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
28	26		25		76-77	83-86	21				18
27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
26	24	17	23	15	71-73	76-78	20	47	34	42	16
25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
19-20	20	13	17-19	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
9-10	12-13	8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	27-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	8	6
Comprensión	23	15
Aritmética	6	6
Semejanzas	16	11
Ret. de dígitos	16	16
Vocabulario	52	11
Puntuación verbal		
Claves	22	4
Figuras incompletas	11	8
Diseños con cubos	20	6
Ord. de dibujos	21	9
Composición de objetos	23	7
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		
Puntuación verbal <u>65</u> CI <u>104</u>		
Puntuación de ejecución <u>34</u> CI <u>80</u>		
Puntuación total <u>99</u> CI <u>93</u> <i>normal</i>		

PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

(letra de molde)

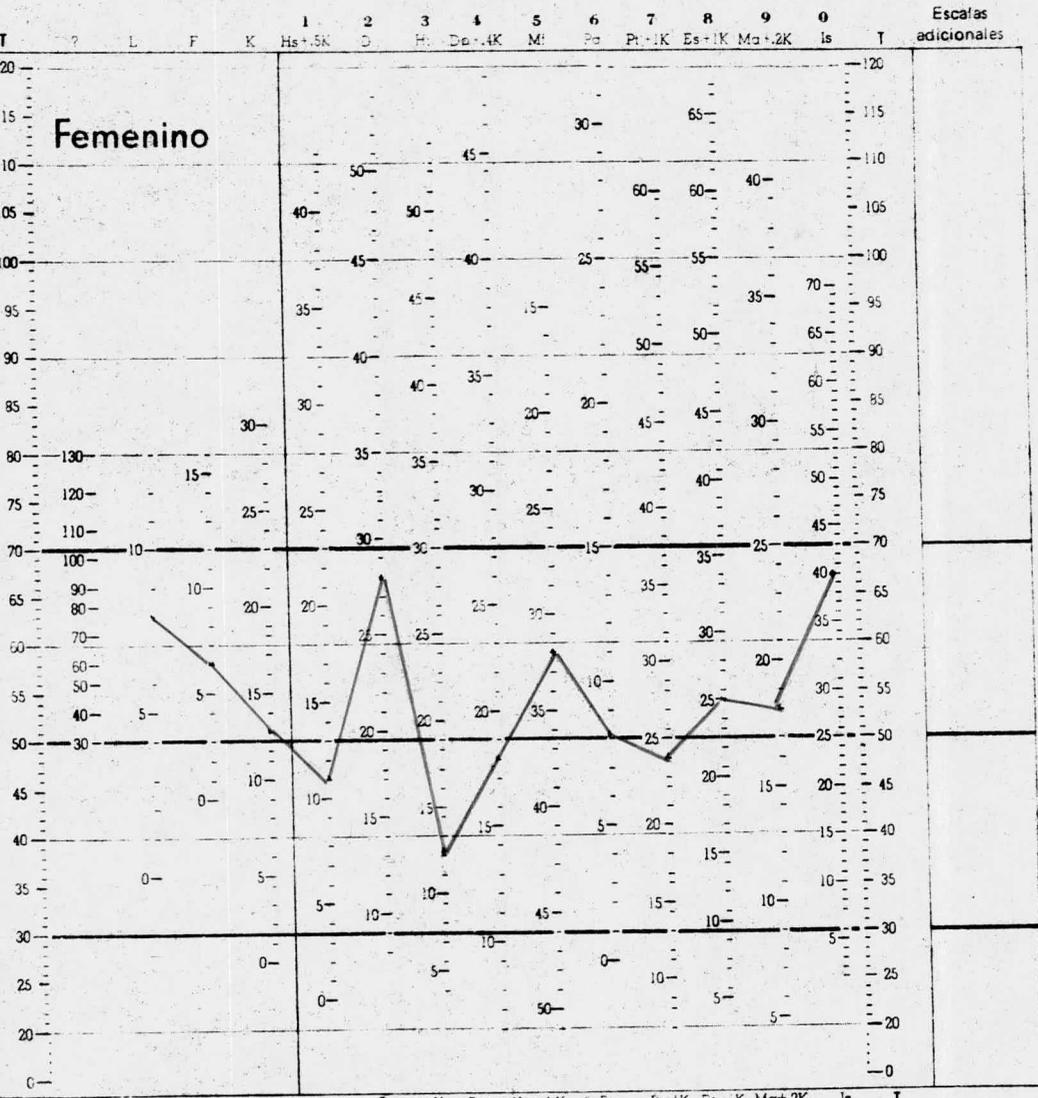
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	S	A	2
30	15	12	6
29	5	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
25	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Situación natural	L	F	K	Hs+.5K	D	Hs	Do+.4K	Mf	Pa	Pr+.1K	Es+.1K	Ma+.2K	Is	T
0	8	6	13	4	28	12	13	32	8	11	12	13	40	
				Agregar factor K	7					13	13	3		
				Puntuación corregida	11					24	25	18		





WAIS Español

Nombre Caso 4 - Sordas
 Fecha de Nacimiento _____ Edad 33 Sexo F Estado Civil _____
Día Mes Año
 Nacionalidad _____ Examinador _____
 Sitio de Examen _____ Fecha _____
 Ocupación Hacer Educación 1º Primaria

Escala de Inteligencia para Adultos

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1		9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	9	7
Comprensión	13	7
Aritmética	4	4
Semejanzas	14	10
Ret. de dígitos	5	1
Vocabulario	48	11
Puntuación verbal		
Claves	24	5
Figuras incompletas	12	9
Diseños con cubos	20	6
Ord. de dibujos	12	6
Composición de objetos	31	10
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		
Puntuación verbal <u>40</u> CI <u>79</u>		
Puntuación de ejecución <u>36</u> CI <u>82</u>		
Puntuación total <u>76</u> CI <u>80</u>		

VI. BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

AUTISMO Y SORDERA

- Ackerman, Nathan. Familia y conflicto mental. Argentina, 1976. Ediciones Home.
- Ackerman, Nathan. Family process. New York, 1970, Basic Books.
- Allen, John. Intelectuality in parents of psychotic, subnormal and normal children. Journal of Autism and Childhood. Schizophrenia, 1971, 1.3.
- Altrochi, John. Abnormal behavior. New York, 1980, Harcourt Brace Jovonovich.
- Balis, George U. Basic pshychopathology: the psychiatric foundation of medicine. Boston, 1978. Butterworth Publishers.
- Batner, Morton. Cognitive growth and development. New York, 1979. Bruner/Mazel.
- Bertak, Lawrence. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. British Journal of psychiatry, 1975, 126.
- Becker, Wesley. Factors in parental behavior and personality as related to problem behavior in children. Journal of Consulting Psychology. Vol. 23, No. 2, 1959.
- Boolter, Lawrence. Contemporary issues in developmental psychology. New York, 1968. Rinehart & Wintson.
- Dorel-Maisonny, S. Comportement familial en presence d'une surdite de l'enfance. Revue de Neuropsychiatric infantile. 1972. 20 ci.

- Brody, I. Patterns of mothering: maternal influence during infancy. New York, 1966. International University Press.
- Burr, Wesley R. Contemporary theories about the family: research based theories. London, 1979. Collier Macmillan Publishers.
- Calhoun, Mary Lynne Teaching and learning strategies for physically handicapped students. Baltimore, 1979. University Park Press.
- Cantwell, Dennis. Families of autistic and dysphasic children. Archives of General Psychiatry. Vol. 36, No. 6. 1979.
- Coleman, James C. Abnormal psychology and modern life. Glenview, Illinois, 1980. Scott Foresman.
- Connell, H. M. Essentials of child psychiatry. Oxford, 1979. Scientific Publications.
- Cox, Anthony A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. British Journal of Psychiatry. Vol. 126. 1975.
- Charles, Mary Parents of autistic children: their common needs and attitudes. 1963.
- Churchill, A. W. Infantile autism: proceeding of the Indiana University Colloquium. 1969. Charles C. Thomas. Publisher.
- Dale, D.M.C. The deaf children. London, 1969. University of London Press.
- DeMyer, Marian. Parental practices and innate activity in normal autistic and brain damaged infants. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. 1972. 1.2.
- Drotar, Dennis. Parents child interaction and infantile autism. Journal of Pediatric Psychology. 1977. Vol.2. - No.4.

- Kauffman, M. Exceptional children: introduction to special education. Englewood Cliffs. N.J., 1978. Prentice Hall.
- Kietzman, Mitchaell Experimental approaches to psychopathology. New York, 1975, Academic Press.
- Kolvin, I. Characteristics of parents of handicapped children: II analysis by types of autistic children. (no publicado)
- Kolvin, I. Characteristics of parents of handicapped children: III social background, family and child factors. (no publicado)
- Kolvin, I. Infantile autism or infantile psychosis. British Medical Journal. 1972, 3.
- Kolvin, I. Late onset psychosis. British Medical Journal. 1972, 3.
- Kolvin, I. Parents of psychotic children. British Medical Journal, 1972. 3.
- Kolvin, I. Six studies in the childhood psychosis. The British Journal of Psychiatry, 1971, Vol. 118, 545.
- L'Abate, Luciano. Understanding and helping the individual and the family. New York, 1976, Grane and Stratton.
- Lerner, R. M. Child influences in marital and family interactions: a life spin perspective. New York, 1978. Academic Press.
- Levine, Murray. Intelligence of parents of autistic children. Journal of Abnormal Psychology, 1963, Vol. 73, No. 3.
- Lotter, Victor. Epidemiology of austistic conditions in young children. Social Psychiatry, 1967, Vol. 1. No. 4

- Duffy, John. Child psychiatry. 2ed. New York, 1977. Medical Examination Publishers.
- Faber, Bernanrd. Family organization and crisis: maintenance of integration in families with a severely mentally retarded child. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1960. Vol. 25 No.1.
- Freud, Anna. El psicoanálisis infantil y la clínica. Buenos Aires. 1977. Editorial Paidós (Biblioteca de Psicología profunda).
- Fardfield, S. Clinical psychology: the study of personality and behavior. New York, 1979. Edward Arnold.
- Gardner, D. B. Development in early childhood. New York, 1964. Harper and Row Publishers.
- González Serratos, S. Characteristics of parents of handicapped children: I preliminary findings. (no publicado)
- Haley, J. Changing families: a family therapy. New York, 1971. Grane and Stratton.
- Harns, Grace M. Enseñanza preescolar del lenguaje en el niño sordo. Barcelona, 1973. Editorial Científico-Médica.
- Holroyd, Jean. Mental retardation and stress on the parents: a contrast between Down's syndrome and childhood autism. American Journal of Mental deficiency. 1976. Vol. 30, No. 4.
- Hollingsworth, Charles The family in moving: a guide for health professionals. New York, 1977. Grane & Stratton.
- Howells, John. Modern perspectives in international child psychiatry. New York, 1969, Brunner/Mazel.
- Kanner, Leo. Manual de psiquiatría infantil. Buenos Aires. 1976, Siglo XXI.

- Lloyd, G. International research seminar on the vocational rehabilitation of deaf persons. Washington, 1968.
- Lloyd, L.L. Communicative & cognitive abilities: a early behavioral assessment. Baltimore, 1978, University - Park Press.
- MaAdoo, A. I. International symposium on autism. Switzerland, 1976.
- McAdoo, George. Research related to family factors on autism. -- Journal of Pediatric Psychology, 1977, Vol. 2 -- No. 4.
- Moores, Donald F. Educating the deaf: psychology, principles, and procedures. Boston, 1978, Houghton Mifflin -- Company.
- Necuson, Crighton. The experimental analysis and modification of autistic behavior. (ERIC).
- Newton, Sally. Childhood autism: a critical review. (no publica do)
- O'Moore, Mona. Living with autism. The Irish Journal of Psychology. 1978 1.
- Park, Clara C. Ciudadela sitiada: los primeros ocho años de una niña autista. México, 1979. Fondo de Cultura - Económica.
- Pitfield, M. Child hearing attitudes of mothers of psychotic children. Journal of Child Psychology and Psychi atry. 1964. Vol. 5.
- Ritvo, Edward. Social class factors in autism. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1971, 1.3.
- Rittenberg, Bertram. A psychoanalytic understanding of infantile autism and it's treatment. (no publicado)

- Rutter, Michael Causes of infantile autism: some considerations - from recent research. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. 1971, Vol. 1.
- Rutter, Michael Concepts of autism: a review of research. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1968, Vol. 9
- Sackett, G. Observing behavior: theory and application in mental retardation. Baltimore, 1969, University Park Press.
- Sange, Valerie Childhood autism: a review of the literature with particular reference to the speech and language structure of the autistic child. (no publicado)
- Schopler, Eric. Thinking disorders in parents of young psychotic children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1969, Vol. 71, No. 3.
- Shaffer, David. The first years of life: psychological and medical implications of early experience. New York, 1979. John Wiley.
- Shinn, Marybeth. Father absence and children's cognitive development. Psychological Bulletin. 1970, Vol. 2, - 295-324.
- Silverman, S. Richard Hearing and deafness. London, 1970, Rinehart and Winston.
- Simmons, A. Parent-Infant intervention: communication disorders. New York, 1979. Grane & Stratton.
- Spitz, Rene El primer año de vida del niño. México, 1965, Fondo de Cultural Económica. (Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis).
- Steinhaver, Paul P. Psychological problems of child and his family. Canada, 1977. Macmillan.
- Suedfeld, Peter. Restricted environmental stimulation: research and clinical applications. New York, 1980, John Wiley.

- Sullivan, Ruth C. The hostage parent. Journal of Autism and Developmental Disorders. 1978, Vol. 8. No. 2.
- Watson, Robert Irving. Psychology of the child and adolescence. New York. 1973. John Wiley.
- Watson, Thomas. The identification of hearing-handicapped children. London, 1967. University of London Press.
- Wener, Elkid. Development of the child. New York, 1979. John Wiley.
- Wevry, John. Psychopathological disorders of childhood. New York. 1979. John Wiley.
- Wiens, Arthur. Clinical methods in psychology. New York, 1976. John Wiley.
- Wilson, Holly S. Psychiatric nursing. Menlo Park, California, 1979. Addison Wesley.
- Wing, Lorna. Autistic children: a guide for parentes. London. 1971, Constable.
- Wing, Lorna. Early childhood autism. Oxford, 1976. Pergamon Press.
- Wolff Wirt. Intellectual and personality characteristics of parentes of autistic children. Journal of Abnormal Psychology. 1971, Vol. 77.
- Wolman, Benjamin. Manual of the child psychopathology. New York, - 1972. MacGraw-Hill.
- Zitzil, Elizabeth. Basic concepts of psychoanalitic psychiatry. New York, 1973. Basic Books.

BIBLIOGRAFIA-METODOLOGIA

- Castro, Luis. Diseño experimental sin estadística. México — 1980, Editorial Trillas.
- Cochran, William G. Diseños experimentales. México, 1981. Editorial Trillas.
- Craig, J. R. Métodos de la investigación psicológica. México. 1982. Rivera Editorial Interamericana.
- Morales, María Luisa Psicometría aplicada. México, 1976. Editorial - Trillas.
- Padva, Jorge. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México, 1982. Fondo de Cultural Económica.
- Rapaport, David. Tests de diagnóstico psicológico. Buenos Aires, - 1977. Editorial Paidós (Biblioteca de Psicometría y Diagnóstico).
- Rojas Soriano, Raúl Guía para realizar investigaciones sociales. Mexico, 1982. UNAM. (Textos Universitarios).

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION.....	1
II. AUTISMO	
2.1. Aspectos históricos del autismo infantil precoz.....	5
2.2. Diagnóstico.....	7
2.3. Diagnóstico diferencial.....	16
2.4. Etiología.....	25
2.5. Descripción general.....	31
2.6. Pronóstico.....	34
2.7. Inteligencia.....	39
2.8. Lenguaje.....	41
2.9. Memoria.....	45
2.10. Codificación y modalidades sensoriales en el autismo.....	47
2.11. Características de padres de niños autistas.....	50
2.12. Impacto del niño autista en la familia.....	58
III. SORDERA	
3.1. Introducción.....	63
3.2. Aspectos históricos de la sordera.....	64
3.3. Sordera: definición y clasificación.....	67
3.4. Diagnóstico, signos clínicos.....	75
3.5. Diagnóstico diferencial.....	78
3.6. Etiología.....	81
3.7. Memoria.....	84

3.8. Adquisición del lenguaje hablado y uso de signos.....	87
3.9. Motricidad en niños sordos.....	89
3.10. Pronóstico.....	91
3.11. Generalidades acerca de los deterioros esenciales del niño sordo.....	92
3.12. Lenguaje mímico.....	101
3.13. Aprendizaje en el niño sordo.....	103
3.14. Características de padres de niños sordos.....	105

IV. METODOLOGIA

4.1. Justificación y planteamiento del problema.....	107
4.2. Objetivo general.....	107
4.3. Objetivos específicos.....	108
4.4. Preguntas de investigación.....	108
4.5. Variables atributo.....	108
4.6. Definición conceptual de variables.....	108
4.7. Variable extraña.....	110
4.8. Variables controladas.....	110
4.9. Diseño de investigación.....	110
4.10. Delimitación temporal.....	110
4.11. Delimitación espacial.....	110
4.12. Diseño de la muestra.....	110
4.13. Instrumentos.....	111
4.14. Trabajo de campo.....	114
4.15. Análisis de los datos.....	115
4.16. Interpretación de los resultados.....	116
4.17. Discusión.....	118
4.18. Sugerencias.....	120

V. APÉNDICES

Apéndice 1. Nivel socioeconómico de las muestras.

Apéndice 2. Lista de diagnóstico de autismo infantil anotada por Wing (1980).

Apéndice 3. Características generales de las muestras.

Apéndice 4. Análisis de frecuencias de los puntajes del MMPI.

Apéndice 5. Prueba de significancia estadística "t" student de los puntajes del MMPI.

Apéndice 6. Clasificación de la inteligencia de las muestras.

Apéndice 7. Protocolos de las pruebas de las muestras.

VI. BIBLIOGRAFIA.

UNAM

FECHA DE DEVOLUCION

por se obli