

255808



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

ANALISIS DE LA PARTICIPACION DE LOS
PADRES EN LA TERAPIA DE LOS
NIÑOS AUTISTAS

PO 1533/97
Ej. 1

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ANA MALDONADO HERNANDEZ

ASESORES: FRANCISCA BEJAR NAVA
CLARA BEJAR NAVA
JULIA CHIMAL PABLO



LOS REYES IZTACALA

1997



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.

A MI MAMA :

POR TODO EL APOYO QUE ME HAS BRINDADO SIEMPRE
YA QUE SIN ELLO NO HUBIERA SIDO POSIBLE LLEGAR
HASTA ESTE PUNTO. G R A C I A S

FRANCISCO, YVETTE, FRANCISCO DAVID Y

DIETER.

GRACIAS A USTEDES ME FUE POSIBLE LLEGAR A
CONCLUIR MIS ESTUDIOS PROFESIONALES.

A MIS ASESORAS :

FRANCISCA	BEJAR	NAVA
CLARA	BEJAR	NAVA
JULIA	CHIMAL	PABLO

POR SU VALIOSA COLABORACION QUE ME BRINDARON PARA LA
REALIZACION DE ESTA TESINA.

A MIS ABUELITOS Y A MIS TIOS CON CARIÑO

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I : AUTISMO		
1.1. BREVE HISTORIA DEL AUTISMO.....		6 ✓
1.1.1. CARACTERISTICAS DEL AUTISMO		8 ✓
1.1.2. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO		15
1.1.3. NIVELES O GRADOS DEL AUTISMO		20 ✓
CAPITULO II: DOS APROXIMACIONES PARA EL TRABAJO CON LOS AUTISTAS		
2.1. APROXIMACION CONDUCTUAL		24 ✓
2.2. APROXIMACION NEUROPSICOLOGICA		35 ✓
CAPITULO III: TRABAJO CON PADRES DE LOS NIÑOS AUTISTAS		
3.1. INVESTIGACIONES REALIZADAS ACERCA DEL TEMA Y CONCLUSIONES A LOS QUE SE HAN LLEGADO ESTAS INVESTIGACIONES.....		42
CONCLUSIONES		54
REFERENCIAS		61
ANEXO I		65

R E S U M E N

En el presente trabajo hablare sobre los niños autistas. Los niños autistas también han sido llamados psicóticos, cada uno de estos niños es un verdadero - enigma para su familia y las demás personas que le rodean.

Aquí cobra relevancia el trabajo terapéutico, que consiste en hacer cons--
cientes a los padres de que su hijo es un niño con la misma necesidad que los -
otros y que requiere de un hogar, una familia, amor, seguridad, orientación y -
oportunidad de desarrollar sus habilidades. De aquí que el entrenamiento a los
padres sea de vital importancia para la superación del niño sin embargo está re
visión teórica está enfocada primeramente a una breve historia del autismo, ca-
racterísticas criterios para el diagnóstico, niveles o grados de autismo; así
como también dos aproximaciones para el trabajo con los autistas y finalmente
se hace una revisión acerca del trabajo con padres de los niños autistas.

I N T R O D U C C I O N

En el desarrollo del niño, podemos observar que son muchas las formas en que éste puede desviarse tanto física como mentalmente lo que trae como resultado trastornos en la conducta. Un ejemplo claro de estos puntos en el desarrollo infantil es el autismo. Los niños que padecen de este trastorno en el desarrollo son claramente distintos a los demás, tanto a los normales como a los que padecen alguna otra incapacidad, sin embargo los niños autistas comparten algunas desventajas con otros niños, como son: La percepción del mundo, el lenguaje y las más evidentes son el rechazo de la demás gente y de sus propios padres.

Por otra parte tienden a repetir frases o palabras dichas por otras personas o bien no hablan con nadie, algunos niños tienen dificultades en distinguir ciertos sonidos, también presentan problemas para controlar su tono de voz debido que en algunas ocasiones son muy altas y en otras muy bajas.

Cabe mencionar que tienen ojos grandes que no miran directamente a los demás, parecen sentirse alejados e indiferentes ante el mundo que los rodea se interesan solamente por un objeto en especial, si este objeto se les retira se enfurecen.

En la actualidad no se ha logrado una definición precisa sobre lo que es el autismo y con ello no se ha podido determinar cuales son las causas, sin embargo diversifica las opiniones sobre el diagnóstico y tratamiento al respecto.

Cabe mencionar que dentro de la psicología el autismo es un tema interesante, es por ello que el objetivo de la presente tesina es: Realizar un análisis teórico acerca de la participación de los padres en la terapia de los niños autistas.

Por lo antes mencionado la presente tesina consta de tres capítulos en los cuales se describe el autismo, características, así como la participación de los padres en la terapia de los niños autistas.

C A P I T U L O " I "

BREVE HISTORIA DEL AUTISMO

CAPITULO I

BREVE HISTORIA DEL AUTISMO

En este capítulo se abordará primeramente una definición de autismo, así como también se mencionarán características del mismo, criterios para el diagnóstico y niveles o grados de autismo.

C A P I T U L O I

1.1. BREVE HISTORIA DEL AUTISMO.

El adjetivo "autista" es derivado de la palabra griega "autos" que significa "a sí mismo". Dicho término fue utilizado en Psiquiatría, para significar en sí mismo.

El primer autor que introdujo el término autismo fue el psiquiatra Eugenio Bleuler (1906) (citado en Polaino,1982) con este término el autor describió una alteración del pensamiento específico de los pacientes psicóticos, consistente en referir a sí mismo cualquier acontecimiento que sucediese. Según Bleuler estos pacientes también huían o evitaban cualquier estímulo de tipo social.

En 1909 Heller, citado en Lien de Rozental (1983), diferencia otros cuadros, observando que niños deficientes mentales presentaban síntomas de una psicosis "funcional" a partir de los tres a cuatro años de edad.

En 1933, Potter citado por el mismo autor (1983), introduce el concepto de "Esquizofrenia Infantil", en los E.U., informado sobre las afecciones de un niño de tres años y medio (citado en Tamargo, 1993).

Posteriormente en el año de 1943, el doctor Leo Kanner, comunicó el caso de once niños que mostraban un aislamiento extraño a edad tan temprana como era el primer año de vida. Descubrió varios rasgos de este síndrome entre los cuales el más significativo era la falta de relación de estos niños con las personas que se hallaban a su alrededor desde la más temprana infancia. Debido a este aislamiento autoimpuesto, el síndrome fue llamado autismo de la infancia temprana.

Para Wing (1981) el autismo es una "Psicosis infantil", e incluye aquellos estados en los cuales un niño se conduce la mayor parte del tiempo ó en todo momento presentando formas de movimiento que son extremadamente extrañas. Algunos autores como Tustin (1972) menciona que autismo significa vivir en función de sí mismo. Para un observador, el niño en estado autista aparece como un ser egocéntrico, puesto que es escasa su respuesta al mundo externo, el pequeño sumido en ese estado tiene muy poca conciencia de su "sí mismo".

Así mismo Paluszny (1987) define al autismo como un síndrome de la niñez -- que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades -- para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cam -- bio.El inicio de este síndrome normalmente se presenta en la infancia y algunas veces desde el nacimiento, pero se hace evidente con certeza durante los prime -- ros tres años de vida.

Para describir dicho síndrome, se han empleado varios nombres entre los -- que se encuentran el síndrome de Kanner, autismo anormal primario, autismo en -- capsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas.

Sin embargo para Frith(1989) el autismo es un trastorno que afecta a todo el desarrollo mental y físico cuyos síntomas se manifiestan de diversas for -- mas.

El más famoso de estos primeros casos de probable autismo, pero no identi -- ficado como tal, fue el de Víctor, un niño salvaje nacido en Aveyron, Francia. En 1799, en los bosques de Aveyron se encontró desnudo a un niño de cerca de -- once años de edad; estaba todo sucio y con múltiples heridas era mudo y se --- comportaba como un animal salvaje.Jean Itard, tomó a su cargo a este niño aban -- donado, la descripción de Itard sugiere que Victor mostraba muchos rasgos de -- autismo (Paluszny,1987).

1.1.1. CARACTERISTICAS DEL AUTISMO.

A través de varias investigaciones, se han definido las características -- que comprenden dicho síndrome. Una de las características fundamentales del autismo es la falla profunda que tienen para establecer relaciones sociales.

Wing, 1981 menciona que algunos autistas desde su nacimiento presentan algunos trastornos como: problemas de alimentación, lloran mucho durante el día y la noche, no levantan los brazos para que lo carguen se fascinan con las luces y - cualquier cosa brillante, no intentan atraer la atención de la madre, etc.

Aproximadamente de los dos a los cinco años, la conducta autista se torna más evidente y algunas características son: Tienen ojos grandes que no miran -- directamente a los demás , parecen sentirse alejados e indiferentes ante el mundo que los rodea, se interesan solamente por un objeto en especial, si este objeto se les retira se enfurecen. Los niños autistas, tienen problemas ante los -- sonidos, con frecuencia puede pensarse que son sordos, ya que tienden a ignorar sonidos muy fuertes, más sin embargo ante la presencia de algún sonido de su -- agrado, por leve que este sea, voltean de inmediato.

El habla también presenta problemas en estos niños, al grado de que muchos de ellos nunca llegan a hablar otros aprenden a decir algunas palabras. Por lo general inician su habla, repitiendo palabras dichas por otras personas aunque la repetición de palabras parece tener poco significado para el niño (Ecolalia) algunos niños tienen dificultades en distinguir ciertos sonidos que oyen y confunden palabras similares, también presentan problemas para controlar el tono - de su voz debido que en algunas ocasiones son muy altas y en otras muy baja.

Los niños autistas tienen dificultad para comprender las cosas que ven, pa ra percibir los detalles de los objetos, ya que solo se dedican a mirar el objeto en general.

Estos niños exploran el mundo por medio de sus sentidos, el gusto y el olfato, presentan movimientos corporales poco usuales como aletear los brazos y las manos, saltar en el mismo sitio, giran sobre sí mismos incesantemente, sin marearse, doblan y hacen girar los dedos o los objetos cerca de sus ojos.

Hablando un poco de los problemas conductuales y emocionales que atañan a estos niños, se pueden dividir en cinco tipos:

I.- Los que se refieren al alejamiento y retraimiento social:

La mayoría de los niños autistas se conducen como si las personas no existieran, no vienen cuando se les llama, no escuchan cuando se les habla, su faz puede mostrarse vacía de expresión, rara vez mira a la cara directamente, es posible que se encoja si lo tocan, no pone sus brazos alrededor del cuello de -- quien lo alza, puede pasar caminando junto a una persona sin detenerse en su -- marcha. No muestra interés o simpatía cuando alguien sufre, parece apartado en su mundo propio, absorto por completo en sus propias actividades, al crecer --- tienden a tomarse un poco más afectuosos.

II.- Resistencia al cambio.

Muchos niños autistas insisten en la repetición de las mismas rutinas, y si alguien pretende cambiarla, el niño hace berrinche. Estos niños con frecuencia se encariñan mucho con ciertos objetos y se rehusan a que los separen de -- ellos, la resistencia al cambio se puede representar en la alimentación y aun-- que algunos tienen buen apetito desde que nace, otros pasan por una etapa en la que se rehusan a comer más de dos o tres cosas distintas.

III.- Temores especiales.

Es común que los niños autistas le teman a cosas inofensivas (Pelota, perro, viaje en autobús) y no a cosas peligrosas o potencialmente peligrosas.

IV.- Conducta socialmente embarazosa.

Aunque algunos de estos pequeños son tranquilos y bastante pasivos, otros son enérgicos, decididos y en algunas ocasiones agresivos.

V.-Incapacidad de jugar.

Los niños autistas tienen problemas con toda clase de lenguaje y a consecuencia de esto se perjudica su capacidad para el juego imaginativo. Los niños de autismo más profundos juegan con agua, barro, arena durante horas. Les encanta observar pautas de y algunos son muy hábiles en hacer girar monedas u otros objetos. Al crecer algunos de ellos son capaces de armar rompecabezas, aunque con frecuencia ajustan las piezas por el tacto y no por deducir el lugar de las figuras que forman.

También pueden gustarles los juguetes constructivos, aunque en realidad no se interesan en el objeto terminado, sino simplemente en la tarea de armar las piezas. A pesar de todas las carencias que presentan los niños autistas, cuentan con varias habilidades por ejemplo:

A un gran número de estos niños les gusta la música y los sonidos rítmicos, algunos pueden cantar bien, otros pueden tocar algún instrumento musical, pueden aprender a manejar los números más fácilmente que las palabras, son capaces de efectuar largas sumas mentales a gran velocidad, les gustan los juguetes mecánicos y hay quienes pueden aprender hasta hacer funcionar un radio. Aunque no son creadores, son buenos copiadore de las cosas que ven, son buenos dibujantes. En general estos niños se desempeñan mejor en las actividades que no requieren del lenguaje comunicativo y en actividades imitativas.

Otra caracterización que a mí parecer podría complementar la de Wing es la que hace Brauner (1991), que está formada por ocho divisiones:

I.- Ausencia del lenguaje y lenguaje sin comunicación.

1.- Los niños autistas sin lenguaje actualmente se les llama müticos, debido a su negativa al hablar, Los gritos del niño autístico son monótonos no poseen ninguna modulación y no están dirigidos socialmente, no se vinculan con sus necesidades, no parecen expresar ninguna demanda, persisten mucho más allá de las primeras semanas de vida y no dan lugar ni al balbuceo ni a las etapas siguientes (selección de fonemas, y palabras). No grita por alegría ni por dolor no se acerca al lenguaje del adulto y lo ignora.

2.- Los niños autísticos verbosos: Aunque en ocasiones el lenguaje sea -- bien o mal articulado, estos niños hablan y en muchos casos hasta en abundancia pero no verifican si son comprendidos ni tampoco expresan ninguna idea ni bus-- can hacerse comprender prolongan la etapa de la ecolalia por la que atravie-- sa todo niño de 8 a 10 meses. Son capaces de comprender todo lo que repiten de manera aturdidora.

II.- Movimientos estereotipados.

Los movimientos estereotipados son muchos y diversos.

1.- Los movimientos de la cabeza: Esto se refiere a golpeteo de la cabeza que - consiste en chocar la cabeza violentamente contra algún mueble o pared, de ade lante hacia atrás, contra el suelo en posición acostada sobre la espalda o tam-- bién entre dos paredes o muebles en movimiento de péndulo.

2.- Las muecas. Son muy variadas e incluyen a la frente con una intensa contra ción de los músculos del rostro y a los ojos que pestañean con movimientos de - la boca que se abre y cierra.

3.- La marcha: La característica más distintiva del autismo es la posición en - puntas de pie, consecuencia de una extrema extensión del cuerpo y la marcha de esta posición a menudo se efectúa a tirones.

4.- Los gestos de la mano: Existen los gestos efectuados para imprimir movimien tos (casi siempre un trompo) a objetos, para lo cual los niños autistas tienen una gran agilidad también existen los gestos o movimientos de los dedos solos.

5.- Los balanceos: Se efectúan en todas las posiciones posibles por ejemplo: "el columpio"; se practica en posición sentada inclinada de adelante hacia -- atrás y de atrás hacia adelante, en posición de pie el niño se balancea de iz quierda a derecha e inversamente. En posición acostado "Vaivén" se efectúa el movimiento en una posición muy rápida con los brazos generalmente tendido ha-- cia atrás y el cuerpo tenso.

III.- Las prendas y objetos fetiches.

En los niños autistas las pérdidas pueden cobrar una importancia particular y desempeñar un papel desmesurado. Los niños trituran, aprietan a veces -- lamen pero nunca sueltan un trozo de trapo o de piel, un cepillo, un pedazo de muñeca o de otro juguete sin embargo el niño no mira nunca el objeto se contenta con tenerlo en su mano, pero no existe ningún lazo efectivo entre el objeto y el niño, si se le quita el objeto el niño se angustia y se encuentra desamparado como si hubiese perdido el sosten de su vida.

IV.-Trastornos del dormir.

Tienen problemas para dormir, es demasiado reducida la duración de su sueño existen varios factores que perturban el dormir.

- 1.- Los ruidos de débil intensidad inhabituales, como una palabra dicha en tono bajo y de valor emotivo para el niño provoca movimientos corporales en este y hasta llega a despertarlo con un sobresalto.
- 2.- La campanilla del teléfono.
- 3.- Se despiertan ante ruidos a los cuales es susceptible como: Cuando el padre se levanta silenciosamente en vez de hacerlo ante un ruido fuerte.

Existen también algunas dificultades para dormirse por ejemplo en alguna experiencia simple que haya vivido el niño en el transcurso del día. Existen varios rituales que utilizan los niños autistas en exceso para dormirse como: Chuparse el dedo, roer la punta de la almohada, etc., pero a diferencia de los niños normales los niños autistas lo hacen por estereotipo. Otro aspecto interesante en el sueño de los autistas es lo que se conoce como hipercronía que es la puntualidad excesiva tanto para dormir como para despertarse.

V.- La autoagresividad.

Esta agresividad es dirigida hacia la propia persona en los casos más --- leves los niños se arañan, se mordisquean los labios o se pellizcan los ante--brazos, los muslos, las orejas se quitan la ropa parcial o totalmente a veces desgarrandola. En los casos graves se arrancan los cabellos se pegan con las - paredes en la cabeza, se golpean violentamente en todo el cuerpo.

VI.- El espacio vital de los niños autísticos.

La conducta de los niños autísticos ante los problemas que presenta la organización del espacio los distingue de manera característica de los simples deficientes mentales. Los niños autísticos se ponen a brincar o corren alrededor del espacio despejado, infatigablemente; sentados ante la mesa, el niño -- hace girar objetos con destreza; dan vueltas en torno a su propio eje.

VII.- Trastornos en el vestir de los niños autísticos.

Algunos niños se muestran desnudos sin ningún pudor, pero también sin ninguna segunda intención, les gusta tocar sus ropas, telas suaves.

VIII.- Los juegos autísticos.

El juego en el niño normal se caracteriza por ser un esfuerzo laborioso -- por trabajar en la realidad, describir la realidad que lo rodea, los niños autísticos parecen indiferentes a la realidad no hacen ningún esfuerzo para --- afrontarla. No progresan en el juego, sino que son incapaces de realizar nuevamente lo que hacían meses antes.

Meltzer 1963 (citado en Tustin, 1972) formuló sus características diferenciales en función de una psicodinámica. En relación con la esquizofrenia infantil, menciona que se trata de un síndrome clínico muy infrecuente, que a menudo se da en los niños de familias afectadas de esquizofrenia, y por lo general su desencadenamiento insidioso sucede al destete, el nacimiento de un hermanito, la separación materna o un trauma en pequeños de temperamento marcadamente esquizoide. También menciona que se le diagnostica a estos niños como sordos, ciegos, o débiles mentales.

Por su parte la National Society For Autistic Children (1977 , citado en Dayan, 1994) menciona que el autismo es una condición rara que se caracteriza por severos problemas en la comunicación y el comportamiento y una inhabilidad para relacionarse con la gente en una manera normal y plantea las siguientes -- características generales que se presentan en el niño autista:

- *** Saludable, inteligente y atractivo en apariencia.
- *** Dificultades en el lenguaje.
- *** Aislado, apático e irresponsivo.

- *** Resistencia al cambio.
- *** Desinterés en la gente y en lo que lo rodea.
- *** Interés inusual por objetos inanimados.
- *** Hiperactividad.
- *** Dificultades en el sueño.

Coleman, M. y Gillberg, C. (1989) mencionan que por lo general, los autistas pueden presentar una, varias o todas las siguientes características:

- *** Trastorno de contacto afectivo.
- *** Alteraciones de lenguaje en denominación y en simbolizaciones. Así mismo -- puede presentarse también la falta total de lenguaje o un lenguaje muy -- simple.
- *** Conducta extraña, estereotipada y autoestimuladora.
- *** Apego a objetos inanimados.
- *** Resistencia al cambio y lucha por mantener todo en orden.
- *** Anormalidades en el humor.
- *** Buena capacidad y habilidades en ciertas áreas.
- *** Deficiencia mental.
- *** Disfunción cerebral.
- *** Daños neurológicos/inmadurez neurológica.
- *** Hay una conducta que conduce a sospechar anormalidades de los sentidos sin ninguna causa física aparente.
- *** Trastornos en los movimientos y en la actividad general.
- *** Examen de sí mismo alterado (puede ocurrir que el niño examine partes de -- su cuerpo como por ejemplo sus manos y pies mucho después de la época de -- bebé parecerá contemplarlos como si fueran nuevos y extraños).

También la música puede despertar un interés muy especial, así como los -- juegos con el agua o determinadas partes del cuerpo, en especial las manos.

Concluyendo, se puede decir que hay una gran cantidad de características -- que definen al niño autista, pero que la más importante es su incapacidad para relacionarse de las maneras usuales con los demás y vincularse afectivamente con ellos. Cabe mencionar que no todos los niños autistas presentan todas -- las características expuestas anteriormente.

1.1.2. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO.

Los criterios diagnósticos, para poder clasificar el síndrome del autismo Kanner, señala como rasgos sobresalientes.

- 1.- Dificultades para desarrollar relaciones con la gente desde el nacimiento.
- 2.- Alteraciones graves en el lenguaje como:
 - a) Mutismo.
 - b) Retraso en la adquisición del lenguaje normal.
 - c) Empleo no comunicativo del habla.
 - d) Ecolalia diferida.
 - e) Inversión pronominal.
- 3.- Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.
- 4.- Insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambio.
- 5.- Ausencia de imaginación.
- 6.- Facilidad para aprender de memoria.
- 7.- Aspecto físico normal.

Estas anormalidades se evidencian desde la primera infancia. (Banda,1992).

Sin embargo Polaino (1982) menciona tres niveles de análisis que se complementan entre sí, siendo los siguientes.

- 1.-Nivel clínico y/o comportamental.
- 2.-Nivel neurofisiológico.
- 3.-Nivel bioquímico.

I.- CRITERIOS PSICOPATOLOGICO,CLINICO Y/O COMPORTAMENTALES.

1.1.Alteraciones senso-perceptivas y atencionales.

Son frecuentes otro tipo de alteraciones como la ausencia de respuestas a estímulos auditivos (familiares o no), la conducta de excitación a estímulos visuales o a la alta emisión de respuestas táctiles y olfativas ante la presentación de estímulos no específicos para estos receptores (Hermelin y O'Connor, 1970 , Citado en Polaino 1982).

Sin embargo, Ornitz (1977) señala que ante los estímulos auditivos internos, el autista responde con una conducta de agresividad y/o irritabilidad.

Además la percepción de un objeto giratorio, atrae su atención de modo -- inexplicable, mientras que se desentiende completamente al presentarle otros -- objetos como juguetes.

Es frecuente la autopercepción sostenida exploratoria de sus extremidades distales o de detalles irrelevantes, dejándolo al mismo tiempo caer los objetos de sus manos, como si no fueran reales. Las emisiones de respuestas muestran un predominio de los sensores receptores proximales sobre los distales, y dichas excepciones se refieren a la percepción visual de ciertos objetos (arena, agua, etc.), que atraen su atención, y a la percepción auditiva de sonidos musicales muy animados y rítmicos (Sherwin, 1953; Shaperton, 1973; Schidt, et al., 1973).

En el autismo parece estar aumentando el umbral de sensibilidad dolorosa (Hermelin y O'Connor, 1970). Hay además una emisión de respuestas de autoestimulación (producción de ruidos que refuerzan su audición, como chasquidos dentales, arañando superficies, etc.). Otras veces parecen huir o evitar el flujo estimular (No toleran la innovación de alimentos en la dieta, se tapan los oídos o los ojos, rechazan las situaciones estimulares innovadoras y/o protestan ante ellas).

1.2. Alteraciones motoras.

Entre las alteraciones más frecuentes se mencionan las siguientes.

- ___ Retraso en el control de esfínteres.
- ___ Autolesiones (golpearse la cabeza) muecas.
- ___ Aleteo reiterativo de brazos y manos.
- ___ Volteretas, balanceo de la cabeza y del cuerpo, saltos sobre sí mismo.
- ___ Caminar de puntillas.
- ___ Hiperactividad, pataletas.
- ___ Estereotipias.

En cualquier caso las alteraciones motoras se presentan asociadas casi -- siempre a las anteriores perceptivas, constituyendo ambas una unidad funcional muy compleja y de difícil análisis.

1.3. Alteraciones de la inteligencia.

En los niños autistas se dan todas las posibilidades intelectuales, tal y como sucede en la población infantil anormal (Aipen et al., 1970). El interés fundamental de la exploración de la inteligencia en el autismo se fundamenta en el acierto de las predicciones educativas y terapéuticas en función del C.I. de que se parta. En su utilidad para realizar un diagnóstico diferencial con el retraso mental (Rutter, 1970).

Las dificultades que se presentan para poder explorar la inteligencia de estos niños, se deben a las alteraciones verbales, que introducen un sesgo enorme en los resultados exploratorios terminales.

1.4. Conducta social y etiología estimular.

Una característica específica de la conducta autista es la insistencia por mantener lo que se denomina como invarianza o fijismo estimular. El autista intenta ratificar las circunstancias estimulares y ecológicas que le rodean. El resultado de un cambio en estas circunstancias hace que desarrolle el autista una conducta de protesta caracterizado por:

- 1.- Interrupción instantánea, rabietas y enfado.
- 2.- Incremento de las respuestas estereotipadas y de los rituales.
- 3.- Autolesiones y autocastigos.
- 4.- Irritabilidad e hiperactividad motora.

1.5. Alteraciones morfológicas.

Quinn y Rapaport (1974) y Golafard (1967), citados por A. Polaino, mencionan haber encontrado en los niños autistas, tres factores morfológicos que se podrían considerar como "Factores de riesgo". Dichos factores son:

 Sindactilia Minior, Hipertelorismo y un descenso en la implantación de los pabellones auriculares.

Lo que se refiere a la investigación de los dermatoglifos, Walker (1977), reveló las siguientes conclusiones: reducción del número de espirales, aumento del número de arcos dactilares, bajo número de surcos y disminución en la formación de triredios.

1.6. Alteraciones del lenguaje:

Varias son las hipótesis postuladas sobre dichas alteraciones. Para Rutter (1971), las alteraciones del lenguaje son la consecuencia de una difusión orgánica cerebral, aunque aún se desconocen las bases biológicas y la topología concreta de las mismas.

Así mismo, para Williams, que es citado por A. Polaino (1982), refiere que las funciones que están principalmente afectadas con los procesos centrales de codificación de la información. Además autores como Hermelin que es referido - Polaino (1982) apoya también la teoría que menciona que dicha disfunción, reduce la información impidiendo así el apresamiento de los rasgos, que rifen a su vez el lenguaje.

Sin embargo, autores como Ricks y Wing citados por Polaino (1982) apoyan la teoría de que las alteraciones más bien se deben a un problema de desarrollo, del que dependerá la incapacidad de los niños autistas para operar con símbolos.

En cambio, hay hechos que son incuestionables para todos los autores, y estos son:

___ En el autismo hay una incapacidad para discriminar, categorizar y utilizar las reglas y clases lingüísticas.

___ Dicha incapacidad no parece estar relacionada con defectos visoespaciales ni ser una función dependiente de la condicionabilidad lingüística del niño.

___ Además se desconoce si dicha incapacidad, es primero funcional y después representacional, o a la inversa, pero lo que si se sabe, es que el niño autista se ve impedido para seleccionar su repertorio lingüístico, así como las estructuras y las formas de los subconjuntos fonológicos, morfológicos, sintácticos y semánticos y además de las reglas pragmáticas.

Dentro de las alteraciones del lenguaje las más relevantes son:

2.- Lenguaje receptivo.

Esta se refiere a la dificultad para atender y/o percibir la información, según los conceptos emitidos son abstractos o concretos. Bajo nivel de comprensión gestual: incapacidad para discriminar estímulos parecidos, análogos o semejantes; hipersensibilidad ante determinados sonidos y predominio entre las distintas modalidades receptoriales, en función de las secuencias temporales y/o especiales utilizadas.

3.-Lenguaje expresivo verbal.

__ Ecolalia : De la cual se tiene que distinguir la ecolalia pura, de la ecolalia retardada, del lenguaje, metafórico y de los neologismos.

__ Inversión pronominal.

__ Comentarios inapropiados.

__ Retraso en la adquisición del habla y del lenguaje.

__ Alteraciones en el componente mnésico que abarca el lenguaje; se refiere a la facilidad o dificultad para recordar lo que oyen al final o al comienzo fijación mnésica según fonéticos y / o semánticas; etc.

__ Monotonía y labilidad en timbre y en el tono de la voz.

4.- Lenguaje expresivo no verbal (gestos).

__ Concordancias y discrepancias entre lenguaje verbal y lenguaje gestual.

__ Muecas y tics.

__ Utilización de gestos y prosodias en situaciones espontáneas, semiestructuradas y estructuradas.

__ Control ocular.

__ Dificultad para las actividades de imitación (mimos).

__ Comportamiento en situaciones de juego.

__ Nivel de comunicación gestual.

5.- Criterios Neurofisiológicos.

Polaino (1982), al mencionar los criterios neurofisiológicos, se refiere -- principalmente a los registros electroencefalográficos y a la investigación de los potenciales evocados. En el autismo el registro encefalográfico, apenas es conclusivo. Esto se debe a la baja edad de los sujetos y a las alteraciones motoras y perceptivas que dificultan la posibilidad de obtener un registro controlado y fiable.

Schmer (1978) y Student (1978), partiendo de sus investigaciones, concluyen la existencia de una disfunción neurológica del sistema auditivo a nivel del tronco del encéfalo.

6.-Criterios Bioquímicos.

De los hallazgos bioquímicos, encontramos recientemente que Coleman(1971) - refiere que hay un aumento de serotina (5 hidroxitriptamina, 5 HT) acumulada en las plaquetas, cuya concentración disminuye paralelamente a la mejoría de la -- conducta que se observa en estos pacientes. Lo mismo ocurre con los niños hiperactivos, por lo cual el resultado es todavía difícil de interpretar.

Las investigaciones psicofarmacológicas, Sverd (1978) y Hurwic y Becker - (1978) no han logrado aún ningún resultado que fundamente la hipótesis del déficit serotoninérgico cerebral en el autismo infantil.

Un investigador, que ha podido encontrar un aumento de ácido úrico en la -- sangre, fue Coleman (1976/78), además de encontrarlo en la orina, y ésto nos -- indica que probablemente existe una alteración en el metabolismo de las purinas de dichos pacientes.

Paluszny (1987) considera que al autismo se le clasifica de dos formas, en la mayoría de las clínicas psiquiátricas o de salud mental, el autismo, según - esta autora, se clasifica como: "Alteraciones psicóticas de la niñez".

1.1.3. NIVELES O GRADOS DEL AUTISMO.

Algunos autores como Allen citado en Calderoñ 1990 y Lebedinskaya (Citado - en Blanco y Garcíapiña 1995), han propuesto la existencia de ciertos niveles de autismo que se basan en la diferencia de grado de desadaptación y la diferen- cia entre los tipos y grados de defensas autistas. Estos niveles o grados de au tismo se han utilizado prácticamente, desde la escuela soviética para el trata- miento diferenciado de los niños autistas.

En general se pueden distinguir los siguientes niveles de autismo.

- 1.- Lenguaje ausente o muy deficiente. Socialmente ausente, sin contacto inter- personal alguno. Actividades limitadas a movimientos estereotipados y uso - sensorial indiscriminado de objetos.
- 2.- Severa deficiencias de lenguaje. Socialmente distante, se puede interesar - en las acciones de otros nunca en la persona en sí. Participa en contactos sociales muy simples como hacerle cosquillas, etc.

- 3.- Deficiencias de lenguaje . Socialmente distante o con interacciones inapropiadas caracterizada por dificultad para mantenerla o iniciarla. Puede interactuar mejor con adultos que con niños. Sus esfuerzos de socialización son inadecuados o raros. Sus actividades preferidas son escribir o dibujar.
- 4.- Tienen deficiencias de lenguaje en el nivel léxico-sintáctico, su interacción social es inapropiada. No tienen actividades preferidas, todos sus juegos son estereotipados.
- 5.- Tienen deficiencias de lenguaje en el nivel léxico-sintáctico pragmático. - Sus relaciones son muy mecanizadas. Se obsesionan en algunos tópicos. Da la impresión de tener más habilidad social de la que realmente tienen.

Otros autores han realizado diferentes subgrupos de autismo. Eaves, Ho y -- Eaves (1994), realizaron un análisis con los datos de 166 niños con desórdenes autistas del cual emergieron cuatro subtipos clínicos de autismo.

- 1.-Parecido al autismo clásico.
- 2.-Similar al autismo pero con retardo mental de moderado a severo.
- 3.-El menos autista.
- 4.-Autismo de alta funcionalidad, más parecido al síndrome de Asperger.

Es posible señalar en cuanto a los niveles o subgrupos de autismo propuestos, que todos ellos tienden a señalar la existencia de una escala que va de muy profundo a poco profundo (Blanco, García Piña 1995).

Por último Alos,J.(1984) dice que hay distintos niveles de autismo, que van desde el autismo severo en donde el niño no establece ningún tipo de contacto - hasta un autismo bastante leve en el cual el trastorno altera un número menor - de funciones y por lo tanto hay un mejor pronóstico.

C A P I T U L O " I I "

DOS APROXIMACIONES PARA EL TRABAJO CON AUTISTAS

CAPITULO II

DOS APROXIMACIONES PARA EL TRABAJO CON AUTISTAS.

En este capítulo se abordarán dos aproximaciones siendo éstas la aproximación conductual que se refiere a las características de las conductas que presentan los autistas, así como también las evaluaciones que se le pueden realizar, en éstas se considera su desarrollo de coordinación motora fina y gruesa, lenguaje, comprensión y socialización; cada uno de estos puntos se describen detalladamente en el apartado correspondiente a lo largo del capítulo.

En la aproximación neuropsicológica se describirá primeramente que es una ciencia interdisciplinaria con la que se relacionan la neurología, psicología, lingüística. También menciona que el cerebro se encuentra dividido en tres unidades funciones que se describen durante el capítulo.

2.1. APROXIMACION CONDUCTUAL.

El enfoque conductual del autismo se centra en las características de la conducta manifiesta que presentan las personas que padecen estos síntomas, algunos autores como Fester, Schreibman, Charlop, Britten, Lovaas, Schreibman y Koegel (1966 todos ellos citados en Cepeda; 1985), sustentan esta aproximación.

Cabe mencionar que las técnicas conductuales se encargan de "modificar" la conducta una vez establecidos los estímulos que la rigen. La modificación de la conducta está basada en los fundamentos de la teoría del aprendizaje, el tratamiento tiene como finalidad enseñar al niño a llevar a cabo ciertas funciones o a extinguir otras. La modificación de conducta como señala Brengelman (1979 citado en Garanto, 1984), estructura nuevos modos "positivos" de conducta y reducir los modos conductuales indeseables o inadecuados a través de la manipulación directa de la conducta. En dicho enfoque se han utilizado diferentes técnicas (ver anexo 1). Se ha puesto especial interés en el aspecto de terapia de lenguaje cuyas técnicas han llegado a obtener resultados positivos como por ejemplo obedecer ordenes sencillas.

El primero en estudiar a los niños a través del marco del comportamiento fue Fester en 1961. Su primera contribución es explícita y concreta en la que él relaciona los principios del aprendizaje al desarrollo del comportamiento y publicó un análisis teórico del origen de las alteraciones autistas, basado en conceptos de la teoría del aprendizaje, consideraba que la característica fundamental del autismo era un déficit conductual, una carencia de comportamientos funcionales. En ese mismo año Fester sometió el comportamiento del niño autista a un análisis funcional que procede de manera lógica a través de los siguientes pasos:

- 1.-Especificación del síndrome a nivel conductual.
- 2.-Admisión de que la conducta se encuentra modelada y mantenida por las contingencias ambientales.
- 3.-Análisis de cómo algunos déficits conductuales se encuentran vinculadas a determinadas contingencias ambientales.
- 4.-Análisis de las variables representadas por los padres.

En los estudios realizados por Wolf, Risley, Metz en 1964; Lovaas, Berberich, Schaefer en 1966 y en el año de 1967 Wolf, Risley y Johnston; durante el año de 1968 Bucher y Lovaas, cabe mencionar que en 1971 Litrownik, Lovaas y Man y por último Metz 1985 en sus investigaciones han acordado que las características conductuales del autista están determinadas por aspectos ambientales específicos y que pueden ser desarrollados o eliminados, proporcionando la estimulación ambiental requerida (Citado en Pardo, Pérez 1990).

Cepeda (1985) menciona que algunas de las características son las siguientes.

- 1.- Déficit sensoriales: No existe déficit sensorial real en el niño autista, ya que en ocasiones presenta agudeza visual y auditiva, sin embargo aparentemente no escucha o no ve ya que no responde a la estimulación que se le da.
- 2.- Déficit afectivo: Se refiere a la indiferencia que muestra el niño con respecto al afecto que le demuestra la familia; no se ríe, no se muestra triste, deprimido o asustado.
- 3.- Aislamiento: Para el niño autista las interacciones con objetos y personas no tiene significado sentimental, las pocas interacciones que llegan a dar solo hace referencia a objetos fetiches.
- 4.- Autoestimulación: La conducta de los niños autistas es estereotipada y repetitiva, sin función aparente como mecerse, girar objetos, movimientos extraños en las manos y clavar la mirada en objetos.
- 5.- Berrinches y autodestrucción: Frecuentemente los niños autistas hacen berrinches que incluyen mucha agresividad como dar patadas, rasguños, morder, pellizcar, conductas autodestructivas como : Golpearse, pellizcarse.
- 6.- Déficit del lenguaje: La mayoría son mudos* pero en ocasiones pueden tararear una canción simple, otros sí tienen lenguaje, pero su habla no es funcional y es ecológico.

Sin embargo también Pardo, Pérez 1990 mencionan algunas de las características que se deben de considerar en los niños autistas siendo estos los siguientes:

*Mudos: Falta de desarrollo de la función del lenguaje.

1.- La edad: Este es un dato importante porque en cuanto varia la edad hay conductas que son más frecuentes que otras (tanto en frecuencia duración e intensidad), además conforme pasa el tiempo estas también cambian.

2.- El número de sujetos: Esto se encuentra relacionado con lo que sería el aspecto de la generalización de los resultados de la investigación.

Para detectar las características de los sujetos se divide en varias áreas como son:

- 1.- Coordinación motora gruesa: Movimiento, tono muscular, equilibrio, marcha, trote.
- 2.- Coordinación motora fina: Movimiento digital manual.
- 3.- Area personal - social: Se encuentra dividida en tres secciones que son los siguientes: Socialización, Autocuidado y Actividades lúdicas.
- 4.- Area de lenguaje: Consta de tres partes importantes que son: Determinación de estímulos por su nombre, Asociación de la función al estímulo mediante el control instruccional, así como también la emisión de respuestas verbalizadas.
- 5.- Area adaptativa; Esta formada por dos divisiones que son: Atención y Académica.

Hablando un poco de la intervención hay que mencionar que el uso de técnicas está encaminado a incrementar conductas deficitarias y a decrementar las conductas excesivas. Algunas técnicas conductuales son: Para los excesos conductuales:

- 1.- Autodestrucción : Su técnica extinción, castigo.
- 2.- Autoestimulación: Extinción, Castigo, RDO.
- 3.- Conducta indeseables: Extinción, Castigo, Tiempo fuera, Sobrecorrección.

Para los déficits conductuales:

- 1.- Lenguaje y habla: Imitación, moldeamiento, reforzamiento positivo, instigación.

- 2.-Atención: Instigación, reforzamiento diferencial, estímulos de apoyo, sobre entrenamiento.
- 3.-Motivación: Todos las técnicas antes mencionadas.
- 4.-Imitación: Moldeamiento.
- 5.-Autocuidado: Reforzamiento positivo, tiempo fuera.

TIPOS DE EVALUACION:

Por otra parte la evaluación conductual es descrita en cuanto a criterios de intervención y análisis de procesos de aplicación con el fin de observar si los cambios son debidos al proceso propio de la aplicación. La evaluación presenta las siguientes fases:

I.- La evaluación inicial: También conocida como diagnóstico, según el diccionario enciclopédico UTEHA, es "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos" (pág. 12 citado en Galguera 1984) En términos generales diagnóstico es la identificación de un conjunto de signos y síntomas patológicos, su origen, evolución y curso a partir de donde se deduce la existencia de un estado o proceso patológico subyacente a los síntomas y que es el responsable de los mismos.

El diagnóstico conductual es la evaluación inicial, previa a toda intervención, que nos proporciona la información indispensable para una programación adecuada del tratamiento a seguir. Riviere (1984 citado en Pardo, Pérez 1990), afirma que los procedimientos de modificación de conducta siempre serán más eficaces cuanto más se adapten a las condiciones reales del sujeto al que se apliquen, a sus motivaciones y formas de procesar la información a sus dificultades y mecanismos biológicos internos.

Por lo antes mencionado el término diagnóstico utilizado originalmente por las ciencias médicas, implica la detección tanto la etiología como de los síntomas de una enfermedad con el propósito de determinar el tratamiento y el pronóstico probable. Dicho término fue heredado con todas sus implicaciones por la psicología, lo cual ha tenido diversas consecuencias, entre las cuales podemos mencionar las siguientes.

1.- Las pruebas psicométricas: Basadas en la ejecución de un sujeto sometido a resolver problemas, cuyas respuestas expresan un "cociente intelectual" identificado con un punto en una escala, que señala la ubicación del individuo con respecto a las clasificaciones obtenidas a partir de la aplicación de esas mismas pruebas en numerosas poblaciones (Son ejemplo de este tipo de pruebas la de Stanford Binet y la de Wechsler).

2.-Los criterios educativos de clasificación orientados hacia la clasificación de la subnormalidad intelectual. Esta clasificación implica, según Anastasi -- (1968 citado en Galguera 1984) Varios niveles: "mentalmente deficiente con anormalidad relativamente grave", "mentalmente retrasado", "mentalmente rezagado" y "restringido". La segunda y tercera clasificación son aplicables a niños que -- pueden ser educados en grupos escolares comunes, en casos especiales.

3.-Las clasificaciones basadas en la etiología: Implican la clasificación del -- sujeto de acuerdo con la etiología del problema que presenta, por ejemplo: --- "Factor RH", "Síndrome de Down", "Fenilcetonuria", "Hipertiroidismo", etc. Es necesario señalar que estas clasificaciones se refieren a alteraciones de naturaleza orgánica o bioquímica, lo cual resalta de manera más evidente, el marco conceptual con el que se abordan los problemas de comportamiento, que en este -- caso es un modelo organicista que supone que el origen de los problemas se deriva de anomalías localizados en el interior del organismo.

Todas las pruebas, criterios y clasificaciones mencionados suponen que hay entidades responsables del comportamiento específicos del sujeto de manera que de acuerdo con ello la conducta no es más que una manifestación o síntoma de -- una disfunción a estado particular de estas entidades. Finalmente una evalua--- ción inicial tiene como objetivo reunir toda la información acerca del indivi-- duo principalmente por medio de la entrevista y observación directa, con el fin de determinar las conductas del sujeto, las que no posee o tiene en exceso, las condiciones ambientales relacionadas y otros datos, para derivar un procedimiento de intervención preciso.

II.- Evaluación durante el tratamiento: La segunda modalidad de evaluaciones -- realizadas durante los tratamientos son en cierta medida, diagnósticos parcia-- les que indican la eficacia de los procedimientos seguidos y "simultáneamente", brindan los elementos necesarios para poder hacer cambios "sobre la marcha" en los programas.

El objetivo de estas evaluaciones es detectar los cambios que sufre la -- conducta durante el tratamiento, además de proporcionar información con respecto a la idoneidad de las variables empleadas.

Para realizar una evaluación adecuada durante el tratamiento, son indispensables ciertos requisitos que introducen algunos problemas que, aunque sutiles, merecen una consideración en el presente análisis, con el fin de comprender mejor los propósitos y ventajas de esta modalidad de la evaluación.

III.- Evaluación después del tratamiento: El objetivo primordial de una evaluación después del tratamiento es justamente, determinar si los resultados logrados son permanentes. En términos generales, hay dos métodos para llevar a cabo dicha evaluación siendo los siguientes:

1.- Sondeos: Consiste en retirar toda la estimulación empleada durante el programa de intervención y observar la conducta. Este tipo de evaluación no sólo sirve como medida posevaluativa, sino que también puede ser utilizado a lo largo del programa como evaluación entre una fase y otra.

2.- Pruebas: Son evaluaciones en las que se emplea una nueva forma de presentación de los estímulos de tal manera que el requisito de la respuesta es diferente es decir se evalúan formas de comportamiento nuevas, pero similares a la conducta tratada.

PRUEBAS EMPLEADAS EN LA EVALUACION DEL AUTISMO:

A continuación se describen brevemente algunos instrumentos psicológicos de evaluación del autismo (Citado en Castanedo, 1996):

1.- PEP: PERFIL

PSICOEDUCACIONAL. El PEP (Schopler y Reichler, 1979; Schopler y Reichler, 1994) permite el diagnóstico de las funciones mentales del niño. Se aplica a niños con edades cronológicas de 1 a 12 años y de nivel educativo preescolar. Los resultados, de este perfil se utilizan para implantar el programa TEACCH de enseñanza individualizada. Desde un punto de vista evolutivo, la escala proporciona un perfil en las siguientes áreas:

1.- Imitación: El aprender a imitar está relacionado con el lenguaje. Un reactivo de esta competencia consiste en "imitar la tos", lo que realiza un bebe entre los 5 y los 12 meses.

- 2.- Percepción : Los procesos perceptuales son básicos para el aprendizaje. El niño de 6 a 12 meses "vuelve la cabeza cuando se le llama por su nombre".
- 3.-Motricidad gruesa: Esta es una de las capacidades menos dañadas en el niño autista. De 2 a 3 años el niño "camina de puntillas".
- 4.-Motricidad fina: Esta destreza permite realizar varios aprendizajes, entre ellos el de la escritura. El bebé de 6 a 12 meses "pasa un objeto de -- una mano a otra".
- 5.-Coordinación Visomanual: Integra la percepción y la motricidad fina. El niño de 6 a 12 meses "coloca una cuchara en una taza".
- 6.-Cognición: El niño de 1 a 2 años "reconoce su - imagen en el espejo y sabe que es él ".
- 7.-Lenguaje/ Comprensión: El niño de 1 a 2 años - "señala con el dedo los objetos que se le nombran".
- 8.-Lenguaje/Expresión: El niño de 1 a 2 años "Uti-- liza por lo menos 20 palabras como vocabulario".
- 9.-Autonomía: El niño de 2 a 3 años "tiene un con-- trol diurno de esfínteres".
- 10.-Socialización: El niño de 1 a 2 años "expresa -- sus emociones (afecto, placer, cólera, celos) ".

El perfil psicoeducativo proporciona dos trazados, por cada una de las áreas descritas; uno de ellos pertenece a la adquisición de la competencia y el otro al "emergente". Este último nivel se sitúa entre lo posible y lo imposible, es el próximo nivel de desarrollo que se puede alcanzar en la competencia evaluada, por ejemplo: Si un niño ha adquirido,

en percepción, el "reconocimiento de ciertas formas geométricas: círculo, cuadrado, triángulo (de 1 a 2 --- años)", la competencia que corresponde a su próximo nivel "emergente" será : "reconocer la figura de la - cruz "(2 a 3 años)". De esta manera, el perfil pro-- porciona información sobre lo que el niño es capaz - de hacer y el próximo paso de su aprendizaje en el - programa educativo.

2.-AAEPP:PERFIL PSICOEDU_
 CACIONAL DE ADOLESCEN_
 TES Y ADULTOS (SCHOPLER

Y MESIBOV, 1 9 8 7). Es una extensión del PEP, que permite la evaluación de las capacidades del sujeto joven en aquellas --- áreas que se consideran importantes para su funcio-- namiento semiindependiente. Contiene tres escalas:

- a) Observación directa.
- b) Entrevista con la familia.
- c) Entrevista con el responsable escolar o profesio-- nal.

Las aptitudes que evalúa son:

- 1.-Comunicación.
- 2.-Relaciones sociales.
- 3.-Autonomía y aptitudes domésticas.
- 4.-Aptitudes profesionales.
- 5.-Conducta en el trabajo.
- 6.-Aptitud hacia el ocio.

3.-ESCALA DE VALORACION DEL
AUTISMO INFANTIL.
(CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING
SCALE, SCHOPLER Y OTROS, 1980; 1985)

Este instrumento evalúa las siguientes
15 conductas:

- 1.-Relación con otras personas.
- 2.-Imitación.
- 3.-Reacciones emocionales.
- 4.-Relación con el cuerpo.
- 5.-Relación con objetos.
- 6.-Adaptación al cambio.
- 7.-Reacciones visuales.
- 8.-Reacciones auditivas.
- 9.-Reacciones de los receptores próximos.
- 10.-Angustia y nerviosismo.
- 11.-Comunicación verbal.
- 12.-Comunicación no verbal.
- 13.-Nivel de actividades.
- 14.-Nivel de funcionamiento intelectual
- 15.-Impresión general de un experto.

Estos 15 reactivos se puntúan desde 1
(Conducta adaptada) hasta 4 (Conducta -
inadaptada).

4.-TEST DE DETECCION DEL AUTISMO
PARA LA INTERVENCION EDUCATIVA
(ASIEP, KRUG, ARICK Y ALMOND,
1980).

Contiene cinco subpruebas: 1. Listado de
57 conductas autistas. 2. Muestra de con-
ducta vocal. 3. La interacción social. 4.
Las habilidades educativas. Y 5. Las ha-
bilidades para aprender una tarea nueva
El listado de conductas autistas (ABC) -
consta de 57 reactivos conductuales de -
peso variable distribuidos en cinco es-
calas: capacidades sensoriales; relacio-
nes interpersonales; uso de objetos y -

del cuerpo; lenguaje y habilidades sociales y de autoayuda. En este listado se concede un mayor peso a aquellas conductas que son más representativas del autismo. Una puntuación alta sugiere una gran cantidad de conductas autistas

5.-CUESTIONARIO PSICOEDUCACIONAL

(NPI- EPEC, FLAHARTY)

Se utiliza en niños de un mes a seis años de edad y mide: conceptos básicos, igualdad, número, memoria visual y auditiva. grafismo, imagen corporal, motricidad gruesa, juego, socialización.- Su ventaja es que es apropiado para sujetos no verbales.

6.-CUESTIONARIO DE EVALUACION DE

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(GAUTENA, 1990)

Evalúa actividades de la vida cotidiana en sujetos de 0 años a adultos. Contiene 224 elementos, que miden los siguientes aspectos: alimentación, vestido y cuidado de la ropa, aseo personal e higiene, control de esfínteres, trabajo doméstico, independencia en su entorno.

7.-ESCALA DE EVALUACION DE LA

CAPACIDAD ADAPTATIVA (EVALCAP,

HELAND Y SPEAKE.ADAPTACION

GAUTENA, 1990).

Se utiliza con adolescentes y adultos. contiene 202 elementos y mide aspectos sociales, académicos y de autonomía personal.

8.-TEST DE EVALUACION DEL DESARROLLO
PREESCOLAR Y ESPECIAL (TEDEPE, RIVIERE,
EN PRENSA).

Evalúa ocho dimensiones de la conducta:
desarrollo social, lenguaje expresivo, -
lenguaje comprensivo, motricidad gruesa,
motricidad fina, imitación, representa--
ción y simbolización, solución de problemas.
Se utiliza con niños desde el nacimiento
hasta los cinco años de edad.

9.-LISTA DE DIAGNOSTICO DEL AUTISMO
(RIVIERE Y OTROS, 1988).

No tiene margen de edad. Sus 104 elementos
evalúan conducta social, comunica---
ción y lenguaje, juego y manipulación de
objetos, rasgos evolutivos y peculiaridades
conductuales.

10.- AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION
SCHEDULES (ADOS, RUTTER) .

Desde los 6 años de edad hasta adulto. -
Con ocho reactivos mide la conducta so--
cial y comunicativa.

2.2. Aproximación Neuropsicológica.

La neuropsicología es la ciencia de la actividad mental superior en sus relaciones con las estructuras cerebrales que las sustentan (relación conducta - cerebro). Aunque no existen barreras taxativas entre actividades de tipo "superior" y el resto de las actividades cerebrales, se puede establecer una diferencia a partir de las nociones de complejidad funcional de competencia simbólica o se puede decir que estas funciones o actividades superiores tienen un sentido (citado en Peña, 1983).

Cepeda (1985) menciona que también se ocupa de los cambios en los procesos conductuales de los pacientes con lesiones locales del cerebro y de esta forma posibilita entender mejor la importancia de cada zona cortical y subcortical - cabe mencionar que el cerebro humano está organizado en tres principales unidades funcionales que son las siguientes:

- 1.-Primera unidad funcional o analizador primario: La cual regula el tono y/o la vigilia.
- 2.-La segunda unidad funcional o analizador secundario: Encargado de almacenar y procesar la información que llega del mundo exterior.
- 3.-La tercera unidad funcional o analizador terciario: Cumple con la programación, regulación y verificación de la actividad mental.

Es importante señalar que en los procesos mentales del hombre siempre tiene lugar la participación de las tres unidades y cada una de estas unidades básicas en sí mismas, es de estructura jerárquica y consiste por lo menos en tres zonas corticales, una sobre la otra.

El área primaria (de proyección), que recibe impulsos de o los manda a la periférica o secundaria (de proyección asociación), donde la información que recibe es procesada y la terciaria (zona de superposición) que son los últimos sistemas de desarrollo en los hemisferios cerebrales.

Cabe destacar que en los niños autistas, tienden a percibir mejor algunos detalles dentro de una modalidad de estimulación auditiva o visual además tiende a repetir constantemente una contextualización, ciertas palabras, números o hasta frases muy largas.

Posteriormente Fejerman (1994) menciona que existen bases neurológicas de la sintomatología autista, sin embargo resulta muy tentadora la posibilidad de especular sobre las bases neurológicas de varios síntomas del autismo. La información biológica para convalidar estas especulaciones es llamativamente diversa. En la mayoría de los casos la evidencia relacionada con la etiología o la patología y el creciente interés de conocer las bases neurológicas del autismo - están comenzando a brindar alguna información y estos se han dividido de la siguiente manera.

NEUROLOGIA:

La neuropatología no ha podido descubrir ninguna lesión de la neocorteza. Hasta ahora, la patología ha sido limitada a los circuitos cerebelosos y límbicos. Brauman (1991) y Bauman y Kemper (1985) examinaron secciones seriadas de cerebros enteros de cinco personas autistas y encontraron un aumento de la densidad celular y un decrecimiento del volumen celular bilateralmente en el -- hipocampo, subículo, la corteza entorrinal, porciones de la amígdala, el cuerpo mamilar y el núcleo septal media.

NEUROIMAGENES:

Hauser y otros 1975 (Citado en Fejerman, 1994), realizó un estudio mediante neumoencefalografía, indicó que 15 de 18 niños autistas tenían el cuerno del lóbulo temporal izquierdo más grande que el del derecho lo que podía ser una base de su trastorno del lenguaje y la presencia de patología límbica.

Las anomalías cerebelosas macro y microscópicas pueden explicar algunos de los déficit motores, sin embargo el niño autista típico no presenta los clásicos signos motores del síndrome cerebeloso. Es incierta la relación entre estas anomalías cerebelosas y el déficit de sociabilidad, comunicación, cognición y afecto que caracteriza al autismo, que sugiere una patología límbica y cortical más que cerebelosa (Akshoomoff y Caourchesne, 1992).

ELECTROENCEFALOGRAMA (E E G). Los niños autistas con convulsiones por lo general presentan un EEG anormal. En la mayoría de las personas autistas de alto -- funcionamiento libres de convulsiones y sin evidencia corroborativa de una patología cerebral, el EEG es anormal. El significado de una leve lentificación del ritmo de base es incierto, pero con frecuencia es demostrable por medio del análisis espectral del EEG en niños con trastorno del desarrollo de las funciones cerebrales.

El hallazgo de anomalías en los potenciales evocados corticales en personas autistas durante las pruebas de lenguaje y habilidades discriminativas -- pueden arrojar cierta luz sobre los déficit del procesamiento cortical. (Courchesne y otros en prensa., Novick y otros, 1979; Novick y otros, 1980 ; citado en Fejerman, 1994).

Por otra parte los electroencefalogramas han sido usados como un método para el estudio del sistema nervioso central en personas autistas. En seis estudios en donde grupos normales de control fueron incluidos los niños autistas -- tuvieron más anomalías en sus electroencefalogramas, estos datos apoyan la evidencia de que el autismo es un desorden orgánico caracterizado por un daño -- severo en el sistema nervioso central (Hegewiseh, 1983).

Cabe mencionar que el autismo es un síndrome conductual y no una enfermedad no es posible hallar un único test específico de diagnóstico, pero la búsqueda de exámenes biológicos para identificar etiologías específicas entre subgrupos de niños autistas es esencial para los consejos de orden genético y quizá para el pronóstico (Gillberg y Coleman, 1992).

Los estudios de ligamiento génico bandeado cromosómico de alta resolución y la búsqueda de etiologías bioquímicas específicas proporcionarán información -- etiológica para las familias de algunas personas autistas.

La búsqueda de las bases neurológicas del síndrome autista es muy importante para entender su fisiopatología y aún deben de terminarse así como la contribución de los estudios de neuroimagen cuantitativa y electrofisiología, las mediciones de los neurotransmisores en los fluidos corporales por espectroscopia de resonancia magnética, sola o combinada con otras técnicas.

Los complejos estudios de autopsia van a seguir siendo necesarios, ya que proporcionan la evidencia más directa de las bases neurológicas y neuroquímicas de este síndrome (Citado en Fejerman, 1994).

Benedet (1986) ha presentado un excelente panorama sobre la situación actual de la neuropsicología y de la evaluación neuropsicológica en particular, por lo que a continuación se resume algunos de estos conceptos.

En neuropsicología siempre existieron dos modelos teóricos clásicos a los que ha adherido en mayor o menor grado casi todos los autores y que se denominó "Globalista" (cerebro equipotencial) y "Localicista" (funciones psicológicas localizadas en zonas concretas del cerebro).

Hecaen (citado en Tollis 1991) considera que si bien entre el sistema sensitivo y el motor tiene lugar interrelaciones múltiples estas interrelaciones no van en contra de la localización funcional. Indican solamente que las zonas no funcionan aisladamente, sino que comportan potencialidades diversas aunque están más específicamente consagradas a tal o cual actividad. Si un área funcional dada se ve privada de las aportaciones de otra zona de la que recibe normalmente la información necesaria para la ejecución de las conductas que controla asegurando en adelante su función, utilizando aún más las informaciones procedentes de otras áreas no lesionadas y con la que ha estado siempre en relación.

El exámen neurológico básicamente consiste en la observación de ciertos -- reflejos del sujeto, evaluando así el área motora, perceptual, visual, auditiva y de lenguaje. El fin de tal evaluación es reflejar los trastornos patológicos de una parte muy específica de la corteza y de las vías nerviosas por lo que respecta al examen neuropsicológico, además de evaluar zonas primarias también evalúa las zonas cerebrales secundarias y terciarias que aborda en el hombre -- una gran parte de los hemisferios cerebrales (Citado en Cepeda, 1985).

También se menciona que la evaluación neuropsicológica hasta hace unos -- 20 años, tenía como única finalidad inmediata la de intentar determinar la existencia o no de una lesión cerebral. Hoy la finalidad principal es la de determinar como procesa el individuo la información y que relación existe entre sus modos de procesamiento y sus estructuras y funciones cerebrales y también las -- conductas manifiestas.

Obviamente el modo de procesamiento de la información de un individuo y con él sus conductas manifiestas está siempre en relación con una estructura cerebral que puede estar íntegra, dañada o malformada, además está en relación con un funcionamiento cerebral que también puede ser sano o estar más o menos perturbados.

Y aun en el caso de un cerebro estructural y funcionalmente sano hoy se sabe que el funcionamiento mental del cerebro es altamente idiosincrático y que esta organización peculiar de cada cerebro se traduce en diferentes estilos de procesamiento de la información y por lo tanto, de conducta.

De esto se desprende que la neuropsicología no se ocupa sólo ni principalmente del estudio de los individuos cuyo cerebro está estructural o funcionalmente perturbado, sino que una buena parte de su actividad se dirige al estudio de los diferentes modelos de representación cerebral de los procesos psíquicos superiores y más concretamente, de los diversos patrones de colaboración de las diferentes áreas cerebrales en cada secuencia del procesamiento de la información y de la posibilidad de modificación de esos patrones.

Es así que la meta de la evaluación neuropsicológica se va a deslizar desde la detección, localización y caracterización de las lesiones cerebrales hacia la determinación y descripción de las funciones preservadas y de las funciones deterioradas en vistas a la planificación de un programa de intervención y a la valoración de esas intervenciones (Citado en Tallis, 1991).

También se menciona que la evaluación neuropsicológica demuestra ahora su utilidad no solamente en un servicio de neurología o neurocirugía si no también en la práctica psicopatológica y psicopedagógica como parte necesaria del diagnóstico clínico.

C A P I T U L O " I I I "

TRABAJO CON PADRES DE LOS NIÑOS AUTISTAS

C A P I T U L O I I I

TRABAJO CON PADRES DE LOS NIÑOS AUTISTAS

Por muchos años las posturas profesionales se enfocaron a relacionar las características o formas de crianza de los padres y el padecimiento, generándose sentimientos de rechazo social al señalarse a los padres como responsables de las alteraciones del niño.

Las condiciones de vida en una familia estandard, normalmente se puede definir como orientadas a crear un ambiente de seguridad emocional crecimiento y satisfacción de las necesidades de sus miembros.

En el caso de una familia con hijo autista surgen eventos que marcan necesidades especiales no sólo para el niño en cuestión, si no para los padres y hermanos. Es por ello que primeramente se da una breve definición de la palabra familia para que con ello se abordará principalmente a la familia del niño --- autista, así como su educación y centros en donde se le puede brindar atención.

La palabra familia viene del latín "familia" que significa "grupos de personas emparentadas entre sí". Es en la familia donde crece y en donde pasa la mayor parte del tiempo el niño, por lo tanto es aquí donde se educa y se le prepara para la vida forjando su personalidad para convertirse en adulto.

Cabe mencionar que el núcleo de una familia esta formado por el padre, la madre y los hijos; en base a esto las familias se pueden clasificar de la siguiente manera según Carroasco,1992.

Familias completas: Formadas por el padre, madre e hijos.

Familias incompletas: Cuando falta alguno de los miembros (padre, madre, hijos).

Familias superpobladas: En las que además del padre, madre e hijos conviven juntos otros familiares, hijos adoptivos o amigos.

Familias organizadas: Aquellas en las que los padres cumplen y hacen cumplir sus obligaciones y derechos entre los miembros.

Familias desorganizadas: Las que no cumplen con los deberes y derechos que cada uno tiene y se subdividen en familias con padres autoritarios, familias con padres sobreprotectores, familias con padres diferentes.

Familias según su nivel económico:

- 1.- Nivel bajo; cuyos ingresos económicos son inferiores al salario mínimo.
- 2.- Nivel medio; con ingresos superiores al salario mínimo.
- 3.- Nivel superior; nivel de vida con riquezas.

Familias según su nivel cultural:

- 1.- Analfabetos.
- 2.- Con primaria.
- 3.- Con estudios vocacionales.
- 4.- Con estudios profesionales.

Dentro de esta clasificación vemos que cada familia va a estructurarse de manera distinta es por ello que Carroscó (1992) menciona que la familia ideal es ta integrada por padre, madre e hijo , en el caso de una familia autista surgen eventos que marcan necesidades especiales no sólo para el niño en cuestión, si no para los padres y hermanos a continuación se describirá detalladamente el pa pel que desempeñan los padres de estos niños.

Rozental (1993) menciona que los padres de los niños autistas tienen los mis mos problemas que los padres de niños con otros impedimentos, pero además tie nen dificultades especiales, esto se debe a que la mayoría de los autistas tie nen un aspecto normal y parecen generalmente normales al nacer. Los padres dem o ran uno o dos años hasta darse cuenta de que su niño es anormal; y los padres son afectados profundamente por la dolorosa experiencia que sufren cuando se dan cuenta de que su niño es mentalmente enfermo.

Sin embargo los padres necesitan y desean entender la enfermedad, su desa rrollo y sus efectos, y quien trata al niño debe ser preferentemente un equipo interdisciplinario de recuperación y es éste el que debiera contemplar todas las necesidades familiares, además del tratamiento del niño para ser realmente útil.

Tavormina (Citado en Carroscó, 1992) describe cuatro etapas que presentan los padres cuando se dan cuenta de que su hijo es autista.

- 1.-El padre se "divorcia emocionalmente" del niño y le deja todos los cui dados y responsabilidades a la madre, mientras que él busca activida des externas.
- 2.-Ambos padres se reúnen para rechazar a su hijo, incluso pueden llegar a recluirlo en alguna institución, sin que les importe su impedimien to.
- 3.-Hacen del niño su centro de atención, le cumplen todos sus deseos y le tratan de dar lo mejor que tienen.

- 4.-Los padres se unen y se apoyan entre si, así como también a su hijo, -
manteniendo una identidad propia y una semblanza de vida normal.

Aunque no todas las familias llegan al cuarto nivel es importante que se les estimule y apoye para poder estructurar su familia de la mejor forma, haciéndoles ver que la vida no esta destruida que al contrario tiene un gran camino que recorrer al estimular todas las capacidades de su hijo, para poder -- sacarlo adelante y que sepan que cualquier avance va a ser una gran alegría y recompensa a su trabajo, así como mayor esperanza y motivación para continuar con su educación.

Las primeras investigaciones, acerca de los padres de los niños autistas, se apoyaban en medidas indirectas de la personalidad y en la actitud de los pa dres, además se comparaba a los padres de niños autistas con los padres de niños normales.

Como resultado de estas investigaciones los padres de los niños autistas soportaron ser llamados poco afectivos, mecánicos, insensibles a las necesi-- dades del niño, sobreprotectores, obsesivos y pasivos. Los padres que hacian - preguntas, daban instrucciones o estructuraban situaciones, eran llamados in-- trusivos y a los que no lo hacian se les denominaba desorientadas. (Citado en Paluszny,1987).

Leo kanner (1943) desde sus primeros informes acerca de la naturaleza de los padres, de niños autistas menciona que existe un común denominador en --- ellos y se trata del hecho de que entre estas aparecen médicos, científicos, - escritores, periodistas, así menciona que los padres de estos niños no necesari-- amente poseen un alto grado de inteligencia, pero asegura que se encuentra un síntoma obsesivo en la historia familiar (Citado en Dayan, 1994).

Kanner(citado en Villard 1986) describió a las madres de niños autistas -- como frías, rígidos, intelectuales, poco sensibles. Si ellos son así es debido a una adaptación natural para ayudar a su hijo una forma que nunca se ha acabado de entender, puesto que probablemente se mezclan razones como por ejemplo: La dificultad de ayudar a su hijo y aumentar su tensión y su rigidez.

Desde siempre las madres han intentado realizar intuitiva e instintivamente el tipo de relación más favorable para que su hijo progrese. Cantwell, Baker (Citados en Schopler y Mesibov 1984) han recopilado información en relación al impacto del niño autista en la familia a partir de las siguientes investigaciones.

Leighton (1969) menciona que es importante trabajar con los padres de niños autistas en aspectos como sus expectativas hacia el niño, sus sentimientos de culpa darles ayuda práctica y reducir las presiones emocionales de la familia.

Marcus (1977) reportó que los padres de niños autistas indicaron que estaban muy afectados por las discapacidades del niño, con un miedo constante, preocupación, ansiedad y aprensión. Las principales áreas en las que los padres mostraron serias preocupaciones son: Anormalidades comportamentales y problemas por no poderse relacionar.

De Myer (1979) encontró que las familias se encuentran intensamente afectados por los múltiples fracasos de sus hijos autistas, estos fracasos afectan a cada parte como individuo, a la relación marital, a la relación padre - hijo y a los otros niños en la familia. Los problemas asociados al criar un hijo -- autista debilita los lazos afectivos entre los padres.

Sin embargo en Buscaglia (1990) menciona que los padres de niños discapacitados no solo necesitan adquirir información sobre el problema, sino también y principalmente, sobre sí mismos, sobre sus sentimientos, temores, miedos y resistencia al cambio. Por otra parte, el autor sostiene que la tarea fundamental de los padres no es la de sobreproteger ni aislar, sino la de enseñar a sus hijos a amarse a si mismos, a aceptarse, a valerse, hasta donde sea posible, por ellos mismos a disfrutar la satisfacción de ver sus propios objetivos y metas cumplidas.

Generalmente quienes rodean a un niño con necesidades especiales centran toda su atención justamente en las limitaciones y pasan por alto sus potencialidades, sus facultades, los que si puede desarrollar, las habilidades que le ayudarían a crecer y a convertirse en un ser útil y satisfecho consigo mismo. Es así que depende en gran parte de quienes lo rodean ayudarlo a alcanzar toda la autonomía posible. (Citado en Dayan, 1994).

Por su parte Marcus (citado en Schopler y Mesibov, 1984) describe que ser padre de un hijo autista implica una fuerte carga de estrés, así como una demanda muy grande de habilidades para enfrentarlo. Realmente es poca la literatura que se ha escrito con respecto al fenómeno de fatiga y en este caso es de especial importancia ya que estos padres sufren con frecuencia de este fenómeno.

Cabe mencionar que Schopler (1984 , Citado en Dayan, 1994), menciona que varios programas se han demostrado que los padres de niños autistas pueden ser coterapeutas efectivos y agentes de desarrollo para sus propios hijos.

Los padres y profesionales pueden colaborar en un esfuerzo orientado para aliviar la condición del niño y así las habilidades y perspectivas específicas de cada parte pueden usarse para maximizar el desarrollo del niño autista.

Es importante mencionar que quienes participan con más frecuencia en este tipo de programas en los que los padres funcionan como terapeutas para sus hijos son las madres y por lo tanto muchas veces el padre pasa a un segundo plano en relación con su hijo autista y esto puede provocar sentimientos de culpa por no tener el tiempo ni acercamiento que su hijo requiere.

Sin embargo recientemente se ha podido observar un mayor interés en incluir al padre en este tipo de programas y también el padre esta ya más dispuesto a involucrarse en el desarrollo de su hijo.

SISTEMA DE APOYO PARA PADRES.

Es importante que a los padres se les entrene para saber actuar y acercarse a su hijo adecuadamente de forma conjunta con la escuela, lo que beneficiará enormemente el programa del niño. Para que un programa logre su objetivo es necesario que se les enseñe diferentes técnicas a los padres y que lo realicen paso a paso, primero haciéndole ejecutar al niño cosas muy simples y aumentando cada vez su complejidad conforme avanza.

Es importante hacer sentir a los padres que es esencial su colaboración en el desarrollo de su hijo y que con el empeño y entusiasmo van a poder ayudarlo adecuadamente, ya que sin su cooperación todo lo que realice en la escuela puede venirse abajo si no se refuerza en casa, y sobre todo si no se le trata de igual manera por tal motivo el padre debe sentirse respaldado en todo momento por la escuela.

El sistema de apoyo que debe brindarse a la familia es el siguiente:(Citado en Carroasco,1992).

- I.-Informarles adecuada y correctamente sobre el síndrome de su hijo.
- II.-Escucharlos y platicar sobre sus dudas, temores y esperanzas, para que se logre establecer una buena comunicación, de confianza y ayuda.
- III.-Explicarles la forma en que deben de trabajar con su hijo, siguiendo -- programas escolares.
- IV.-Lograr que convivan con padres con características semejantes, para que se apoyen y comprendan mutuamente.
- V.-Recomendarles que se dediquen tiempo para ellos solos como pareja, lo que los unirá en beneficio de toda su familia.

LOS DEMAS HIJOS.

- I.-Informarles acerca de lo que tiene su hermano, de manera real y completa.

II.-Acercarseles para saber que piensan, sus temores y dudas tanto sobre -- ellos como sobre su hermano, con el fin de ayudarlos aclarando sus dudas y disminuyendo su tensión.

III.-Mostrarles diversas formas de divertirse, tanto dentro de su familia como fuera de ella.

IV.-Permitirles acercarse a su hermano, para que lo conozcan mejor y de esta forma lo quieran y lo ayuden.

DEMÁS FAMILIARES.

I.-Informarles del síndrome del chico en forma clara y completa.

II.-Decirles diversas maneras de tratarlo, para evitar enfrentamientos negativos o perjudiciales.

III.-Permitirles convivir en forma continua con el niño.

IV.-Comentarles sobre los logros y avances que tiene.

V.-Establecer un puente de comunicación entre toda la familia para que se apoyen mutuamente.

A medida que la escuela asume, cada vez más la función que le corresponde -- el entrenamiento de los padres deberá enfocarse más en las actividades directamente relacionadas con su papel como padres y con la vida familiar. La aceptación del niño y de su impedimento no siempre es la facilitada de la manera más óptima por un profesional si no que también es facilitada por otros padres que tienen un hijo con problemas similares. Se debe hacer cualquier esfuerzo para -- poner a los padres en contacto con otros padres de niños autistas tanto mediante las redes informarles de padres, como por medio de organizaciones formarles como la National Society For Autistic Children (Sociedad nacional de niños autistas). Esta sociedad mantiene un archivo de información sobre los servicios, edita publicaciones pertinentes y patrocina conferencias o reuniones acerca del autismo (Paluszny, 1987).

Los programas a domicilio del tratamiento educativo de orientación comportamentalista propuesta a los niños autistas han sido descritos, analizadas y evaluadas en cuanto a su eficacia en un número elevado de publicaciones provenientes de Londres (Hawlin y Rutter 1987) y de Chapel Hill, Carolina del Norte (Schopler y Mesibov, 1985).

Sin embargo es importante que la educación y los programas de orientación comportamental sean aplicados durante muchas horas al día. De lo que mayor necesidad tiene el niño autista es de tener prioritariamente un adulto coherente consigo mismo, bien organizado, del cual pueda depender y que pueda aportarle los medios y competencias cotidianas para la supervivencia social. Esto puede variar desde enseñarle a vestirse hasta el control de las funciones urinarias e intestinales por los más pequeños (Citado en Parquet, 1992).

Las familias de los niños autistas tienen necesidad de un contacto prolongado con un pequeño grupo de médicos, paramédicos y educadores formados y competentes en el campo específico de la deficiencia del niño.

Es necesario que el conjunto de estas personas constituya un equipo profesional que colabore y coopere de forma regular. Cabe mencionar que los componentes del equipo básico que ha de abordar la problemática del niño autista son: Pediatra, Psiquiatra, Neurólogo, Psicólogo, Pedagogo y Asistente social (citado en Garanto, 1984).

Los abuelos y otros miembros de la familia extensa son muy importantes para el niño autista y para sus padres, se necesita que los parientes entiendan la condición del niño así como los parámetros de la terapia, pues en algunos casos extremos, los abuelos u otros parientes pueden "culpar" a los padres por tener un hijo con problemas (Citado en Paluszny, 1987).

EDUCACION DEL NIÑO AUTISTA.

Para la educación del niño autista es vital suministrar un armazón consistente y establecer límites de comportamiento. Deben aplicarse los mismos estándares tanto en la casa como en el colegio, para lo que debe existir una gran cooperación entre ambos, de forma que se establezca un único programa educativo. Está claro que el colegio debe cooperar con los padres, teniendo en cuenta que ellos tienen un mayor conocimiento de cómo convivir con el niño, basado en su amarga experiencia y no sólo en teorías.

Si se les da una clase de educación adecuada en el momento oportuno, muchos de estos niños pueden llegar a desarrollar vidas útiles y activas dentro de la comunidad, algunos pueden incluso alcanzar éxitos académicos, y un determinado número llegan a mantenerse a sí mismos por completo.

Por otra parte los padres y otros miembros de la familia se involucran estrechamente con el colegio para planear el programa básico que se adapte a las necesidades individuales del niño. Se promueve que ellos visiten al colegio, de forma que puedan adquirir experiencia de los métodos de entrenamiento usados. Los miembros del colegio visitan asimismo las casas para ayudar a coordinar los programas siendo por ejemplo invitados a almorzar en la casa si el niño tiene problemas de alimentación. Cada familia es diferente por lo que es imposible -- realizar y establecer un conjunto rígido de reglas que deben obedecerse (Citado en Riviere, 1979).

CENTROS DE ATENCION A NIÑOS AUTISTAS.

De las cinco instituciones en la ciudad de México que se dedican a atender a niños autistas, dos son del sector público y tres son del sector privado (Citado en García, 1993)

Las instituciones públicas son las siguientes:

1.- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

La presente institución es una asociación pública que funciona como hospital divino, que brinda atención al autismo desde 1983 hasta 1991, contaba con 30 niños autistas de 3 a 15 años de edad. Su objetivo principal de tratamiento es lograr la adaptación del niño, mejorando su relación con el medio ambiente, para lo cual se llevan a cabo las siguientes terapias: Ambiental, De Lenguaje, Psicomotricidad y Psicopedagógica.

2.-Centro Pedagógico "Eduardo Claparede".

La presente institución es una escuela de educación especial, financiada por la secretaria de educación pública, que brinda atención al autismo desde 1980 - hasta 1991, contaban con 4 pacientes autistas, de 10 a 14 años de edad. Su objetivo principal de tratamiento es brindarle al niño la escolaridad necesaria por el tiempo indispensable para después integrarlo a una vida social lo más "normal" posible para lo cual se llevan a cabo la terapia Psicopedagógica y la Psicoterapéutica.

Las instituciones privadas son las siguientes:

1.-Centro de Autismo de la Universidad Intercontinental (CAUIC)

La presente institución es un centro de educación especial financiado por la Universidad Intercontinental que brinda atención al autismo desde el 20 de abril de 1988. Hasta 1991, contaban con 13 pacientes autistas de 4 a 14 años de edad. Su objetivo principal de tratamiento es establecer vínculos emocionales - para lo cual se lleva a cabo la técnica de aceptación-comunicación (Del Dr. -- Tetsuo Ishii) utilizando como herramientas la musicoterapia, las terapias perceptuales, los ejercicios de coordinación motora fina y gruesa y el juego.

2.-Centro Educativo Domus,A.C.

La presente institución es un centro de educación especial de iniciativa privada, sin fines de lucro que brinda atención al autismo desde 1978. Hasta 1991 contaban con 15 pacientes autistas de 7 a 25 años de edad. Su objetivo principal de tratamiento es lograr la autosuficiencia del niño para que sea capaz de adquirir una mayor capacidad de interacción social. El tratamiento se divide en repertorios básicos de autocuidado, de lenguaje, de actividad motora, de actividades preacadémicas y de capacidad social.

3.-Clínica Mexicana De Autismo y Alteraciones Del Desarrollo, A.C. (CLIMA).

La presente institución es una clínica de servicios de iniciativa privada -- que brinda atención al autismo desde 1988. En la actualidad cuentan con 20 pacientes autistas de 2 a 7 años de edad. Su objetivo de tratamiento es crear un ambiente terapéutico que envuelva al niño autista, buscando su mejor adaptación al medio social y familiar, dando una atención especial a este último, donde se busca la instrucción y la participación de todos los miembros de la familia para entender y atender al autista.

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

A lo largo de esta revisión teórica sobre el autismo, pude encontrar que a pesar de toda la gama de explicaciones que existen sobre este punto; pueden dividirse de la siguiente manera.

La aproximación conductual que explican al autismo por medio de causas, definiciones; y la aproximación neuropsicológica que lo explican por medio de evaluación, definición y etiología.

En lo que respecta a la aproximación conductual en la cual varios de los autores como por ejemplo: (Fester, Schreibman, Lovaas 1985 y otros) mencionan que se centra en las características de la conducta manifiesta que presentan las -- personas que padecen estos síntomas; es por ello que se debe de realizar una -- evaluación inicial también conocida como diagnóstico, que se encarga de identificar un conjunto de signos y síntomas patológicos, su origen, evolución y curso a partir de donde se deduce la existencia de un estado o proceso patológico subyacente a los síntomas y que es el responsable de los mismos; en el caso del autismo los padres participan en esta primera fase proporcionando la informa--- ción necesaria para el psicólogo determinando así si existe o no un niño autis- ta.

Es por ello que el diagnóstico conductual es la evaluación inicial, previa a toda intervención que nos proporciona la información indispensable para una - programación adecuada del tratamiento a seguir.

Es importante mencionar que existen diversos programas en los cuales los padres son coterapeutas efectivos y agentes de desarrollo para sus propios hijos, para poder realizarlo los padres y profesionales colaboran de una manera conjunta para así ir desarrollando las habilidades del niño.

Regularmente en estos programas participan las madres de los niños, porque ellas son las que conviven una mayor parte del tiempo con ellos, pero no con ello quiera decir que los padres no se involucran con ellos. Sin embargo recientemente se ha mencionado que hay un mayor interés por parte de los padres en participar en programas y así involucrarse un poco más en el desarrollo de su hijo.

Cabe mencionar que los hermanos desempeñan una función muy importante en la socialización del niño autista, ya que ellos deben de recibir una información acerca de lo que tiene su hermano, de una manera real y completa, así como permitirles acercarse a su hermano para que lo conozcan mejor y de esta forma lo quieran y lo ayuden a integrarse a la sociedad y a ser bien recibido a donde asista por ejemplo: A eventos deportivos, fiestas infantiles, exposiciones adecuadas a su edad y con ello poco a poco se va integrando a esta sociedad.

En lo que respecta a la educación del niño autista la escuela le brindará la atención que requiere y conjuntamente con los padres irán planeando un programa básico de educación que se adapte a las necesidades del niño, ya que cada niño es diferente y por ello algunos autores recomiendan realizar una sesión que cubra la necesidades del niño.

Cabe mencionar que se debe de realizar una evaluación durante el tratamiento; siendo el objetivo de estas evaluaciones el detectar los cambios que sufren la conducta durante el tratamiento, además de proporcionar información con respecto a la idoneidad de las variables empleadas.

Y finalmente se debe de realizar una evaluación después del tratamiento; para ello existen los métodos para llevar a cabo dicha evaluación siendo el sondeo que consiste en retirar toda la estimulación empleada durante el programa de intervención y observar la conducta; el segundo método son las pruebas en las cuales se evalúan formas de comportamiento nuevas pero similares a la conducta tratada (Como por ejemplo: PEP Perfil psicoeducacional, Escala de valoración del autismo infantil, Cuestionario de evaluación de actividades de la vida diaria, Test de evaluación del desarrollo preescolar y especial).

Sin embargo las técnicas conductuales se encargan de modificar la conducta y con ello ir moldeando la conducta que se desea tener. En la actualidad las técnicas de modificación de conducta son el enfoque principalmente empleado en el tratamiento de estos niños.

En lo que respecta a la neuropsicología existe muy poca información que aborda el autismo pero lo poco que se pudo encontrar menciona que la neuropsicología es una disciplina que se desempeña interdisciplinariamente y se relaciona con la neurología, neuroanatomía y psicología. Es por ello que el examen neurológico básicamente consiste en la observación de ciertos reflejos del sujeto, evaluando así el área motora, perceptual, visual, auditiva y de lenguaje. El fin de tal evaluación es reflejar los trastornos patológicos de una parte -

muy específica de la corteza y de las vías nerviosas por lo que respecta al -- examen neuropsicológico además de evaluar zonas primarias y también evalúa las zonas cerebrales secundarias y terciarias que aborda en el hombre una gran parte de los hemisferios cerebrales.

Rozental (1993) menciona que los padres de los niños autistas tienen los mismos problemas que los padres de niños con otros impedimentos pero además -- tienen dificultades especiales esto se debe a que la mayoría de los autistas - tienen un aspecto normal y parecen generalmente normales al nacer, ya que aproximadamente de los dos a los cinco años de edad, la conducta autista se hace - más evidente y algunas características son: Tienen ojos grandes; siendo su ca- racterística más importante su incapacidad de relacionarse con los demás y vincularse afectivamente con ellos.

El medio familiar desempeña una función determinante puesto que es por lo general, la entidad primaria que prevee a través del comportamiento de sus --- miembros,(es decir si la familia esta integrada por papá, mamá, hermanos (si los hay), cabe mencionar que en algunas familias solamente se encuentran la mamá y el niño; o en su caso el padre y el hijo ;o además de ellos conviven - - otro (s) familiares específicamente de los padres, el ambiente "adecuado" o no al desarrollo integral del niño.

Cabe mencionar que al realizar un trabajo con padres debe de tomarse en cuenta los siguientes puntos (Citado en Bejar,Mora 1991).

1.- Se debe proporcionar "ayuda emocional" a los padres. Esto es a través de - la atención profesional a los padres, quienes necesitan hablar de sus temores y pensamientos con un experto interesado en sus problemas que los escuchará -- con clama, simpatía y no hará sobre todo juicios; con lo anterior se pretende:

A) Disminuir la ansiedad producida por la diversidad de sentimientos ambivalentes, experimentados por los padres.

B) A través de la actividad anterior se pretende estimular y reforzar la uni--dad familiar.

C) Identificar las necesidades tanto sociales como emocionales, que son comunicadas por la familia.

2.-Proporcionar el intercambio de información, en este punto se señala la im--portancia de informar a los padres del tratamiento además de obtener informa--ción del medio ambiente.

3.-Promover la participación de los padres, ésto se hace posible después de -- que se han detectado las necesidades de los padres y del niño , por lo que --- entonces es posible planear objetivos y actividades en los que participarán -- enfatizando el papel que juegan en la rehabilitación de su hijo.

4.-Interacción Padre - hijo señala la importancia de fomentar en los padres la idea de que son ellos los formadores más eficaces de sus hijos.

Por otra parte es importante indicar que al llevar un trabajo con padres también deben de ser incluidos los demás miembros de la familia, puesto que -- forman parte del sistema familiar y en consecuencia su estilo de vida se ve -- afectado.

Los padres constituyen el ambiente social principal de los niños, siendo ellos los responsables de la crianza y desarrollo de éstos. Además los padres por estar en contacto más continuo y directo con sus hijo, ellos pueden funcionar como terapeutas apoyados por la asesoría de un profesional.

Me gustaria mencionar que al realizar esta revisión teorica pude encontrar muy poca información acerca de la neuropsicología en autismo, pero no por ello se puede decir que no exista claro esta que en lo que se refiere al autismo se menciona muy poco, por otra parte en el trabajo con padres se menciona - que las madres son las que más participan en la terapia de sus hijos y me gustaria que se les motivara a los papas de estos niños y por que no a los demás miembros de la familia a integrarse para asi participar en la educación del niño autista.

Lo antes mencionado se puede realizar a traves de talleres en los cuales se abordará primeramente una definición del tema, para que a partir de ello poder elaborar un programa estructurado en base a las necesidades de la población que asista.

R E F E R E N C I A S

R E F E R E N C I A S

- 1.-Banda, Avila María De Los Dolores (1992) Aplicación de programas conductuales para decrementar conductas inadecuadas en niños autistas. Tesis. Universidad Iberoamericana México.
- 2.-Bejar, Nava Clara Y Mora Cardelas Ma. Alicia (1991) Una alternativa para el tratamiento del niño con retardo: El entrenamiento a padres. Tesis Universidad Nacional Autónoma De México.
- 3.-Blanco M. Y Garcíapiña C. (1995) Propuesta de tratamiento psicológico integral para niños autistas. Tesis Universidad Nacional Autónoma De México --- Campus Iztacala. México.
- 4.-Brauner, A. Y F. (1991) Vivir con un niño autístico. Editorial Paidós. Barcelona Buenos Aires.
- 5.-Castanedo Celedonio (1996) El autismo 52 años después de Kanner. Evaluación e intervención psicopedagógica. Editorial Manual Moderno. España.
- 6.-Cepeda, María Luisa (1985) Descripción teórico metodológico de la aproximación conductual y neuropsicológica en el estudio del autismo. Estado de México.
- 7.-Coleman, M. Y Gillberg, C. (1989) El autismo: Bases biológicas. Biblioteca de psicología Psiquiatría y Salud. Barcelona España.
- 8.-Carroasco, Espino Beatriz (1992) La realización del niño autista a través del juego . Tesis Escuela Normal De Especialización. México
- 9.-Dayan Esther, Liberberg Liza (1994) Actitudes paternas hacia un hijo sin alteraciones en el desarrollo y hacia un hijo autista. Tesis Universidad Iberoamericana México.
- 10.-Fejerman, Natalio (1994) Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo . Editorial Paidós. Buenos Aires.

- 11.-Frith, Uta (1989) Autismo hacia una explicación del enigma. Editorial Alianza Madrid.
- 12.-Galguera, I; Hinojosa, G. y Galindo, E. (1984) El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. Editorial Trillas. México.
- 13.-Garanto, Alos Jesús (1984) El autismo. Editorial Herder Barcelona.
- 14.-García Zapatero Palma Ximena Doris (1993) Factores Prenatales y Perinatales en la etiología del autismo. Tesis Universidad Iberoamericana México.
- 15.-Meltzer, D. (1979) Exploración del autismo. Editorial Paidós Buenos Aires.
- 16.-Pardo García Laura; Pérez García María Luisa (1990) Autismo una revisión - bibliográfica. Tesina Universidad Iberoamericana México.
- 17.- Paluszny, María (1987) Autismo: Guía Práctica Para Padres y Profesionales Editorial Trillas. México.
- 18.-Parquet, Philippe (1992) Autismo: Cuidados, educación y tratamiento. (Un coloquio imaginario) Editorial Massonica París.
- 19.-Peña, Casanova J. (1983) Neuropsicología, Concepto. México.
- 20.-Polaino, L. (1982) Introducción al estudio científico del autismo. Editorial Alhambra España.
- 21.-Riviere Angel, Pérez Francisco (1979) Autismo infantil cuestiones actuales actas del I simposio internacional del autismo. Madrid.

- 22 ,.- Rozental, Lien De María Cecilia (1993) El autismo enfoque fenoaudiológico Editorial Medica Panamericana.
- 23 .- Rutter, M. Y Schopler, E. (1970) Autismo Editorial Alambra España.
- 24 .- Tallis Jaime, Soprano Ana María (1991) Neuropediatria, Neuropsicología y - Aprendizaje. Editorial Nueva Visión Buenos Aires.
- 25 .- Tamargo Bello Blanca Del Rocio (1993) Trastornos del lenguaje en niños autistas. Tesis Universidad Iberoamericana México.
- 26- Tustin Frances (1972) Autismo y Psicosis infantiles Editorial Paidos - Buenos Aires.
- 27.- Wing Lorna (1981) La educación del niño autista Editorial Paidos ---- Buenos Aires.

A N E X O

T E C N I C A

D E S C R I P C I O N

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1.- Conducta. | Es cualquier respuesta o acción observable y mensurable de un individuo. |
| 2.-Reforzamiento. | Es un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a ésta la sigue inmediatamente una consecuencia en particular. |
| 3.-Reforzador negativo. | Es un evento aversivo o estímulo el cual, cuando se le finaliza, incrementa la frecuencia de la respuesta que le precede. |
| 4.-Reforzador positivo. | Es un evento el cual, cuando se presenta incrementa la probabilidad de una respuesta a la que sigue. |
| 5.-Reforzamiento negativo. | Es un incremento en la frecuencia de una respuesta que es seguida por la terminación o eliminación de un reforzador negativo. |
| 6.-Reforzamiento positivo. | Es un incremento en la frecuencia de una respuesta seguida por un reforzador positivo. |
| 7.-Estímulo discriminativo. | Es un evento antecedente que indica que se va a reforzar a cierta respuesta. |
| 8.-Instigador. | Es un evento antecedente que ayuda a iniciar una respuesta. Las instrucciones, los gestos, la guía física y las señales de modelamiento sirven como instigadores. |
| 9.-Modelamiento. | Es el aprendizaje por medio de la observación de un individuo a otro (modelo) que se ocupa en cierta conducta. |
| 10.-Moldeamiento. | Desarrollo de una nueva conducta al reforzar las aproximaciones sucesivas hacia la respuesta terminal. |
| 11.-Aproximaciones sucesivas. | Son las respuestas que cada vez se asemejan a la respuesta terminal que se está moldeando. |
| 12.-Tiempo fuera de reforzamiento. | Es un procedimiento de castigo en el cual se retira el acceso, durante cierto período de tiempo, al reforzamiento. Se quita la oportunidad para recibir reforzamiento contingente a la conducta. |

A N E X O I

T E C N I C A

D E S C R I P C I O N

13.- Castigo.

Es la presentación de un evento aversivo o la eliminación de un reforzador positivo o contingente a una respuesta que decrementa la probabilidad de tal respuesta.

14.- Extinción.

Es un procedimiento por medio del cual se deja de reforzar a una conducta previamente reforzada.

* Cuadro 1: Donde se muestran las técnicas mas empleadas en la aproximación conductual.