

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

“AUTISMO, UN ESTUDIO DE CASO”.

PSICOLOGIA CLINICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

A H E D O A N D R A D E J A V I E R

DIRECTOR: LIC. RUBEN VARELA DOMINGUEZ

REVISORA: MTRA. ASUNCION VALENZUELA
AUTONOMIA DE MEXICO.

872672

MEXICO, D. F.



FEBRERO 2000

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A todos los maestros que he tenido a lo largo de mi vida, ya que de no ser por su paciencia y dedicación, nada de esto hubiera sido posible, además porque cada uno deja algo de su experiencia en mi.

A la Clínica Mexica de Autismo (CLIMA) por abrirme sus puertas, y por darme acceso a toda la información, a todo el equipo de trabajo que la constituye por sus valiosos comentarios y aportaciones.

Al Dr. Carlos Marcín, por su motivación en la realización de este trabajo, por ser mi tutor, por su valiosas enseñanzas, y por darme la oportunidad de realizarme como profesional.

A Beatriz y Marifer, por permitirme realizar este estudio, además por su gran disposición, paciencia y comprensión. Por el gran equipo que hemos formado, mucho de esto no se habría logrado sin su apoyo; quiero en verdad felicitarlas.

A mi cuerpo de sinodales, por sus brillantes aportaciones, correcciones, y sobre todo a su paciencia. En verdad hacen una gran labor .

A Ruben por toda la dedicación, disposición y al invaluable tiempo invertido que dedicó a este trabajo.

A mi colega y amigo Daniel Arce por su colaboración en la realización de las gráficas del caso, ya que su ayuda y conocimiento vino a simplificar el trabajo.

DEDICATORIAS

A MI MADRE: por su apoyo incondicional, dedicación y soporte a lo largo de mi vida; quien ha sido una guía para mi, con infinita gratitud e inmenso amor.

A LA MEMORIA DE MI ABUELA: a quien recordare siempre con amor.

A MI TIA ANGELES: Por ser un ejemplo a seguir, por su motivación y apoyo incondicional, para ser un mejor profesional.

A MI HERMANA: quien me ha enseñado que para obtener algo en la vida hay que mostrar mucha dedicación y tenacidad.

A MARIA ELENA: mi compañera, quien me enseña día a día a ser un mejor ser humano, obteniendo lo mejor de mi; tienes toda mi admiración.

A JUAN: Por compartir conmigo su gran sabiduría, sencillez y conocimiento; eres sin duda un gran maestro.

A EDGAR: Por que con el paso de los años me ha enseñado el inmenso poder y lo grande de la amistad.

A SALVADOR: Por darme la oportunidad de entrar a tu mundo, por compartir conmigo los años más importantes de tu vida, y por enseñarme que no solo existe una visión de la vida.

INDICE

INTRODUCCION

Justificación

CAPITULO I

PSICOPATOLOGIA INFANTIL

1.1 Las bases teóricas.	3
1.2 Las teorías del desarrollo cognitivo.	3
1.3 Las teorías del aprendizaje.	4
1.4 Las teorías psicoanalíticas del desarrollo.	5
1.5 El modelo de la psicopatología del desarrollo.	6
1.6 Las causas generales de los problemas y los trastornos psíquicos.	8
1.7 Causas predominantemente biológicas	9
A.- Causas genéticas	
B.- Causas con participación del sistema Nervioso Central.	
1.8 Los factores causales que interfieren la integridad de un cerebro infantil sano.	10
1.9 La inmadurez cerebral como circunstancia causal de problemas psicopatológicos.	11
1.10 Normalidad y Anormalidad en psicopatología infantil.	12

CAPITULO II

EL AUTISMO

2.1 Aspectos históricos del autismo	17
2.2 Etiología	26
2.3 Los prejuicios	32
2.4 Trastornos sociorrelacionales	32
2.5 Trastornos de la comunicación	33
2.6 Repertorio restringido de actividades e intereses	33
2.7 Ejemplos de trastornos sociorrelacionales	33
2.8 Ejemplos de trastornos de la comunicación	34
2.9 Lenguaje y sentimientos	36
2.10 Las rutinas como intento de superación	36
2.11 Conceptos y definiciones	37
2.12 Criterios para el diagnóstico del trastorno autista (DSM IV)	41
2.13 Clasificaciones	44

CAPITULO V

5.1 Resultados	107
5.2 Discusion y conclusiones	111
5.3 Sugerencias	116
5.4 Limitaciones	116
5.5 Revisión Bibliográfica	118

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Recopilación histórica del Autismo	22
Tabla II: Etapas del desarrollo Margaret Mahler	39
Tabla III: Las psicosis autistas perceptivas precoces	47
Tabla IV: Lista de chequeo para lenguaje pragmático	56

INTRODUCCION

La inquietud por realizar esta investigación surge a partir del trabajo que he venido desempeñando durante los últimos 3 años al lado del Dr. Carlos Marcín Salazar en la Clínica Mexicana de Autismo A.C. En dicha Institución se lleva a cabo, el diagnóstico, la evaluación, y el tratamiento de niños conocidos como Autistas.

La convivencia diaria y el mejor conocimiento de estos niños, ha motivado en mi, la inquietud de adentrarme más en lecturas, cursos y congresos referentes a tan apasionante síndrome.

Conforme me he familiarizado con los diversos autores que han escrito sobre autismo y, los diferentes aspectos para abordarlo; me vi motivado a reportar un caso de autismo, con el cual he venido trabajando durante aproximadamente 3 años, y considero que es importante para los estudiosos de este tema conocer los avances del caso, ya que el sujeto se encuentra integrado en una escuela normal, con niños de su edad, y por el momento se esta reforzando la lecto-escritura. Además de estar dirigido a todo tipo de gente, no sólo para profesionales, sino también a los padres.

Es importante tener presente, además de todas las lecturas que pueden hacerse sobre el tema, observar otra cara, en la que se pueda mostrar a las demás personas todo el proceso por el que se lleva a cabo un tratamiento tan especializado con estos niños, esperando con esto que muchos secretos, hipótesis y mitos traten de ser aclarados, o por lo menos muestren una visión más objetiva y clara de todo lo que implica el autismo. Y en un momento dado a los padres y profesionales a no perder tiempo, y ofrecer una mejor visión del tratamiento a seguir a quien acudir, que pruebas médicas son necesarias etc.

En la actualidad la UNESCÓ como organización de las Naciones Unidas para la educación promueve que la educación sea para todos considerando la diversidad que existe en ésta. La política Educativa Internacional que se desarrolla a través de la UNESCÓ se ha reflejado en las acciones de la Política Educativa de nuestro país como miembro de esta organización, con el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (García,1992) es decir preescolar, primaria y secundaria para todos. Se propone como objetivo principal que promueva la equidad; por lo que se ha tomado como estrategia la Integración educativa.

Apoyándose en documentos como la Ley General de Educación donde se habla de integrar a la Educación Básica Regular a todos sujetos pertenecientes a la Educación Especial; en el artículo 41 de esta Ley, que se refiere específicamente a la Educación Especial, destacando la obligación de esta última de propiciar esta interacción, contemplando también a aquellos sujetos que no logran integrarse a la educación regular de forma completa; esta estrategia puede darse en distintos niveles para abarcar a toda la diversidad, no se puede excluir a ningún sujeto con una determinada discapacidad. En este caso podemos mencionar al niño autista como parte de esta diversidad que debe recibir los beneficios de los cambios en la educación en nuestro país.

JUSTIFICACION

La integración del niño autista en la escuela regular requiere de un trabajo complejo e integral, ya que presenta determinadas pautas de comportamiento que no cualquier persona puede comprender y sobre todo tener el control dentro del aula para lograr su integración. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Yuste, 1997), el autismo es un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se manifiesta durante los treinta primeros meses de vida, se caracteriza por respuestas anormales a los estímulos auditivos y visuales y con ello severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado, retardo en el desarrollo del lenguaje y si éste se logra desarrollar los niños muestran ecolalia, inversión pronominal, estructura gramatical inmadura, incapacidad para términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y gestual, los problemas relacionales antes de los cinco años son significativos e incluyen un defecto en la mirada directa a los ojos así como en el juego cooperativo; apego a objetos extravagantes, resistencia al cambio, patrones estereotipados de juego. En el autismo la capacidad para el pensamiento simbólico o abstracto y para los juegos imaginativos aparece disminuida, en tanto que la actuación mejora cuando se realizan actividades relacionadas con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales, pero no en aquellas en que se ven implicadas habilidades simbólicas o lingüísticas, por último en el autismo el índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima de lo normal.

Estas características no han permitido que muchos de los niños sean integrados en la escuela debido principalmente a la falta de información acerca de cómo se pueden manejar o tratar estas dificultades, ocasionándose así la segregación de los niños autistas. Respecto a esto ya existen investigaciones donde se utiliza el valor terapéutico de la interacción con los niños de escuelas regulares. Se ha logrado en estas investigaciones que algunos niños autistas, incluyendo a los que presentan un estado grave, se integren en la vida de una escuela normal, los resultados muestran enormes avances en la socialización y en muchas destrezas es por eso que sería posible sobre todo en los colegios regulares, integrar niños autistas, haciéndolo de forma holgada y con la participación a tiempo parcial de profesorado de apoyo (Yuste, 1997).

El estudio que propongo puede aportar información relevante, tanto a los padres como a los profesionistas, del sector de la Educación Especial constituido por los niños autistas, proporcionando a la comunidad educativa de Educación Básica Regular información de lo que es el Autismo así como su sintomatología y con esto tener una visión de cómo se integra un niño con estas características a la escuela regular.

Se cree con esto que lo que se busca es informar y se hace reflexionar a las personas que estan dentro del proceso de integración educativa, para que dentro de una primera instancia los acepten dentro del aula regular.

Por lo tanto los objetivos de la investigación serían los siguientes:

- 1.- Por medio del estudio profundo de caso, esclarecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta la integración escolar del niño autista.
- 2.- Mediante el estudio de caso analizar los resultados en la integración educativa en el desarrollo del niño autista.

CAPITULO I

PSICOPATOLOGIA INFANTIL

Puede afirmarse que el enfermar psíquico infantil es un vivo ejemplo de suceso antropológico de primera magnitud que pone en peligro la individualidad y la dimensión social de la persona. Cualquier enfermedad es innecesaria e injusta, pero en nuestro caso es, además, perturbadora y hace padecer dolorosamente a la familia.

El tejido psíquico infantil es el campo donde tendrán lugar los sucesos que constituyen el enfermar. Es un terreno frágil, cambiante y con estructuras que se organizan y desorganizan con rapidez y facilidad. La infancia es un bello, largo y difícil camino hacia la adultez, lleno de obstáculos y superaciones, de equilibrios y desequilibrios. Camino que se recorre con un tiempo cambiante y fugitivo sobre un terreno matriz de una notable capacidad dinámica. El niño está hecho de interacción social: en definitiva de experiencias. Aprende a vivir, tantea, se equivoca o acierta, pero siempre a través de experiencias psíquicas móviles, cambiantes y constituyentes. La psicopatología infantil solamente puede ser entendida con plenitud desde esta visión integral y evolutiva, en la que la experiencia es el meollo, la textura básica y la clave. Las raíces de la psicopatología infantil nacen y crecen en un terreno móvil: la personalidad en desarrollo del niño. Por eso es importante conocer el tipo de organización que se va haciendo, el "como" de la constitución del yo y el estilo de la configuración del aparato mental. Aparato mental que es el resultado de un proceso vivo de desarrollo madurativo y evolutivo, que establece con el entorno una relación de intercambios que originan a su vez cambios sucesivos en la estructura psíquica del niño, para constituir, al final, una organización psicológica determinada propia de cada niño en un momento determinado. Y esa organización es el terreno en el que crecen las estructuras psicopatológicas.

Las experiencias son de índole cognitiva, emocional, motivacional, psicomotora, impulsiva y social. De la integración difícil de estas experiencias se van a derivar conductas complejas, conflictos y constelaciones de vivencias que van a ir asociándose de maneras muy diversas. Se organizarán líneas y caminos que dependerán de la capacidad de desarrollo madurativo del niño, de la potencialidad facilitadora o interferidora -nunca neutra- del contexto y de una condición personal, inexplicable la mayoría de las veces, para los problemas y conflictos psíquicos o una menor o mayor facilidad para resolver, compensar o equilibrar los efectos derivados de sus experiencias.

En todo conjunto del aparato mental del niño ningún plano es, a priori, más significativo que otros porque ello dependerá, en cada niño, de la manera en que organice e integre cada uno de esos planos y del peso y fuerza dinámica que tengan en el total de su yo, de su personalidad. El concepto de personalidad, con su sentido unitario, permite integrar tantos planos psicológicos y dar sentido a la permanencia de estructuras, rasgo esencial de lo evolutivo y de la psicopatología del desarrollo. Recordemos que la personalidad es un "constructo" mental que se caracteriza por el mantenimiento de estructuras a lo largo del tiempo, en las que el núcleo experiencial ser el tejido y la llave dinamizadora de las estructuraciones normales y patológicas. Y por ello la personalidad estará en las raíces mismas, en los fundamentos de la psicopatología infantil.

En los últimos treinta años han evolucionado mucho la formación y el modo de trabajar de los psiquiatras infantiles. A una forma de aprendizaje personal o por amistad con los más veteranos, basado en la observación de casos individuales, completado eventualmente con un psicoanálisis didáctico, le ha sucedido la adquisición de los conocimientos basados en: 1) un estudio metódico y sistematizado de grupos de niños y de adolescentes de la población general y de la población clínica; 2) una aportación teórica y experimental de las ciencias psicológicas, sociológicas y neurológicas; 3) una relación osmótica con la psiquiatría del adulto, transformada después de los años cincuenta, y 4) la proximidad con la pediatría. Para que el campo de una práctica médica tenga acceso al rango de especialidad médica, hace falta que tenga una base científica que le sea específica aunque esta base depende en parte de los fundamentos científicos de otras especialidades. Es necesario también que los clínicos de esta especialidad compartan un similar cuerpo de conocimientos y de competencias. También es necesario que tanto las bases como las competencias específicas hayan alcanzado un nivel tal de claridad conceptual que puedan constituir la arquitectura que exige todo "currículum" de formación. Actualmente se puede decir que la psiquiatría del niño y del adolescente lo tiene. (Tarjan, 1991.)

Un método es un procedimiento sistemático, una técnica o un modo de encuesta sistemática, utilizado por una ciencia particular (Webster, 1981). La metodología se puede definir como el estudio sistemático a través de la observación de la práctica científica, de los principios que la sustentan y los métodos de investigación que utiliza (Larousse, 1989). La metodología de la psiquiatría del niño y del adolescente se caracteriza por la pluralidad y diversidad de sus principios fundadores y por sus métodos. El ejemplo final de la psicopatología del desarrollo vendrá a confirmar cómo se encuentra en el centro de las preocupaciones más importantes de los psiquiatras de niños y adolescentes el concepto de desarrollo.

LAS BASES TEORICAS

De un modo esquemático se pueden clasificar las teorías que fundamentan la psicopatología infantil en dos grupos: 1) aquellas que se construyen a partir de la observación del niño a lo largo de su desarrollo o a partir de niños en situaciones críticas; 2) aquellas que resultan de la aplicación al niño y al adolescente de teorías o conocimientos generales biológicos, psicológicos y sociológicos.

Distintas teorías han contribuido a la comprensión de los trastornos mentales del niño y del adolescente y algunas de ellas han tenido implicaciones terapéuticas, como las teorías psicoanalíticas y del aprendizaje. La aplicación de los procedimientos experimentales ha venido a confirmar, rechazar, constreñir o relativizar las afirmaciones teóricas. Si la referencia a la clínica permanece consustancial a la constitución de las bases teóricas de la psiquiatría del niño y del adolescente, ésta debe representar también el método experimental. Dicho de otra manera, las observaciones clínicas no controladas-sometidas a un procedimiento comparativo cuantificado- sin lugar a dudas pueden ilustrar las afirmaciones teóricas- ya que son generalizables- pero no constituye las justificaciones experimentales de una teoría.

Sería imposible citar todas las teorías y conocimientos que constituyen las bases teóricas de la psiquiatría del niño y del adolescente. Para cada una de ellas se dará la referencia de una revisión general. Sólo se indicará el origen y su aplicación en psicopatología del niño y del adolescente.

LAS TEORIAS DEL DESAROLLO COGNITIVO

Las teorías del desarrollo cognitivo describen y explican los cambios ocurridos en las representaciones mentales del mundo físico y social del niño, incluyéndole a él mismo, desde el nacimiento a la madurez. Estas representaciones engloban lo que es conocido y cómo ha sido conocido. Las teorías del desarrollo se pueden dividir en dos grupos según que conlleven o no a la noción de estadio del desarrollo. Las primeras implican la existencia de una discontinuidad en el desarrollo. Las segundas no necesitan una secuencia invariable o unas estructuras integradas en unos terrenos extraños dentro de un esquema de organización unívoco. Estos dos grupos de teorías tienen en común una tendencia a la integración jerárquica y el tomar en cuenta una dinámica de va-y-viene de la diferenciación y de la integración (Yates, 1991).

El inmenso mérito de Piaget (1896-1980), creador de un nuevo ámbito de estudio en psicología, la epistemología del conocimiento del niño, reside no sólo sobre la brillante interpretación de sus observaciones individuales selectivas, sobre la coherencia de los estadios del desarrollo que él individualizó y sobre el reducido espacio dejado al contexto afectivo y social en el que se ejerce el pensamiento lógico (Hobson, 1985). Para los clínicos, la teoría de Piaget llama la atención sobre la existencia de caracteres comunes de la cognición en los diferentes dominios a una edad determinada y sobre el "rol" activo del niño en la construcción de su propia experiencia. Es también una guía para comprender cómo según las edades de los niños pueden construir significados diferentes de un mismo acontecimiento.

LAS TEORIAS DEL APRENDIZAJE

El aprendizaje, en tanto procedimiento, se refleja en los cambios mentales internos que resultan de la experiencia. Se presume que tales cambios aparecen en relación a modificaciones observadas en el comportamiento y en los conocimientos. El aprendizaje se infiere pues de las acciones o de los resultados observables. Explicar cómo los aprendizajes se modifican en razón a la experiencia concierne a las teorías del aprendizaje. Estas consideran que los comportamientos normales y patológicos son aprendidos. Históricamente tendían a dar un papel menor a los procesos biológicos en el determinismo de los componentes complejos. Recientemente se han reconocido las interacciones entre las influencias biológicas (programa genético especialmente) y las del ambiente.

Los trabajos experimentales de laboratorio están en el origen de las teorías del aprendizaje y de la modificación de conducta: Pavlov (1849-1936) y el condicionamiento clásico; (Thorndike (1874-1949), y la adquisición de los nuevos comportamientos; Skinner (1904-1990) y el condicionamiento instrumental operante que aporta las afirmaciones generales sobre las relaciones entre los comportamientos y los sucesos que le rodean (la forma y la frecuencia de la aparición de un comportamiento pueden ser modificadas por sus consecuencias). Para Watson (1878-1958), en psicología, los conceptos de condicionamiento y los métodos científicos se pueden aplicar al estudio del comportamiento (conductismo). Otras formas de cambios de comportamiento son consideradas como hechos de aprendizaje; especialmente la habituación y la sensibilización, la observación y la imitación, aunque también el aprendizaje verbal, la formación de conceptos, el aprendizaje de reglas, aprender a aprender...

Del recién nacido al adulto, las aplicaciones de las teorías del aprendizaje han sido muy numerosas tanto por el estudio del desarrollo del sujeto normal como por la elaboración de los tratamientos de las condiciones patológicas que no están limitadas en absoluto a los trastornos del comportamiento (psicoterapias comportamentales).

De todas formas, a las teorías del aprendizaje se le ha reprochado el haber sido construidas sobre la observación experimental de los animales y adultos o niños poco numerosos en cada protocolo; de ser parsimoniosas, es decir de dar cuenta de una diversidad considerable de fenómenos a través de algunos principios; de describir en lugar de explicar cómo aparece o se modifica un comportamiento.

Se han realizado ampliaciones de las teorías del aprendizaje: teorías cognitivo-comportamentales, teorías del aprendizaje social. Los muy numerosos acercamientos terapéuticos propuestos se han desarrollado sin un estrecho lazo con los principios fundadores, basándose simplemente en el análisis funcional del comportamiento y la evaluación empírica de los resultados. De una manera general la terapia comportamental: 1) se centra sobre determinantes actuales antes que pasados; 2) considera la modificación aparente del comportamiento como el criterio esencial de evaluación del tratamiento; 3) se funda sobre la búsqueda fundamental en la psicología para generar hipótesis de tratamiento y técnicas específicas; 4) define el tratamiento en términos objetivos y operacionales para que el procedimiento pueda ser repetido; 5) especifica el comportamiento "diana" y la técnica de medida de los resultados (Kazdin, 1991). Del hecho de proceder de una base experimental las teorías del aprendizaje y las explicaciones que se le han asociado han estado sometidas a una evaluación crítica y cambian en función a ella.

LAS TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESAROLLO

Las afirmaciones psicoanalíticas han influido considerablemente en el conjunto de los estudios sobre el desarrollo del niño. Han atraído la atención sobre la intensidad de las experiencias del bebé y del niño han insistido en la importancia de las relaciones de los niños con sus padres y la consecuencia en su desarrollo; han sugerido también la existencia de estadios del desarrollo a lo largo de la infancia.

Lo que se llama comúnmente la teoría psicoanalítica engloba de hecho, en el terreno del desarrollo, muchas teorías que tienen distintas características. Freud (1856-1939) se interesó además del desarrollo psicosexual en la evolución de las relaciones de objeto y la autoestima, en la consciencia y los ideales, en la ansiedad, los mecanismos de defensa y la discriminación del yo y del objeto.

Sus teorías se basan esencialmente en la reconstrucción (en sentido psicoanalítico) del período de la infancia en los tratamientos de adultos y en la observación de niños directamente. Las teorías posteriores, por no citar más que algunos autores entre los más conocidos, prestaron atención también a los análisis de los niños (Klein, 1932-1948), los análisis de niños y las observaciones de los niños en las salas de recién nacidos o en la cuna y su devenir (Anna Freud, 1966), los análisis de niños, los estudios transculturales y la observación directa (Erickson, 1950-1959), el trabajo clínico con niños psicóticos y las observaciones sistemáticas de niños normales perturbados (Margaret Mahler, 1968, Mahler et al., 1975), una práctica pediátrica y un trabajo psicoanalítico con niños y adultos (Winnicott, 1957-1958-1965).

Inicialmente las opiniones psicoanalíticas sobre la naturaleza y el curso del desarrollo psicológico eran esencialmente generalizaciones a partir de la información sobre el relato de experiencias pasadas en el contexto de los tratamientos psicoanalíticos. Las teorías psicoanalíticas recientes sobre el desarrollo del niño están influenciadas por la observación directa del niño y por la búsqueda de planes experimentales que respondan a criterios científicos. En el caso de los bebés es donde se ha producido una mayor integración entre la observación y la reconstrucción, aunque la reconstrucción, en sentido psicoanalítico, ha sido modificada por la búsqueda científica experimental (Sandler, 1980; Emde y Harmon, 1982). Si algunos conceptos de Freud se han mantenido en las teorías psicoanalíticas del desarrollo, otros se han modificado de forma sustancial (el período de latencia como una fase del desarrollo, por ejemplo).

EL MODELO DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

La particularidad de la medicina de los niños consiste en dirigirse a seres que se desarrollan y cambian. El concepto de desarrollo es central en el estudio de la psicología y la psicopatología del niño. Las investigaciones realizadas en psicología del desarrollo del niño se han ocupado esencialmente del niño normal en tanto que la psiquiatría de niños ha estudiado sobre todo con niños con algún tipo de trastorno mental o del comportamiento. Estas dos aproximaciones se han llevado a cabo de forma bastante independiente.

El estudio del comportamiento sitúa las raíces de éste en la primera maduración (el papel de las influencias físicas internas y externas, marcas residuales de las primeras experiencias psicosociales) y las modulaciones del comportamiento por las circunstancias actuales. El punto de vista del desarrollo es un concepto unificador de la psiquiatría del adulto y del niño.

El desarrollo no se detiene al final de la infancia, los importantes cambios en el desarrollo psicológico ocurren también después de la adolescencia.

La cuestión de la continuidad o discontinuidad entre los trastornos mentales del niño y aquellos de la edad es esencial para los psiquiatras ya que esto conlleva implícitamente la noción de una posible prevención de algunos de los trastornos mentales de la edad adulta.

La psicopatología del desarrollo es un espacio que difiere de la psicología del desarrollo y de la psiquiatría (del niño, del adolescente y del adulto). Tiene tres componentes (Rutter, 1986):

1.- El estudio de los procesos y mecanismos del desarrollo en el curso de la infancia hasta la vida adulta. Este estudio se interesa principalmente en el tema de las continuidades y discontinuidades en el curso del desarrollo. Otra cuestión: ¿Pueden modificar el tipo de respuesta posterior de un individuo por causa de un efecto de sensibilización o insensibilización las experiencias y los procesos contemporáneos de una fase del desarrollo?

2.- El estudio de las relaciones, o la ausencia de relaciones, entre las emociones o los comportamientos normales y los desórdenes clínicos o las enfermedades como indica el término "psico-patología". Una variante de este estudio es la interrogación sobre un paralelismo o la ausencia de un paralelismo entre los procesos "normales" de adaptación y de cambio y, las respuestas "anormales" al estrés y la adversidad.

3.- La conjunción de los dos términos: desarrollo y psico-patología subraya la preocupación de comprender a la vez los efectos de las características del desarrollo de la psico-patología (como por ejemplo, la vulnerabilidad al estrés o los modos de expresión del trastorno mental según cada edad) y los efectos de la psicopatología en el curso del desarrollo.

La psico-patología del desarrollo aporta a la psicopatología y a la psiquiatría del niño información y un modo de pensar que tiene en cuenta los conocimientos generales aplicables a todo individuo, en tanto que perteneciente a un grupo, y las particularidades de cada individuo.

Las teorías, técnicas y múltiples procedimientos constituyen las bases metodológicas de la psico-patología del niño y del adolescente. Los progresos de las investigaciones han sido tan significativos, que, a pesar de la descripción y la comprensión de la mayor parte de las categorías de los trastornos mentales observados en este período de la vida- tal como están recogidas en las

clasificaciones actuales- pueden integrar sus resultados, especialmente los datos epidemiológicos, genéticos, bioquímicos, y la evaluación terapéutica.

LAS CAUSAS GENERALES DE LOS PROBLEMAS Y LOS TRASTORNOS PSIQUICOS

La regla de oro en la determinación de las causas de los trastornos psíquicos en la infancia es la que defiende la cocausalidad y la multifactorialidad, es decir la presencia conjunta de varias causas, acompañadas siempre de un cortejo de factores y circunstancias que sin que puedan considerarse como claramente causales, intervienen influyendo, facilitando o entorpeciendo los trastornos. La asociación de todos los elementos causales es un fenómeno empírico que se repite en cada niño en una forma individual, intransferible y no generalizable, que siempre tendrá como criterio la no simplificación y la ley: nunca una sola causa. Ante cualquier caso que nos enfrentemos, sea cual sea su sintomatología y la estructura psicopatológica preponderante, nos encontramos con numerosas dificultades para encontrar las causas que lo provocaron. Pronto veremos que las posibles causas no son estáticas sino que actúan a lo largo del tiempo de diversas maneras.

Las causas generales de psicopatología en la infancia son las grandes vías etiológicas de las que derivan las causas específicas que intervienen en cada caso. Unas y otras podrán ser ordenadas con arreglo a tres criterios: 1) según la cualidad y la naturaleza de las causas en genéticas y adquiridas; 2) según un criterio temporal en prenatales, perinatales y postnatales; 3) según la forma de asociación de los elementos causales que intervienen, aceptando la multiaxialidad y ordenadas según el predominio de unos factores causales sobre otros.

La mayoría de las clasificaciones de las causas tienen la característica de mantener el dualismo tradicional entre lo orgánico y lo psicológico, que todavía existe como criterio conceptual en grandes áreas profesionales, fenómeno que ha persistido a lo largo de los años, con mayores o menores modificaciones, a pesar de sus evidentes peligros, con el mantenimiento de una actitud que obliga a buscar una "causa orgánica" o una "causa familiar o social" del problema, ambas excluyentes entre sí. Otras veces las clasificaciones han tenido como criterio la heredabilidad y el origen físico por un lado y lo ambiental por otro. En la actualidad se tiende a no realizar divisiones dualistas, sino a sistematizarlas de manera más amplia, no excluyentes, incluyendo los factores de causalidad e influencia etiológica que complementan las grandes vías etiológicas: las causas de naturaleza preponderantemente biológicas o experimentales, tomando estas dos formas en su acepción más amplia y genérica.

CAUSAS PREDOMINANTEMENTE BIOLÓGICAS:

A.- Causas Genéticas:

Las causas genéticas, que forman parte del grupo de las causas biológicas, son de un vivo interés en psicopatología infantil. Sabemos que el factor genético es la primera explicación en la determinación etiológica de algunos problemas clínicos, pero también sabemos que resulta insuficiente para explicarnos la causalidad en numerosos cuadros psicopatológicos, en los que se intuye que lo genético es fundamental, pero no conocemos la forma o los mecanismos de transmisión, a pesar de los estudios y las investigaciones en ésta área se han multiplicado de una manera creciente. Las investigaciones en el campo de la genética aplicada a la psicopatología infantil se han realizado con los siguientes métodos: 1) la citogenética; 2) la genética molecular; 3) la genética de poblaciones; 4) el estudio de familias de alto riesgo y del árbol genealógico; 5) el estudio de gemelos; 6) los estudios de adopción; y 7) los estudios de síndromes específicos.

B.- Causas con participación del Sistema Nervioso Central.

La relación causal entre Sistema Nervioso Central y psicopatología es bien compleja. Todavía no se tiene claro cual es la participación del cerebro en las conductas normales y menos aún en las patológicas. No existe especificidad causal entre cerebro y psicopatología. Las aportaciones del laboratorio experimental son poco útiles para la clínica y como valoración global de una situación se puede afirmar que estamos en una fase prehistórica en nuestros conocimientos en este área porque es más extenso lo que ignoramos que lo que sabemos con seguridad.

El cerebro infantil va madurando y desarrollándose según un patrón evolutivo que está preprogramado en el que la morfología y las funciones psíquicas se van organizando de una manera paralela interactuando e influyéndose mutuamente. La experiencia es necesaria para el cerebro. Resulta evidente que la mielogénesis necesita el ejercicio de la función psíquica para su desarrollo. El cerebro infantil trabaja y actúa de una manera global y parcial al mismo tiempo pero su última y más honda estructura es de tipo bioquímico. La neurona, que es la unidad funcional del cerebro, necesita oxígeno y glucosa para su funcionamiento y su continuidad. La ausencia de alguna de ellas o la presencia de circunstancias que distorsionen el equilibrio funcional bioquímico puede tener efectos desorganizadores permanentes o definitivos. El equilibrio bioquímico es vulnerable. Se trata de unas células muy diferenciadas y quizás por ello muy sensibles a los cambios. Es por eso que las alteraciones congénitas

del cerebro, la inmadurez y la dismaduración del cerebro se pueden ordenar en 3 grandes grupos las relaciones causales entre cerebro y conducta alterada:

1) Las consecuencias de las interferencias sobre un sistema nervioso central bien constituido hasta ese momento. 2) Las alteraciones y disfunciones congénitas del Sistema Nervioso como causante de trastornos psicopatológicos y 3) El gran grupo de entidades y síndromes psiquiátricos o de comportamientos psicopatológicos identificables en los cuales participa lo cerebral aunque no sepamos con seguridad los límites de esa participación, como ocurre en el síndrome hiperkinético, las psicosis, algunos trastornos de conducta, etc.

Los factores causales que interfieren la integridad de un cerebro infantil sano.

Muchos factores interfieren al desarrollo cerebral, y puede ser causa directa o indirecta de daño cerebral y de consecuencias psicopatológicas. En primer lugar nos encontramos con el hecho de que son muchos y muy diferentes los factores que modifican el desarrollo normal del cerebro infantil. Entre los factores prenatales nos encontramos con factores típicamente biológicos como los que se derivan del cuerpo de la madre embarazada (alteraciones en la placenta, infecciones maternas, etc.) y con factores culturales, la pobreza o la falta de cuidados médicos y lo mismo ocurre en el grupo de los factores perinatales y postnatales. El nexo de unión entre todos los factores causales es el hecho de que pueda ocurrir lo que se denomina "daño cerebral". Término muy extendido, que posee evidentes peligros por lo que tiene de referencia anatómica, de recuerdo del término "lesión cerebral" que tanto ha confundido conceptualmente en psicopatología infantil y por el significado de persistencia que posee y con ello de compromiso de pronóstico duradero. Sin embargo sigue siendo un concepto referencial de interés si sabemos manejarlo adecuadamente.

El trauma obstétrico y la anoxia neuronal correspondiente son una típica causa perinatal de patología psíquica para el niño. Las consecuencias sobre la conducta y las funciones psíquicas no son fáciles de prever. Si la anoxia dura 15 minutos se afectarán en mayor o menor medida las funciones cognitivas, de comunicación, motoras etc. en esa fase del proceso etiopatogénico la relación causa-efecto puede establecerse con cierta seguridad en un caso determinado, aunque no está permitido hacerlo a priori, en todos los casos y de una manera general porque las respuestas clínicas pueden ser muy variadas. El trauma obstétrico ha sido un factor extremo al niño que interfiere el desarrollo madurativo de ese cerebro y ha tenido sus consecuencias inmediatas. La importancia del "daño cerebral" es indiscutible, pero lo que verdaderamente va determinando el futuro clínico son las consecuencias, las contingencias, el estilo del organismo y sobre todo el tipo de proceso global etiológico y evolutivo que se va organizando de una manera integrada, conjunta y compleja.

La Inmadurez cerebral como circunstancia causal de problemas psicopatológicos.

Lo mismo el cerebro que el resto del organismo va madurando, con un sentido finalista por el que se van completando y perfeccionando funciones basadas siempre en la dotación biológica que le sirve de sustento y soporte. Pero estas funciones no siempre actúan al nivel deseado o exigibles para otras áreas o zonas del organismo o por el entorno. El organismo mantiene un equilibrio homeostático y un progreso global y madurador que es insuficiente, o sigue unos caminos distorsionados o inadecuados o simplemente diferentes en cuanto a la cronología esperada. Entonces ocurre la inmadurez, la dismadurez o la heterocronia, respectivamente.

Desde nuestros intereses, la inmadurez puede ser considerada desde tres visiones o planos: el de la inmadurez cerebral, la inmadurez psicológica y la social. Las tres formas no tienen que ser paralelas ni tenemos que seguir caminos similares en su comprensión. La que más interesa es la inmadurez cerebral.

El cerebro aún inmaduro del lactante no llega a tener la capacidad y estructuras propias del adulto, hasta prácticamente el inicio de la edad escolar, aunque después continúe desarrollándose, especialmente en sus áreas de asociación y en estrecha interacción con la estimulación ambiental.

Las necesidades metabólicas del niño, muy superiores al principio, van disminuyendo progresivamente hasta la adolescencia cuando prácticamente han alcanzado un estado metabólico similar a la del adulto. Este metabolismo del niño condiciona por su parte toda una serie de actividades diarias relacionadas tanto con la conducta alimentaria como con la conducta motora propias de esas edades.

Existen parámetros conocidos que nos permiten afirmar y diagnosticar o evaluar la inmadurez cerebral a través de la amplitud y la frecuencia de la onda (registro bioeléctrico cerebral) que van disminuyendo de delante atrás en el cerebro. Otra manera de conocer la inmadurez cerebral es a través de la explicación de los llamados síntomas neurológicos menores que nos permiten conocer la mayor o menor madurez de la organización global cerebral. También puede ser reconocida a través de otras medidas psicopsicológicas como los potenciales evocados.

La inmadurez cerebral también se muestra a través de la clínica y por tanto en un plano comportamental y psicológico. Y se expresa a través de conductas de aprendizaje y desarrollo de lenguaje, la psicomotricidad, las conductas emocionales y cognitivas de adaptación; a través de trastornos de comportamiento; a través de conductas de eliminación-enuresis ó encopresis-alimentación, sueño, etc.

El concepto de inmadurez psicológica, más propia del adulto que del niño, se entiende como la situación relativamente permanente en la que la personalidad del sujeto actúa con desequilibrios emocionales, siguiendo la ley del "todo-o-nada" con ausencia de estabilidad emocional, variabilidad, falta de adecuación, facilidad para el descontrol de la conducta y dificultades de adaptación social, personal y profesional.

La inmadurez es un indudable factor o circunstancia causal. Es un "terreno abandonado" para los problemas psicológicos y una situación de riesgo. Sin embargo debemos ser muy prudentes en la afirmación de la dependencia causal de los trastornos. Sin duda la empírica clínica demuestra la relación entre psicopatología e inmadurez cerebral, pero ello no permite establecer una relación obligatoria. La protección que el entorno puede aportar y el seguimiento de un camino imprevisto, personal, propio e intransferible de cada niño, impiden establecer relaciones fáciles de dependencia. No olvidemos que el concepto de inmadurez es de tipo fenomenológico, muy cercano a lo constitucional, lo predisposicional y lo temperamental, la individualidad personal y el sello propio. La inmadurez no es una enfermedad ni un trastorno en si mismo, ni implica lesionalidad, sino una manera de reaccionar, un factor de desarrollo (Quay 72) que condiciona un estilo psicopatológico de organización y estructuración.

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGIA INFANTIL.

Todo el mundo opina sobre la normalidad o no de las conductas infantiles. Los padres y amigos, los educadores y logicamente los profesionales. La mayoría de las personas tienen una idea sobre cuales son los límites que no deben ser sobrepasados. Existe una indudable sanción social que a veces acierta de manera sorprendente y otras veces se equivoca con estrépito. Y lo mismo ocurre con los profesionales: las posibilidades de error son tremendas. No existen normas claras para establecer o no la normalidad. No hay leyes concluyentes o excluyentes.

No debe extrañarnos esta situación. Si recordamos algunos de los rasgos del enfermar psíquico en la infancia sabemos que existe una remarcable imprecisión en la expresión psicopatológica. El desdibujamiento, la vaguedad y la variabilidad evolutiva son la regla. Los cambios según la edad y la historia o el terreno de cada niño individual, hacen mucho más difícil enjuiciar la conducta de

unos límites aceptables de forma universal.

La Organización Mundial de la Salud entiende que la normalidad es "un estado de completo bienestar físico y mental". Concepto que en lo que a lo mental se refiere no es aplicable. Añadir a esa propuesta la "ausencia de enfermedad" tampoco resuelve satisfactoriamente el concepto de normalidad que es un concepto resbaladizo con varias posibilidades de acepción o interpretación según el plano desde el que lo abordemos. El criterio de normalidad como salud (ausencia de enfermedad) no es útil en Psiquiatría Infantil.

Tradicionalmente se han venido empleando tres criterios para valorar la normalidad: 1) el estadístico; 2) el de funcionalidad y 3) el de idealidad. El criterio de normalidad estadística emplea la norma matemática como instrumento conceptual. El ejemplo más típico y mejor conocido es la distribución del cociente de inteligencia en una curva en forma de campana, en la que lo normal sería el promedio que tendrá a su derecha e izquierda las desviaciones sobre la norma. Información que puede ser interesante para conocer las características generales de una población en un área determinada. Sirve por tanto para los grupos pero no tanto para el individuo. Es útil para la epidemiología y para los estudios de psiquiatría social y comunitaria, pero de menor interés para la clínica personalizada desde el momento en que los estudios y datos obtenidos por esta vía tienen poco en cuenta lo evolutivo y lo longitudinal. En la distribución porcentual y estadística de la inteligencia en la población infantil nos encontramos con que, si bien es verdad la evolución lineal progresiva de la inteligencia en los niños, los problemas que plantean las desviaciones de la inteligencia sobre la norma son de tal calibre que hacen que en el caso de la deficiencia mental o de los estados deficitarios, el dato estadístico psicométrico sea rechazado en la actualidad para dar cabida a lo cualitativo.

El criterio de idealidad, llamado criterio de normalidad como utopía es un juicio global, valorador sobre el acercamiento o alejamiento de una meta que sirve de comparación, o según el cumplimiento de lo exigido para que puede ser incluido en una categoría que previamente hemos establecido. Se trata de un criterio cualitativo que dependerá de la posición o situación del evaluador, del que enjuicia y por tanto de sus valores y de los prejuicios del entorno. Un ejemplo típico de ello es el fracaso escolar. El criterio de normalidad ideal tiene interés en caso que necesitan tratamiento psicoterápico rehabilitador y continuado o reeducativo que tiene como objetivo conseguir unos resultados específicos programados, con metas claras.

El criterio de "normalidad funcional" es útil para la psicopatología clínica porque se centra en las funciones de adaptación con todo su contenido evolutivo, autotransformante, etc, como hemos visto. Este criterio recoge las ventajas de lo que se ha llamado la normalidad como proceso, porque entiende y acepta el rasgo imprescindible de lo evolutivo, de lo interactivo.

Recogiendo el sentir del pensamiento preponderante podemos afirmar que lo normal sería la gran proveedora y que no habría un salto cuantitativo sin una transformación cualitativa en una franja amplia con cambios sutiles en la mayoría de las ocasiones en los que la dinámica: progreso-desorganización, estabilidad-regresión, organización-desorganización-desestructuración, se dan en el marco global del desarrollo infantil. No se trataría por tanto, de una diferencia de grados en una escala de conducta sino de un ámbito de habilidades funcionales en los que la diferencia fundamental radica en la expresión específica de cada una de ellas- la norma y la patología- pero no en lo esencial. No olvidemos que las líneas generales del desarrollo psicológico en la infancia obedecen al criterio de entender la niñez como un todo organizado, en una sucesión de estructuras con sentido unitario en las que se implica lo psicológico. De esta manera lo psicopatológico implanta sus raíces en lo normal, por lo que siempre habría un cierto paralelismo convergente o divergente con las conductas normales en la mayoría de las expresiones clínicas en la infancia. Aunque no se pueda afirmar de una manera absoluta, continuismo significa persistencia de contenidos.

La opción discontinuista es generalmente rechazada. Todos los modelos científicos tienden a establecer una relación de continuidad. El psicoanálisis fue pionero de esa dirección, manteniendo posturas muy claras como la de entender que dos de las grandes estructuras psicopatológicas como la neurótica y la psicótica son experiencias que forman parte del desarrollo normal. Y otros acercamientos metodológicos tienden a aceptar dinámicas evolutivas.

Las diferencias entre una u otra situación-la llamada normalidad y la de anormalidad- radica en la inhabilidad o la incapacidad para realizar funciones psíquicas complejas y la dificultad para poder resolver las demandas externas o internas del niño ante las que el menor reaccionaría de manera más o menos duradera adaptándose, y preadaptándose (Beauchesne 90), regresando inhibiéndose, o con patrones de agresión, huida, inmadurez, (Quay, 72) rompiéndose, o con respuestas que implican gravedad.

Una forma de conocer la mayor o menor normalidad de un fenómeno clínico es la valoración que hacemos de un síntoma. Se puede observar que es un reto difícil para el profesional por la variabilidad de significado que el síntoma puede tener. Por ello es necesario abstenerse de enjuiciar una situación por la simple semiología.

El pronóstico puede ser empleado como criterio para evaluar la normalidad o no de un síndrome utilizándolo de manera inferida. La mayoría de los estudios de seguimiento coinciden en afirmar lo siguiente: el 30% de los niños con serios trastornos psicopatológicos continúan teniendo moderados o severos problemas psicopatológicos en el futuro. El 70% de los niños que han tenido problemas psicopatológicos infantiles (con exclusión de psicosis o graves trastornos de agresividad o conducta) terminan engrosando lo que se denomina de una manera amplia, adulto normal.) El futuro dependerá de la naturaleza del problema tanto como de la influencia del contexto. Según las diversas áreas psicopatológicas afectadas la permanencia o no de problemas, será variable con peores perspectivas para las fobias severas, las conductas sociopáticas y las psicóticas (3/4 partes no mejora) y con una transitoriedad relativa para los tics, miedos, trastornos de lenguaje, fobias escolares, dislexia, trastornos neuróticos (3/4 partes mejora), predelinencia (3/4 mejora), conductas sociopáticas (1/3 mejoran), y esquizofrenia (1/4 consiguen un ajuste social). Datos que nos hacen pensar que el futuro es un hecho de indudable interés para enjuiciar la mayor o menor gravedad que un síndrome conlleva, por lo que debemos ser muy prudentes antes de enjuiciar la anormalidad o no de un problema porque el futuro depara grandes sorpresas.

La gravedad, palabra de origen sanscrito tiene la significación etimológica de lo pesado, lo importante o lo peligroso y en medicina popular es lo que pone en peligro la vida. En psicopatología infantil no nos interesan tanto las "enfermedades graves de la infancia" en sí, sino en la medida en que dificultan su proyecto como persona (Rodríguez-Sacristán, 1988). Algunas enfermedades pediátricas de las que llamamos graves no tienen repercusiones psicológicas o psicopatológicas notables. En cuanto a la gravedad de algunos cuadros psicopatológicos infantiles viene dada también por su capacidad invalidante, como ocurre en las psicosis. Sin embargo la gravedad va a venir también de situaciones que no parecen alarmantes ni urgentes, que con frecuencia proceden de fuera, como las situaciones de privación, las relaciones disecológicas y el maltrato y abuso del niño. Grave es todo lo que impide el desarrollo armonioso de la persona. Lang (1979) ha analizado los criterios para establecer una situación de gravedad en psicopatología infantil y lo identifica con los siguientes rasgos: 1) brutalidad de aparición, 2) multiplicidad de signos, 3) aparatosidad de los síntomas, 4) índice de gravedad ya acordado de algunos de los síntomas de los del total, 5) la gravedad en la estructura, según el tipo de desorganización, 6) la evidencia de descompensación, 7) la no integración de algunos síntomas de organización inferiores en otros superiores y 8) una evidente disarmonía. Desde una perspectiva múltiple e integradora podemos realizar un juicio justo sobre el peso y la importancia de la semiología y de los trastornos psicopatológicos.

En conclusión se puede decir referente a normalidad-anormalidad, que no debemos enfrentar lo normal versus lo patológico sino ver como se constituyen ambos en una dinámica de ida y vuelta. Fenómeno que no contradice la existencia de hechos clínicos muy preocupantes, de enorme trascendencia para el futuro del niño.

CAPITULO II

EL AUTISMO.-

ASPECTOS HISTORICOS DEL AUTISMO

En el año de 1911, cuando Bleuler utilizó el término de autismo por primera vez, fue para indicar la retirada al mundo de la fantasía que presentaban los pacientes esquizofrénicos. Su definición fue la siguiente:

"...la esquizofrenia se caracteriza por una muy peculiar alteración de la relación entre la vida interior del paciente y el mundo exterior. La vida interior, adquiere un predominio patológico; este apartamiento de la realidad, unido a la predominancia relativa y absoluta de la vida interior, es lo que denominamos autismo".

(Braumer A. y Brauner f, 1981).

Como características concomitantes de las patologías esquizoides describió el retraimiento "autista", el rechazo de contacto con otras personas y un trastorno en su relación con la realidad.

Treinta años más tarde en 1943, el psiquiatra infantil de nacionalidad norteamericana Leo Kanner utilizó el nombre de "autismo infantil precoz", para describir a una patología que se caracteriza principalmente por una clara tendencia al retraimiento, al presentar su informe sobre 11 casos, bajo el título "Las alteraciones autistas de contacto afectivo" (Autistic disturbances of affective contact), encontrando en ellos características comunes las cuales formaban un "síndrome" único.

"El síntoma fundamental y patognómico es la inhabilidad del niño para relacionarse en forma ordinaria con la gente y las distintas situaciones desde el comienzo de su vida. Sus padres relatan que siempre han sido "auto-suficientes"; "actuando como si la gente no existiera"; "más contento cuando se le deja a solas". (Leo Kanner, 1943).

Por las mismas fechas (otoño de 1943) el pediatra Hans Asperger presentó en Viena su trabajo de habilitación sobre formas obstinadas de conducta en algunos muchachos. De acuerdo con los criterios de la época, determinó en ellos "una variante extrema del carácter masculino" y les diagnosticó una "psicopatía autista".

Es una rara coincidencia que los dos hayan elegido la misma palabra, "autista", para caracterizar la naturaleza del trastorno.

El artículo de Kanner ha sido el más citado en la literatura del autismo. El de Asperger escrito en alemán y publicado durante la segunda guerra mundial, ha sido en gran parte ignorado.

La definición del autismo de Asperger (1944) o como él la llamaba "psicopatía autista", es mucho más amplia que la de Kanner.

El término "síndrome de Asperger" tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. El síndrome de Kanner suele emplearse, para referirse a los niños que presentan rasgos "nucleares" clásicos, que se asemejan a las características identificadas por Kanner.

El artículo de Kanner, titulado "Alteraciones del Contacto Afectivo" en una revista ya extinguida, *Nervous Child*: "desde 1938-decía- nos han llamado la atención varios niños cuyos cuadros difieren, de forma tan notable y única, de todos los que se conocían hasta ahora, cada caso merece- y espero recibirá con el tiempo- una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades."(tomado en Frith, 1991).

Asperger se refería a fenómenos comportamentales y expresivos y quedan reflejados en sus observaciones:

"Nunca deja de estar presente esa peculiaridad característica de la mirada... No establecen contacto ocular...parecen abarcar las cosas con breves miradas periféricas.

Los gestos y expresiones faciales son pobres...,sin embargo, hay muchos movimientos estereotipados. Estos no expresan significados.

El uso de lenguaje siempre parece anormal, poco natural.

Los niños siguen, por completo, sus propios impulsos, con independencia de las exigencias del medio.

Simplemente, no están preparados para aprender de los profesores ni de otros adultos.

Tienen áreas de interés aisladas.

Pueden tener una excelente capacidad para el pensamiento lógico abstracto.

Hay creaciones originales de palabras."(tomado en Frith, 1991).

Ambos acentuaron las peculiaridades de la comunicación y las dificultades de adaptación social de los niños autistas. Los dos presentaron especial atención a los movimientos estereotipados y a esos patrones desconcertantes. (Frith, 1991).

En conclusión Kanner describe el conjunto de conductas que tienen en común estos niños, entre las cuales están:

- * Alteraciones en el lenguaje
- *Ecolalia diferida
- *Apartamiento de la realidad
- *Repetición de los pronombres tal y como son escuchados
- *Ausencia de contacto visual
- *Movimientos motores rápidos y hábiles
- *Marcada relación con los objetos
- *Reacciones de miedo ante fuertes sonidos y objetos en movimiento
- *Necesidad de inmutabilidad

No hay duda de que había niños que presentaban autismo, otros investigadores descubrieron niños similares; sin embargo, fue evidente que el autismo se ponía de moda, y se diagnosticó más de la cuenta. Además de existir una considerable confusión en cuanto a los límites del síndrome, así como su carácter y sus causas.

La confusión en la definición promovió a la literatura "psicogenética" del autismo, la cual se posesiono en los años 50's y principios de los 60' s.

De acuerdo con Kanner el autismo se puso de moda en 1950's y el tratamiento para ello era el psicoanálisis.

En 1952, aparecieron las primeras confirmaciones europeas de la existencia de Autismo, y fueron proporcionadas por Van Krevallinen en Holanda y L. Stern en Francia.

Kanner recalcó sobre manera el alejamiento emocional y características obsesivas que observaba en los padres de los niños autistas. (Kanner y Eisenberg, 1955; Eisenberg y Kanner, 1956. Mencionados por Rutter 1966). Los cuales concluyeron que aun teniendo los niños un defecto innato, gran parte de su problemática era causada por la falta de afecto por parte de los padres.

Rank y Szureck mencionados por Pardo, 1990) utilizaron el término de "niños atípicos" para denominar al autismo, Esquizofrenia, Subnormabilidad mental, psiconeurosis y organicidad sin distinguir un diagnostico o clasificación.

Otros autores como Kallman y Ketty (mencionados en Pardo, 1990), empezaron a considerar al autismo como una forma de psicosis, resultado de un defecto fisiológico o una lesión.

En los años 50's se dieron una serie de valiosos trabajos sobre el tema, pero es hasta los 60's donde el autismo comienza por atraer a los investigadores.

Rimland (1964), se centra en la postura de que el autismo es causado por lesiones fisiológicas. Su trabajo concluye con que el autismo es debido a una baja actividad del sistema reticular.

En 1967, Bettelheim (Bettelheim 1985), reporta que la causa de la psicosis está en una perturbación emocional que da comienzo al inicio de la vida; la cual se desarrolla como una respuesta a las actividades negativas de los padres con respecto al niño.

La perspectiva psicoanalítica considera al autismo como una "regresión al nivel primario del narcisismo".

Al contrario, el análisis conductual (Ferster, 1961) considera al autismo como sinónimo de Esquizofrenia infantil, poniendo como base que la conducta del niño autista no es reforzada o que solo es reforzada intermitentemente, trayendo como consecuencia una baja frecuencia, pudiendo así desarrollarse o extinguirse.

Muchos otros autores como Anthony, 1958; Shopler, 1965; Stron y Buick, 1961, (mencionados por Pardo, 1990). Hablan de la respuesta anormal de los niños autistas ante los sonidos, la visión y el olfato, quienes sugieren una falla en la percepción-integración de los estímulos sensoriales.

Pero es hasta los años 70's donde la situación comienza a cambiar significativamente. Mediante el esfuerzo de padres, profesionales dentro de las asociaciones nacionales de niños autistas en Inglaterra, E.U., y otros lugares comenzaron a estudiar a estos sujetos.

Como comentó Kanner (1977) "De hecho, en los últimos años, el diagnóstico ha sido más válido e uniforme y las discusiones han sido cada vez menos obstaculizadas por materiales irrelevantes". (Mencionado por Donnelan, 1985).

Hermelin (1970), en su análisis social, señala que el autismo "puede ser el resultado neutral de una aculturación defectuosa"; y caracteriza el síndrome por: reclusión autista, que se refiere a la aversión a la mirada, muestra de independencia con respecto a los demás, carencia de imitación, presencia de conductas negativistas y carencia de un lenguaje funcional. Así como de conducta ilícita de llamar la atención mediante actuaciones repetitivas y actividades extrañas tales como llanto, berrinches y pataleos constantes.

Los que apoyan las formulaciones de Kanner son Ornitz y Ritvo (1968), que el autismo se presenta desde el nacimiento, añadiendo que la apariencia extraña de su comportamiento, sus peculiares manierismos y las estereotipias, le dan un carácter inconfundible de síndrome.

Rutter en 1993 se enfoca al análisis de un deterioro de las habilidades del lenguaje, en el que afirma que no sólo se presenta un retraso de éste, sino que también el uso que le da el niño es distinto al de los niños normales y al de los niños con problemas de lenguaje.

Posteriormente, Rutter y Shopler (1984) agregan que el trastorno tiene su origen en una patología cerebral, en donde los factores químicos tienen su intervención, afirmando que existe la probabilidad de un desequilibrio en los neurotransmisores.

Es así, como vemos que a través del tiempo, cada investigador ha propuesto una teoría, que son distintas unas de otras, siendo cada vez más los investigadores interesados en el tema del autismo, todos los puntos de vista son válidos para avanzar en la investigación de este síndrome y permitir así, la formación de un criterio más amplio para todo el que este interesado en investigar, estudiar o aportar algo para el autismo.

Para obtener una mejor comprensión de las distintas áreas estudiadas a través del tiempo dentro del autismo, se muestra a continuación una tabla con las investigaciones clásicas llevadas a cabo desde 1943 a 1978 recopiladas por Donnelan, Anne (1985).

TABLA I. RECOPIACION HISTORICA DEL AUTISMO.

AÑO	AUTOR	AREA INVESTIGADA	APORTACIONES
1943	KANNER, L.	Descripción de 11 casos con autismo Infantil Precoz.	El primero en utilizar el término de autismo. Describió características comunes en los 11 niños.
1961	Ferster, C.B.	Características comportamentales Análisis Conductual.	1a. publicación significativa que analiza el problema del autismo dentro del marco conductual.
1961	Schain, R. Freedman, D.	Aspectos biológicos	Impulsaron muchas de las investigaciones bioquímicas recientes.
1964	Rimland, B.	Etiología	Dió bases significativas a la biogenética del autismo. Da impetu para estudiar el autismo como desorden biológico.
1966	Lotter, V.	Epidemiología	Primer estudio epidemiológico.
1966	Lovaas, I. Berberich, J. Perloff, B. Shaeffer, B.	Lenguaje	Fue un avance importante en el desarrollo conductual y educativo del autismo. demostrando como las respuestas de lenguaje fueron operacionalizadas y extendidas por medio de reforzadores.

CONTINUACION DE LA TABLA I

<u>AÑO</u>	<u>AUTOR</u>	<u>AREA INVESTIGADA</u>	<u>APORTACIONES</u>
1968	Ornitz, E. Ritvo, E.	Teorías Orgánicas	Proponen que el autismo es debido a una falla en la regulación homeostática localizada en el sistema nervioso central.
1968	Rutter, M.	Sintomatología y etiología	Investigación teórica que influyó para poder entender el autismo y motivó a muchos investigadores a publicar distintas teorías del autismo.
1971	Harmelin, B. Frith, U.	Area cognitiva	Fue un giro en el estudio del autismo, ya que proponen que el autismo no es un síndrome emocional o perceptual, sino una deficiencia cognitiva.
1971	Kanner, L.	Estudio longitudinal de los 11 casos observados en 1943	Encontró que después de 28 años los 11 niños que eran iguales, ahora habían notables diferencias entre ellos. Algunos se deterioraron y otros se adaptaron superficialmente a la sociedad.

CONTINUACION DE LA TABLA I

<u>AÑO</u>	<u>AUTOR</u>	<u>AREA INVESTIGADA</u>	<u>APORTACIONES</u>
1971	Schopler, E.	Area emocional	Descartó la idea del autismo como problema emocional y los padres como culpables del mismo. Esto ayudó a que se formaran asociaciones de padres y profesionales.
1974	Shapiro, T. Chiarandini, I. Fish, B.	Lenguaje	Relación entre lenguaje y aspectos sociales y cognitivos del autismo, lo cual permitio ver el lenguaje dentro de un contexto comunicativo.
1975	De Myer, M.	Etiología	Revisa investigaciones de 12 años a la fecha sobre la etiología del autismo. Los resultados de la autora sostienen que es debido a una disfunción neurológica.
1976	Schuler, A. Donnellan, A.	Lenguaje	La importancia de este articulo radica en que esta escrito de una manera sencilla, de modo que se entiende a nivel masivo y de una forma de enseñar lenguaje a los niños autistas.

CONTINUACION DE LA TABLA I

<u>AÑO</u>	<u>AUTOR</u>	<u>AREA INVESTIGADA</u>	<u>APORTACIONES</u>
1977	Wing, L. Gould, J. Yeates, S.	Juego	Describe el uso del juego simbólico en el niño autista y deficiente mental.
1978	Coehen, D. Caparulo, B. Shaywitz, B. Brierley, L.	Diagnóstico	Investigan el diagnóstico diferencial del autismo mediante discriminaciones biológicas.
1978	Coleman, M.	Sintomatología	Describe signos y síntomas del autismo que son válidos hasta la actualidad.
1978	Damasio, A. Maurer, R.	Area Neurológica	Esta investigación trata de entender las bases neurológicas del autismo.
1978	Rimland, B. Callaway, E. Dreyfus, P.	Tratamiento	Plantean el uso de la vitamina B6 como tratamiento para el autismo.

ETIOLOGIA

El autismo puede estar causado por diversos factores, que suelen presentarse juntos y con efectos bidireccionales. Debido a esta multicausalidad, la variedad de los cuadros clínicos es extremadamente rica.

Para llegar al fondo de la etiología del autismo hay que plantear en primer lugar dos cuestiones:

- ¿De qué manera y dónde está alterada la función del sistema nervioso central?
- ¿De qué manera se presentan los trastornos?

Por lo que respecta a las primeras de las preguntas, hay que decir que diferentes trabajos de investigación han analizado las ondas cerebrales de niños autistas. Los electroencefalogramas (EEG, grabación de los cambios de intensidad eléctrica de la corteza cerebral) realizados presentaron, en más del cincuenta por ciento de los niños afectados, un ritmo de onda sorprendente:

-Llamó la atención la existencia de ondas cerebrales aceleradas y a la vez planas. Este tipo de ondas evidencia una hiperexcitación de la corteza cerebral que coincide con las que caracterizan a los trastornos esquizofrénicos.

-Además del perfil especial de las ondas, se encontraron cambios en el EEG como los que caracterizan a los daños cerebrales de origen orgánico. En una tercera parte de los autistas hay que contar, además, con crisis cerebrales.

-Las ondas aceleradas y planas no se presentan en casos de retraso mental excepto cuando van acompañadas de un trastorno autista.

-Sin embargo, el tipo de síntomas encontrados no permiten deducir que los EEG sean capaces de detectar un rasgo distintivo del autismo.

-No todos los trastornos autistas presentan un EEG sintomático, lo que, a juzgar por la variedad de su etiología no resulta sorprendente.

Con la ayuda de ordenadores capaces de registrar las ondas electromagnéticas se han llevado a cabo análisis (resonancias magnéticonucleares, tomografías) que mostraron anomalías en el cerebelo. Los lóbulos VI y VII y la vermis del cerebelo parecen haberse detenido en un estudio primitivo de su desarrollo. (Paluszny 1991)

Análisis radiológicos convencionales han confirmado ya la sospechada existencia de anomalías cerebrales en la zona del lóbulo frontal y temporal. La mayor parte de los indicios remiten a esta zona delantera de la corteza cerebral izquierda. En ella, concretamente en el lóbulo frontal (en el hemisferio izquierdo), se encuentra el centro motor del lenguaje, descubierto hace 130 años por el francés Paul Broca.

Tanto los estímulos eléctricos directos como el test de Wada han demostrado que, en un 95% de los diestros, el lenguaje se controla desde el hemisferio izquierdo, al igual que en el caso de más de un 70% de los zurdos. Los problemas verbales de los niños autistas, que a menudo son zurdos, contrastan llamativamente con sus dotes extraordinarias. Y ello porque éstas- buen oído, aptitudes geniales para el dibujo o extraordinaria capacidad de orientación- son "atribuciones" del hemisferio derecho.

El Test de Wada

El test de Wada-llamado así por John Wada, su descubridor- se utiliza para localizar la función del lenguaje y consiste en anestesiar un hemisferio (la mitad del cerebro), inyectando en la carótida izquierda o derecha una sustancia anestésica. Cada carótida abastece con sangre al hemisferio correspondiente. Cuando la anestesia llega a la zona del cerebro que controla el lenguaje, la capacidad de hablar desaparece durante algunos minutos.

Los desencadenantes orgánicos

Durante el embarazo es sabido que, algunas infecciones virales pueden causar daños en el desarrollo del feto. La rubéola durante el embarazo suele dar lugar a varias anomalías congénitas.

Los recién nacidos cuyas madres hayan tenido durante los tres primeros meses de embarazo la rubéola tienen diez veces más posibilidades de ser autistas que aquellos niños que no hayan padecido una embriopatía rubeólica. El virus de la rubéola que a menudo ocasiona lesiones en el oído interno, cardiopatías etc. Puede dañar el crecimiento del cerebro y causar anomalías psicomotoras. Durante el embarazo la madre no debe ser vacunada bajo ningún concepto. (Paluszny 1991)

Como desencadenantes de las anomalías cerebrales del trastorno autista hay que citar:

-Hiperglucemia (nivel alto de azúcar en sangre) de la madre durante el embarazo.
-Oxigenación defectuosa- durante el tercer trimestre de la gestación, o después del parto.

-Lesiones perinatales- con derrames cerebrales o desgarros en las meninges.

-Hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en sangre)- e ictericia del recién nacido.

El componente bioquímico

El presupuesto básico para la función adecuada del cerebro es la constitución sin lesiones de las conexiones celulares, especialmente las del tejido nervioso. Las capacidades perceptivas y cognitivas remiten también a procesos químicos del organismo.

La etiología de los trastornos podría ser:

-Falta de sustancias esenciales, que el cuerpo por sí mismo no puede formar: vitaminas, aminoácidos, ácidos grasos y enzimas. Una alimentación inadecuada (por ejemplo, el consumo de alimentos en conserva de alcohol) puede provocar la falta de vitamina B6 (piridoxina).

-Respuesta débil o excesiva por parte del sistema inmunológico ante microorganismos (trastornos de la inmunidad): La falta de vitaminas y de oligoelementos disminuye la actividad del sistema inmunológico. Si se forman demasiadas células que median el rechazo inmunológico (linfocitos T) y demasiadas pocas células de ayuda (linfocitos T helpers) para la regulación de la respuesta inmunológica, el organismo no puede defenderse adecuadamente de los virus y toxinas del entorno. unos anticuerpos defectuosos y una reacción insuficiente frente al virus de la rubéola son probablemente los responsables del autismo rubéolico.

-Metabolopatías enzimáticas: El trastorno del metabolismo, producido por enzimas, más frecuente (uno de cada 10,000 nacimientos) es la fenilcetonuria (secreción de cuerpos fenilcetonúricos). Esta enzimopatía hereditaria puede ser también el punto de partida de trastornos autistas. Se produce porque la fenilalanina-un aminoácido-, al faltarle la enzima necesaria, no se descompone.

-Otro defecto enzimático hereditario (desencadenado por un trastorno en la secuencia catabólica natural de la histidina, esencial para el lactante) es la anemia histidínica (acumulación de histidina en la sangre y en los tejidos) que produce retraso mental, trastornos del desarrollo del lenguaje y espasmos y que también puede ser desencadenante de trastornos autistas. (Paluszny 1991).

-Casi la mitad de las enzimopatías (en su mayor parte hereditarias) pueden ser detectadas ya en el líquido amniótico. Los trastornos metabólicos causados por enzimas también pueden deberse a infecciones, intoxicaciones o medicamentos.

-Hiper e hipoproducción de hormonas o neurotransmisores (trastorno neurotransmisor): En algunos niños el páncreas tiene una reacción hipersensible a la leucina, que es un aminoácido esencial: segrega demasiada insulina, que es una hormona que baja el nivel de azúcar en la sangre.

La consecuencia son estados hipoglucémicos con espasmos que causan lesiones cerebrales.

En casi un 30% de los niños autistas, se ha observado una elevada actividad de la dopamina.

Los problemas de insomnio de algunos niños autistas pueden deberse a la hormona llamada melatonina. Su tendencia a autoestimularse, una manifiesta insensibilidad al dolor y una deficiente necesidad de contacto podrían deberse también a la betaendorfina. A favor de esta hipótesis está el hecho de que, en distintas investigaciones, se ha comprobado que los bloqueantes de endorfina resultan eficientes contra la conducta autolesiva y los ataques de pánico.

-Hiper e hiposensibilidad de los órganos receptores de las células nerviosas: El nivel de endorfina de un autista, según los resultados de las más recientes investigaciones y en contra de lo que podría suponerse, no es alto, sino bajo, salvo aquellos casos en los que haya una tendencia a autolesionarse.

La hipersensibilidad de los receptores de endorfina puede deducirse del resultado positivo observado al administrar una pequeña dosis de un bloqueante de endorfina. En los círculos especializados se discute si el efecto de la anestesia total o local, el sufrimiento fetal o la falta de oxígeno han sido los que han modificado de manera irreversible los receptores de dopamina y de betaendorfina (sobre todo un subgrupo autista con tendencia a la autolesión).

Enzimopatías

Las enzimas son sustancias activas que catalizan los procesos del metabolismo. Una enzimopatía (una enfermedad por la disfunción de la actividad enzimática) es la consecuencia de una insuficiencia o alteración de las enzimas. Al faltar éstas, ciertos componentes de la alimentación no pueden ser descompuestos en parte. Estos se acumulan, se convierten en nocivos para el organismo y bloquean el desarrollo y las funciones del cerebro. De las noventa enzimopatías que se conocen, más de la mitad provocan lesiones cerebrales.

Serotonina

La serotonina es un neurotransmisor que vehicula los impulsos entre las células nerviosas. La serotonina- que es una sustancia mediadora- se forma en el cuerpo humano a partir de un aminoácido esencial: el triptófano, que es esencial y que debe suministrarse al organismo con la ingesta de alimentos.

Dopamina

Al igual que la serotonina, la dopamina es también una sustancia mediadora: es una fase bioquímicamente anterior a las hormonas de la adrenalina y la noradrenalina, que se forman en la médula suprarrenal, y a cuya activación contribuye.

Melatonina

La melatonina es una hormona de acción específica en el tiempo, que interviene en el sueño, regulando sus fases; se sintetiza en la epífisis a partir de un aminoácido, el triptófano, que es también un elemento constitutivo de la serotonina.

Endorfinas

En la hipófisis se producen sustancias opiáceas que, por su origen, reciben el nombre de endorfinas: se trata de morfina endógenas (de origen fisiológico) que pueden funcionar como neurotransmisores, como sustancia reguladora o como hormona, y que rigen también los impulsos y la conducta.

La herencia genética

Las investigaciones en Europa y Estados Unidos hechas sobre gemelos muestran que un gemelo monozigótico autista tiene muchas más probabilidades que un gemelo dizigótico autista de tener un hermano gemelo que sea autista también. De lo que se deduce la existencia de un factor etiológico genético, visible también en lo siguiente: en que las enzimopatías, que causan los trastornos autistas, también son hereditarias. Sin embargo, dado que no todos los gemelos monozigóticos autistas tienen un hermano gemelo autista, sería una conclusión errónea exclusivamente genética al autismo. Contradice un origen básicamente genético los muchos niños que sufren un trastorno autista dentro de los primeros treinta meses de vida. A veces se detecta claramente un influjo externo o también una alteración en el desarrollo. Hace quince años que se conoce el llamado cromosoma X frágil, la segunda causa más frecuente de la debilidad mental. (Paluszny 1991).

Las consecuencias de un cromosoma X frágil o no completamente desarrollado, que afecta sólo a los hombres, son un retraso de débil a profundo y trastornos en la atención, así como la sintomatología típica del autismo, en lo que se refiere al ámbito social, motor y verbal. Si la madre posee el cromosoma X frágil hay un 50% de probabilidades de que el hijo presente esta sintomatología. (Paluszny 1991).

Síndrome X Frágil

Los cromosomas son estructuras filiformes del núcleo celular en los que están alineados los genes compuestos de ADN. La combinación de un cromosoma X o Y del padre con un cromosoma X de la madre determina, en el momento de la fecundación, el sexo del niño. Si en un cromosoma X existe un punto frágil, se da una lesión de la sustancia hereditaria. Mientras que las mujeres compensan la lesión gracias a su otro cromosoma X, los hombres no pueden hacerlo y resultan afectados.

En conclusión se puede decir, que durante los años, se han presentado diferentes trabajos de investigación confirmando la multiplicidad etiológica de los trastornos autistas. Sin embargo, resulta difícil a los propios especialistas admitir que los hechos son mucho más complicados de lo que se desea.

Los prejuicios.

El autismo infantil precoz es un trastorno del desarrollo tan grave como inusual, de manera que la gente no llega a conocer en toda su vida a un niño, adolescente o adulto con una patología autista marcada. La ignorancia y los prejuicios dificultan el reconocimiento tanto de esta enfermedad como de las formas en que se manifiesta.

Las siguientes ideas están muy extendidas:

-“Los niños autistas no reaccionan ante las personas” o “los niños autistas evitan mirar a los ojos”. El trastorno cognitivo y el relacional puede manifestarse de maneras múltiples. Una interacción social producida por unos supuestos favorables no excluye, sin embargo, la existencia de un trastorno autista.

-“El niño no puede ser autista, porque habla” o “...”, porque deja que lo tomen en brazos”. Ningún autista presenta todos los síntomas al mismo tiempo.

-“Las causas del autismo son absolutamente desconocidas”. Los descubrimientos son tan numerosos que es difícil seguir hablando de una “enfermedad misteriosa” en lugar de tomar en cuenta los últimos descubrimientos en materia de etiología y patogénesis.

A continuación se presenta un cuadro sinóptico de los síntomas:

Trastornos sociorrelacionales:

1. Empatía ausente o deficiente: se tiende a ignorar la existencia o los sentimientos de los demás.
2. Ausencia de la necesidad de pedir consuelo en situaciones anímicamente angustiosas o de estrés, o hacerlo de forma anómala.
3. Ausencia o deficiencia de la capacidad mimética o de la disposición a la mimesis.
4. Conducta lúdica anómala o inexistente.
5. deficiencia de la interacción social

Trastornos de la comunicación:

1. Disposición y capacidad comunicativa deficientes.
2. Comunicación no verbal inusual o anómala.
3. Capacidad limitada para participar de las fantasías de otras personas: ausencia de actividad imaginativa.
4. Forma inusual del lenguaje: anomalía grave en la producción del habla.
5. Contenido inusual del lenguaje: anomalía grave en el contenido del habla.
6. Intercambio conversacional deficiente, incluso en individuos con una competencia verbal altamente formada y desarrollada.

Repertorio restringido de actividades e intereses:

1. Movimientos estereotipados con la cabeza.
2. Repetición inusual de las mismas actividades.
3. Malestar ante oposición a la transformación del entorno cotidiano.
4. Insistencia obstinada en la repetición exacta de las actividades habituales (rutinas).
5. Espectro limitado de intereses y actividades.

Ejemplos de trastornos sociorrelacionales:

* Utiliza a las personas como si de objetos se tratase; no reacciona o lo hace de manera emotivamente contradictoria ante los disgustos; no percibe las necesidades de los otros.

* Después de haberse hecho daño, repite por ejemplo: "tú no te has hecho daño, tú no te has hecho daño,...".

* No dice adios con la mano; no imita las actividades domésticas de la madre; mimetiza acciones de otras personas de manera mecánica, sin tener en cuenta el contexto o el sentido.

* No participa activamente en juegos de grupo; prefiere jugar solo; utiliza en sus juegos a los demás niños como "ayudas mecánicas".

* No comprende las reglas sociales; no se siente implicado en el discurso que se dirige a un grupo en el que él se encuentra.

Ejemplos de trastornos de la comunicación

* Ausencia o deficiencia del "lenguaje de bebés" (balbuceos, parloteos); modelos caprichosos y poco miméticos; deficiencia en la mímica y la gesticulación sustitutiva o complementaria del lenguaje.

* Expresión no verbal caprichosa y poco mimética; sólo tolera el contacto físico cuando la intensidad o el momento lo determinan; en contadas ocasiones mira a los ojos.

* Actividades poco creativas y carentes de fantasía; deficiencias en juegos de mimesis social o en los de "hacer como si..."; poco interés en relatos de ficción.

* Sintaxis caprichosa; deficiente utilización de la melodía de frase como reflejo de la modulación comunicativa; articulación de frases con entonación interrogativa.

* Repetición mecánica de palabras y frases sin atender ni al contexto ni al sentido.

Ejemplos de repertorios restringidos, como forma de superación:

* Giros, balanceos, saltos continuados y repetitivos; movimientos con las manos y los dedos delante de los ojos; aleteos y aplausos como expresión de excitación emocional.

* Palpa, huele o golpea objetos o superficies; gira insistentemente sus elementos móviles; hace movimientos iguales con trozos de cordel.

* Rechaza la ropa nueva; come alimentos determinados y blandos; reacciona negativamente ante los cambios de mobiliario en la casa.

* Tolera difícilmente los cambios en las rutas habituales, horarios, rutinas; si las cosas siguen su curso contrario a sus expectativas, reacciona con miedo o agresión.

* Intereses: objetos "controlables": interruptores, grifos, aparatos técnicos, fechas fijas y datos inmutables relativos a la técnica o a la topografía.

Como el niño autista no aprovecha las ofertas de comunicación o de ocupación necesarias para entablar relaciones y fomentar su desarrollo personal ni las tiene por ciertas, porque ni siquiera las percibe, tampoco las puede poner en relación con las percepciones fragmentarias que exigen toda su atención. Por lo tanto carece de la condición previa para valorar las ofertas y aprovecharlas como experiencia.

La percepción es un proceso activo que depende, evidentemente, de estar motivado para querer percibir. Sólo una ayuda muy delicada en lo relativo al aprendizaje de la motivación podría disponerlo a realizar experiencias perceptivas (especialmente con personas).

La ausencia de una conducta imitativa en niños con limitaciones perceptivas tiene efectos graves sobre su capacidad de implicación social y, por tanto sobre su desarrollo general. Como demostró el psicólogo suizo Jean Piaget, en los niños normales de dos años de edad las representaciones internas no se desarrollan tanto a partir de la percepción como a partir de la imitación interiorizada.

La conducta imitativa (entendida, de momento, como una especie de representación interna de actos corporales y aún no de procesos mentales) constituye, pues, la base de la representación mental y del juego simbólico. Los niños autistas carecen de las bases necesarias para el desarrollo tanto de la capacidad de representación interna como de la empatía.

En su segundo año de vida los niños no autistas desarrollan la consciencia de que un objeto o una persona existen aun cuando no se encuentren en su ámbito perceptivo: tiene, pues, una representación mental del objeto o de la persona en cuestión. Sin esta capacidad de representación interna no se puede desarrollar una capacidad cognitiva que dé cuenta de aquellos aspectos permanentes e inmutables que poseen los objetos y las personas. El conocimiento de las relaciones sólo se puede adquirir a partir de las representaciones internas resultantes de percepciones adecuadas a la realidad. Debido a sus deficiencias en la capacidad de representación y de elaboración, los objetos cuyas cualidades son más permanentes, y, por lo tanto, más controlables resultan, para los niños autistas, mucho más atractivos que las personas, cuya existencia tienen que cuestionarse en el mismo momento en que desaparecen de su ámbito de percepción. Para la percepción de un niño con autismo infantil precoz las personas resultan muy complicadas y ambiguas: no es tan fácil tenerlas tan a mano como los objetos y, además, las personas le interrumpen en sus actividades favoritas y tienden a sufrir cambios.

Lenguaje y sentimientos:

Si un niño autista dice: "¿Quieres pastel?", probablemente la entonación y la mímica le permitirán saber a quién está realmente dirigida la pregunta. La inversión pronominal -utilizar "tú" cuando se debería decir "yo" y la ecolalia manifiestan paradigmáticamente las anomalías representativas en la comprensión del lenguaje. Como, cuando nos dirigimos a un niño, le decimos "tú", éste desarrolla su autoconsciencia lingüística desde el pronombre "tú". Como vemos el niño autista muestra un déficit en la comprensión del lenguaje, por eso al expresar algún deseo o necesidad, el autista la aplica tal cual como la escucho, por lo mismo, utiliza el pronombre "tú", en lugar de utilizar el "yo".

Puesto que un niño con trastornos perceptivos es incapaz de expresar lingüísticamente sus pensamientos, sus sentimientos y sus necesidades, y dado que tampoco puede reconocer muestras de haber sido entendido, su sensación de incompreensión es absoluta y total. Y ello es todavía más grave porque debido a la enorme cantidad de exigencias a las que se siente sometido, necesita urgentemente comprensión. Lo que explica que el 50% de los niños autistas no verbales se vean obligados a sustituir el lenguaje y a reemplazarlo por manifestaciones en las que, sin palabras, expresan sus sentimientos.

Ecolalia

Se denomina "ecolalia" a la repetición de palabras aisladas o frases enteras como un eco espontáneo. Tienen tendencia a la ecolalia aquellos niños que entienden la lengua mejor de lo que son capaces de hablarla y, dentro de sus limitadas posibilidades, conviene ver en ella una función de naturaleza específicamente comunicativa. La ecolalia también puede presentarse como defensa cuando al niño se le exige mucho, cuando no se siente valorado o cuando es sujeto u objeto de una tensa relación.

Las rutinas como intento de superación:

El niño autista intenta crearse una sensación de seguridad, por eso tiende lazos a objetos fácilmente controlables, realiza movimientos corprales estereotipados. Reduce los factores de inseguridad rechazando cualquier transformación. Todo esto, es un intento de autoayuda en su desarrollo personal, pues la necesidad de explorar sólo puede darse una vez satisfecha la necesidad básica de seguridad.

Las alternativas terapéuticas a la prohibición autoritaria de conductas estereotipadas dan la impresión de avanzar muy lentamente. Sin embargo, ofrecen resultados más prometedores, porque intentan actuar en el origen de los problemas. La competencia sociorrelacional se desbloquea desde el momento en que los autistas son capaces de reconocer un sentido y una necesidad en lo rutinario y estereotipado. Son las rutinas, precisamente, las que sientan las bases de la conservación sin cambios del entorno y hacen que los acontecimientos se puedan abarcar y controlar. La familiaridad produce confianza y genera sensación de seguridad.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El término "Autismo" empleado con mucha frecuencia, aunque la mayoría de las veces de manera incorrecta, para definir comportamientos que se centran en el propio sujeto.

Es un síndrome que se manifiesta desde la infancia, con trastornos del desarrollo, que invalida la capacidad de captar, representar y responder a la realidad.

El autismo tiene características muy definidas y determinantes: carencia de habilidad para la comunicación, falta de relaciones sociales, rituales compulsivos y persistentes gran resistencia al cambio. Este síndrome empieza a hacerse evidente durante los primeros 3 años de vida. En un primer momento, a un niño autista no se le nota su trastorno cognitivo ni su incapacidad para establecer relaciones sociales. Muchos de ellos son serios, están tristes o ensimismados. Otros, por el contrario, parecen más bien contentos, satisfechos, siempre y cuando no se les interrumpa su actividad favorita.

Algunos imitan sonidos o desarrollan patrones de lenguaje comprensibles y otros son mudos. Alrededor del 20 al 40% sufren ataques convulsivos.

Se desconoce la causa del autismo, pero está clasificado como un trastorno neurofisiológico. La conducta de los padres no tiene relación con la enfermedad, aunque algunos casos se han asociado con una rubeola contraída antes del nacimiento, con trastornos metabólicos hereditarios, encefalitis y meningitis. (Paluzny 1987). En ocasiones, el autismo se desarrolla en niños que parecen normales y que después sufren alguna regresión inexplicable. La incidencia entre los niños autistas es el doble que entre las niñas, es decir que por cada niña existen 5 niños con autismo.

Para ver con claridad como es el niño autista se describiran algunos conceptos y definiciones:

El concepto de "Autismo" fue acuñado e introducido en la literatura especializada por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en el año 1911.

En su primer estudio, Kanner definió al autismo como una inhabilidad del niño para relacionarse adecuadamente desde el principio de su vida, consigo mismo, con otras personas y a situaciones que se le presentan.

Kanner en sus investigaciones demostró que este síndrome aparece durante los 30 primeros meses de vida. Principalmente en los hombres, siendo la proporción de tres o cuatro hombres por cada mujer.

En su obra "Vivir con un niño autista" Brauner (1981), afirma que en el niño autista existe una predisposición biológica que se desata por una emoción que todo niño sano puede sufrir. sin volverse por ello autista. Poniendo al autismo en un terreno debilitado por una lesión, una malformación cerebral, o un sufrimiento, ya que en sus investigaciones encontró que más de un treinta por ciento de los autistas presentaron irregularidades en los trazos de los electroencefalogramas e incluso episodios epilépticos.

"Cuando un individuo no tiene ninguna posibilidad de ser y de existir en relación con el mundo que lo rodea y no puede comunicarse con sus semejantes se hunde progresivamente en una organización autista. Así pues, este síntoma aparece como el telón que oculta el escenario, en el cual se desarrolla realmente la alteración propiamente dicha." (De Villard 1986).

Uno de los autores más contemporáneos es Frances Tustin (1987), la cual concibe al autismo de la siguiente manera:

"... seres que por esconder en su interior unas heridas permanentes e intensamente dolorosas y sensibles, se acorazan con una armadura que les permite escudarse del intolerable, hostil e intrusivo mundo de los estímulos."

Considera que estos niños erigen un muro frente a ellos casi infranqueable que los mantiene aislados y protegidos de su entorno. Manteniendo sólo el mínimo nexos con el mundo exterior.

Para ella esta condición autística se manifiesta desde el nacimiento; esto da como consecuencia la discusión si este cuadro es generado por un factor hereditario y constitucional, o por una deficiencia ambiental en el proceso del aprendizaje.

La tendencia psicoanalítica considera al autismo como el producto de una comunicación deficiente y una falta de entendimiento entre los adultos y el niño en sus primeros meses de vida.

Tustin al igual que Margaret Mahler, se refiere a un autismo en la primera infancia, estado normal y provisorio, del que el niño sale "gracias a una disposición innata para discernir modelos, semejanzas, repeticiones, continuidades" y a un autismo patológico. (Tustin 1977).

Dentro de la corriente psicoanalítica se encuentra Margaret Mahler quien enfoca sus estudios al desarrollo infantil normal en sus primeros años de vida para poder entender el proceso del desarrollo patológico y así explicar las alteraciones del desarrollo normal. Por ello se mencionara brevemente su concepto de desarrollo normal, el cual se divide en etapas, para después explicar el desarrollo patológico.

TABLA II.

<u>Etapa</u>	<u>Nombre</u>	<u>Características</u>
Primera Etapa (0 a 2 meses)	"Autismo normal"	Las principales características son la desorientación alucinatoria primaria y la satisfacción de las necesidades de una manera autista omnipotente.
Segunda etapa (2 a 4-5 meses)	"simbiosis normal"	Empieza a existir cierto aprendizaje por medio del condicionamiento en vista que la barrera autista empieza a fragmentarse, formando una unidad dual con una madre que funciona como un yo auxiliar.

Continuación de la Tabla II

tercera etapa (4-5 meses a 2-3 años)	“separación- individuación”	La primera subfase es la de “diferenciación”, en esta ocurre una ruptura del cascarón; comienza a experimentar la separación-individuación cuyos inicios se observan cuando el niño, al ser cargado trata de separarse de la madre buscando verla a distancia.
Segunda subfase	“ejercitación locomotriz”	se ha formado un vínculo específico con la madre existiendo la diferenciación corporal entre ambos.
Tercera subfase	“acercamiento”	aquí el niño tiene una gran necesidad de amor objetal en vista que su conciencia incipiente de la separación lo hace tener deseos que no siempre concuerdan. Se observa en el niño una gran necesidad por compartir sus habilidades y experiencias con la madre.
Cuarta etapa (2 a 3 años)	“consolidación de la individuación y comienzo de la constancia objetal”	El niño es más capaz de aceptar el alejamiento de la madre, aumentando el interés por los otros.

Partiendo de esta teoría, Mahler explica la etiología de las psicosis y en este caso particular, de las psicosis con mecanismos de mantenimiento predominantemente autistas, se encuentra en las fases presimbióticas y simbióticas del desarrollo del niño, con esto ubica el inicio durante el primer año de vida del niño.

Postula que la parte central del trastorno en la psicosis infantil es un defecto en la utilización intrapsíquica del niño de la compañera materna durante la fase simbiótica y su inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno para su polarización.

De acuerdo con esta autora, la existencia de un defecto constitucional del yo en el niño crea una especie de círculo vicioso de relación patológica entre la madre y el niño, situación que propicia que la madre reaccione de manera nociva hacia la necesidad de separación e individuación del niño.

En resumen, para Mahler el autismo es una defensa psicótica contra la falta de la necesidad básica de la siombiosis con su madre, por lo que se concibe como una respuesta, una armadura contra el temor del contacto humano.

La definición de autismo de la Asociación Nacional para niños Autistas, 1980 (en pardo, 1990) es la siguiente:

"Es un trastorno evolutivo irreversible que inhabilita el normal desarrollo intelectual y emocional de la persona y que generalmente se manifiesta en los primeros tres años de vida. Ocurre en aproximadamente 5 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más frecuente en los varones que en las niñas."

La Asociación de Padres de Niños Autistas (APNA) define al autismo como una de las más graves alteraciones del desarrollo, la conducta y la comunicación en la primera infancia.

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de autismo infantil.

El DSM-IV da el siguiente criterio de diagnóstico para el trastorno autista:

-Criterios para el diagnóstico de f84.0 Trastorno autista (299.00)

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos(p.ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos(p.ej., sacudir o girar las manos dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil. (1)

(1)Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1995

Temple Grandin escritora del libro "Emergence labeled Autistic", que para la traducción en español lleva el nombre de "Atravesando las puertas del Autismo". En el cual ella por ser una persona autista relata sus experiencias y define al autismo de la siguiente manera:

"El autismo es un desorden del desarrollo. Un defecto en el sistema que recibe la información sensorial, el cual, causa que el niño sobre-reaccione con algunos estímulos y deje de reaccionar con otros. El niño autista., generalmente se aleja del medio que lo rodea y de la gente que hay en él, para bloquearse y aislarse de los estímulos que le llegan. Autismo es una anomalía de la niñez que separa al niño de las relaciones interpersonales. El no sale a explorar el mundo que lo rodea, sino que se queda en su propio mundo interno." (Grandin 1986).

Una de las definiciones más utilizadas en la actualidad, es la proporcionada por el Dr. Carlos Marcín (1991), fundador y director de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del desarrollo A.C. (CLIMA A.C.) quien lo define como:

"Trastorno profundo del desarrollo que afecta o limita la capacidad para captar la realidad a través de los sentidos, por lo que esto genera una falla para estructurar un esquema o representación mental veraz y objetiva de la realidad, teniendo una consecuencia en los procesos cognoscitivos y manifestaciones en la conducta que se expresan en una forma inusual de relación afectiva". (Marcín 1991).

Según la época y la teoría a la que pertenecen, los diferentes autores dan diferentes definiciones de lo que es el autismo, sin embargo coinciden de manera global en algunos puntos como: Es un desorden del desarrollo que se manifiesta durante los primeros 30 meses de vida y se caracteriza por la inhabilidad del niño para comunicarse y relacionarse con otras personas, así como también consigo mismo, y a las situaciones que se le presentan.

CLASIFICACIONES

R. de Villard (1986) propone una clasificación del autismo infantil precoz. La clasificación propuesta se divide de la siguiente forma:

1.- Las psicosis autistas perceptivas precoces que se dividen en:

- 1) Psicosis autistas perceptivas precoces habituales
- 2) Psicosis autistas perceptivas precoces severas
- 3) Psicosis autistas perceptivas ligeras

2.- Los síntomas psicóticos añadidos a una afección preexistente

3.- Las prepsicosis

Psicosis Perceptivas Precoces.

1) Psicosis autistas perceptivas precoces habituales

Son las que describió L. Kanner con toda su sintomatología por primera vez, como serían:

La soledad Autista; con respecto a la "Soledad autista" dice Kanner:

"El trastorno principal, fundamental es la incapacidad que tienen estos niños, desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con las personas y situaciones.

Hay, desde el principio, una extrema soledad autista por la que el niño, siempre que es posible, desatiende, ignora, excluye todo lo que viene desde fuera.

Tiene buena relación con los objetos; le interesan y puede jugar con ellos, feliz durante horas..., pero la relación con las personas es completamente diferente... Una profunda soledad domina toda su conducta." (L. Kanner 1943).

Otro rasgo cardinal denominado por Kanner "deseo de invarianza":

"Los sonidos y movimientos del niño, todas sus actividades, son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontáneas. La conducta del niño se rige por un deseo ansiosamente obsesivo de mantener la invariancia..."

Respecto a los "islotes de capacidad"

"El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la excelente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, la fenomenal memoria mecánica de poemas y nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indican la existencia de una buena inteligencia." (L. Kanner 1943).

2) Psicosis autistas perceptivas precoces severas:

Se presentan de dos maneras:

a) Las psicosis autistas perceptivas precoces severas cerradas:

-Las alteraciones se presentan de una manera más intensa comienzan a manifestarse los síntomas hasta los seis u ocho meses.

-La organización autista es rápida e intensa, el retraimiento es impotrante. La ausencia de contacto con las personas y con los objetos es evidente, persistente y tenaz, carece de sonrisa.

-El aprendizaje del lenguaje esta perturbado, entre los dos y cuatro años pueden llegar a decir una palabra, pero aparecerá una jergonofasia más o menos permanente, solo utilizan sonidos guturales.

-Son sensibles a la música, participando primordialmente a través del balanceo.

-Sus estereotipias aparecen muy pronto y son de suma importancia a nivel de manos y dedos.

-Los berrinches son frecuentes e incomprensibles. En crisis algunos se autoagreden.

-La evolución es más larga y ardua, los aprendizajes son difíciles de alcanzar.

b) Las psicosis autistas perceptivas precoces asociados a un retraso mental:

-Son muy semejantes a la psicosis clásica. No presentan dificultades durante los primeros cuatro o seis meses.

-Son hipotónicos, tienden a dormir en demasía.

-El desarrollo motor es más lento, en el sostenimiento de la cabeza, la adquisición de la marha y la posición sedante.

-En apariencia el niño es más pesado, menos esbelto, su mirada es ausente.

-En ocasiones se observan pequeñas malformaciones, sobre todo en la cabeza y las manos.

-Pueden existir enfermedades nasales que favorezcan la existencia de anoxia.

3) Psicosis autistas precoces con formas ligeras:

-Los síntomas iniciales son mucho menos claros, incluso en ocasiones no se dan. El lenguaje aparece en muchos casos, pero la alteración perceptiva es la misma.

-Abarca las psicosis simbióticas y deficitarias.

-No tienen la posibilidad de acceder a una imagen mental de tipo simbólico. Su evolución es muy buena.

El elemento autista no aparece o aparece poco, es sustituido por la necesidad de inmutabilidad.

- El lenguaje no pasa de ser estereotipado.
- Sus síntomas precoces están presentes, pero son menos intensivos y diferentes: Existe un retardo en el desarrollo psicomotor; necesidad de mantener alguna cosa permanente, que todo este en su lugar; cuando se le mantiene demasiado tiempo en brazos se escapan; les llama la atención ciertos objetos.
- Estos síntomas son nítidos en las formas y tienen la ventaja de aparecer fuera de cualquier contexto autista. El comportamiento autista es mucho más ligero. A veces tienen una mirada normal, el contacto existe aunque es más tenue.
- La angustia es visible; tienen reacciones inesperadas, imposibilidad de imaginar y simbolizar.
- La evaluación de estas formas ligeras se distingue por: su sintomatología (el lenguaje se presenta más rápido); en su desencadenamiento (falsas formas de latencia); y en sus secuelas (psicosis deficitarias).
- Los síntomas en un principio se consideran poco importantes, existe primero un aprendizaje ecológico y posteriormente de repetición, existen procesos de imitación los cuales se dan en forma retardada.
- Tienen una cierta necesidad de inmutabilidad, cualquier cambio implica una carga de trabajo muy grande. Memorizan día con día los hechos sin darles una simbolización, por lo cual al haber un cambio su sistema de orientación se derrumba.
- La evolución es muy buena pero alcanza su punto máximo entre los 12 y 14 años, ya que las estructuras escolares siguientes no le permiten una adaptación normal.

2) SINTOMAS PSICOTICOS AÑADIDOS A UNA AFECCION PREEXISTENTE

El niño afectado por una encefalopatía debido a una anoxia neonatal grave presentará en sus tres primeros años un déficit mental importante y a veces síntomas psicóticos. Estos síntomas psicóticos desaparecen muy pronto en cuanto alguien se ocupa de ellos y permite la aparición de la alteración real debida a la encefalopatía. el riesgo de separación demasiado precoz del medio familiar es importante, puesto que con frecuencia origina un agravamiento o una imposibilidad de superar la alteración.

3) LAS PREPSICOSIS

Las prepsicosis, en la actualidad bien definidas, son fundamentalmente diferentes de las psicosis perceptivas precoces. El límite es preciso entre los 6 y 8 años. Todo descansa en la posibilidad de acceder a la simbolización, a la imaginación, al fantasma, que les invade y están en el origen de sus alteraciones, todo ello acompañado de un desarrollo del lenguaje relativamente normal, en tanto que para el niño psicótico es imposible acceder a la simbolización.

A continuación se presentara un cuadro que en resumen plantea las psicosis autistas perceptivas precoces.
(De Villard 1986).

TABLA III. LAS PSICOSIS AUTISTAS PERCEPTIVAS PRECOCES.

3 o 4 casos cada 10,000 nacimientos
3 niños por cada niña
en todas las razas,
en todos los medios socioeconómicos, intelectuales o afectivos.
la afección es más grave en las niñas,
las alteraciones existen desde el nacimiento, de manifestación variable,
probablemente de origen multifactorial.

1. LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ HABITUAL

El retraimiento autista:

- ausencia de comunicación,
- aislamiento,
- ausencia de relación afectiva,
- indiferencia,
- desinterés paradójico,
- mirada periférica.

Necesidad de inmutabilidad:

- ritos: acostarse, vestirse, alimentación,
- comportamientos de exploración.

Los estereotipos:

- ritmias

Retraso del lenguaje.

Aspecto inteligente:

- gracioso,
- ejecuciones físicas paradójicas
- manipulaciones precisas.

2. LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ SEVERA

El retraimiento autista:

- precoz y más grave,
- más importante y cerrado.

La necesidad de inmutabilidad:

- es menos clara o no existe.

Los estereotipos y las ritmias:

- son muy importantes,
- autoagresión

Ausencia de lenguaje.

Aspecto menos esbelto, más grotesco:

- malformaciones,
- un retraso motor global,
- antecedentes neonatales
- afecciones sobreañadidas: epilepsias.

3. LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ LIGERA

Comienzo aparentemente más tardío.

El retraimiento autista:

- es poco importante o imperceptible.

Angustia grave en su vertiente física.

La necesidad de inmutabilidad:

- es muy clara e impotrante,
- con personas y objetos.

Los estereotipos son particulares:

- más localizados,
- las ritmias más raras.

El lenguaje aparece tardíamente:

- pero más fácilmente
- a veces casi con normalidad.

Aspecto general normal.

Otra de las clasificaciones que no se puede dejar pasar es la de Frances Tustin quien divide al autismo de la siguiente manera:

- 1.- Autismo primario normal
- 2.-Autismo primario anormal
- 3.-Autismo secundario encapsulado
- 4.-Autismo secundario regresivo

Sus fundamentos se basan en un síntoma que existe en el neonato, habla de una ausencia en la "nutrición correcta" o "carencia de poder utilizarla": el niño tiende a una regresión a un estadio en el que esta dominado por la sensación.

Una de las clasificaciones utilizada con mayor frecuencia en la actualidad por clínicos e investigadores contemporáneos, es sin duda la propuesta por DeMyer y Churchill en 1971, ya que describe con claridad los diferentes niveles cognitivos del niño autista, cabe mencionar que estos niveles son los más utilizados en la clínica hoy en día; mencionado en DeMyer (1975) y lo clasifican como:

- 1.-subnormales
- 2.-Nivel funcional alto
- 3.-Nivel funcional medio
- 4.-Nivel funcional bajo

1.-**SUBNORMALES:**

Desorden de aprendizaje general o específico.

Relación con los Adultos:sobredependiente, retraído, como niños pequeños.

Comunicación no verbal y Lenguaje: Puede haber ausencia de lenguaje; si existe es utilizado para comunicarse. Si no existe lenguaje, pueden hacer pantomimas de acuerdo con su edad mental.

Utilización del cuerpo y juguetes: Adecuado a su edad mental: repetitivo, los utilizan muy poco.

Pruebas de inteligencia: Variable.

2.- **NIVEL FUNCIONAL ALTO:**

Los síntomas aparecen antes de los 3 años de edad.

Relación con los adultos: Retraído la mayor parte del tiempo, poca respuesta ante el afecto. No muestra gestos de afecto. Relación extraña: fusional y retraído.

Comunicación no verbal y Lenguaje: No presenta lenguaje comunicativo, únicamente palabras aisladas. Puede haber ecolalia. Utiliza únicamente simples signos no verbales.

Utilización del cuerpo y juguetes: Ausencia de juego simbólico.

Pruebas de inteligencia: La edad mental de ejecución es mayor que la edad mental verbal. Existe por lo menos una sub-escala que destaque más que el resto. C.I. -Deficiencia mental media.

3.- NIVEL FUNCIONAL MEDIO:

Inicio en el primer año de vida.

Relación con los adultos: Retraído la mayor parte del tiempo, poca respuesta ante el afecto. No hace gestos de afecto. Relación extraña: fusional y retraído.

Lenguaje y comunicación no verbal: No hay lenguaje comunicativo, únicamente una que otra palabra, Puede haber ecolalia. Únicamente simples signos no verbales.

Utilización del cuerpo y juguetes: Igual que en el nivel funcional alto. Ausencia de juego simbólico.

Pruebas de inteligencia: Igual que en el nivel funcional alto, excepto que la edad mental de ejecución es mayor que la edad mental verbal. Existe por lo menos una sub-escala que destaque más que el resto. C.I. - Deficiencia media.

4.- NIVEL FUNCIONAL BAJO:

Inicia temprano, a los 6 meses.

Relación con los adultos: Severo retraimiento, conductas adaptativas inferiores a su edad.

Comunicación no verbal y Lenguaje: No hay lenguaje verbal. Lenguaje ausente. Desarrollo cognitivo sensoriomotor.

Utilización del cuerpo y juguetes: Igual que en el nivel funcional medio.

Pruebas de inteligencia: Ambas escalas verbal y de ejecución son bajas, no sobresale en ninguna sub-escala. Es poco más favorable la ejecución de movimientos motores gruesos. etiología probablemente orgánica, C.I. -Deficiencia mental severa.

CAPITULO III

INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AUTISMO:

FORMAS DE ABORDARLO.

Evaluación

Para definir evaluación es necesario citar a Mc. Reynolds (1968), quien la define como: "Utilización sistemática de varias técnicas especiales para poder tener un mejor entendimiento de un individuo, grupo o sociedad."

La metodología utilizada para evaluar es la encargada en ayudar a formular la comprensión del individuo y su patología, para poder llegar al plan de tratamiento basado, en la información que se obtiene de la evaluación misma.

En este rubro, cabe señalar los diversos instrumentos diseñados y utilizados para evaluar el funcionamiento, lingüístico, intelectual y social de las personas con autismo, así como algunos de los métodos utilizados para determinar la sintomatología autista.

Métodos para identificar la sintomatología autista

Los más utilizados son: Rimland's Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children (E-2); de Rutter, Rutter, Dratman, Fraknoi, y Wenar "Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children"; de Freeman, Ritvo, Gutthrie, Schroth y Ball "Behavior Observation Scale for Autism"; Schopler, Reichler, Devellis, y Daly "Childhood Autism Rating Scale". Todos y cada uno de éstos instrumentos son confiables y válidos.

Los instrumentos más utilizados en los Estados Unidos y ahora también en México y el resto del mundo, es: "Childhood Autism Rating Scale" (CARS) de Schopler et al y "Behavior Observation Scale" (BOS) formulada por Freeman et al. Estas dos escalas están basadas en el comportamiento del individuo.

Childhood Autism Rating Scale (CARS).

Se basa en el criterio original de autismo de Kanner. Esta compuesto de 15 escalas abarcando áreas como impedimento de las relaciones humanas, resistencia al cambio, y comunicación verbal y no verbal. Cada una de las 15 escalas está descrita en el instrumento, acompañado de ciertas situaciones para poder observar las reacciones ante las mismas.

El observador califica la reacción del niño en una escala del "1" (no hay índice de anormalidad) al "4" (severa anormalidad). Sin embargo factores como intensidad, frecuencia y duración de ciertas conductas, Así como la edad pueden influenciar en el puntaje otorgado.

En el "CARS" los totales pueden oscilar entre 15 y 60. El diagnóstico de autismo severo se utiliza para aquellos niños cuyas puntuaciones de 3 ó más en 5 o más de las 15 subescalas. Aquellos que obtengan una puntuación de 30 a 36 se caracterizan por autismo medio o moderado. Los puntajes obtenidos menores a 30 se caracterizan por no ser autistas.

Parks, (1983) menciona El "CARS" es un instrumento válido y confiable, sin embargo requiere de amplia experiencia y un dominio perfecto del instrumento.

Behavior Observation Scale (BOS).

Este es otro método de evaluación para niños autistas, realizado por Freeman et al, recientemente revisado por los autores quienes le cambiaron de nombre a "Real Life Rating Scale" (RLRS). El principal propósito de esta revisión fué elaborar un instrumento que se pueda aplicar a pacientes con cualquier grado de severidad, así como observar a los pacientes en su medio natural.

El RLRS contiene 47 comportamientos específicos agrupados en cinco áreas o subescalas: comportamiento sensoriomotor, relaciones sociales con la gente, respuestas sensoriales y lenguaje. Cada comportamiento es calificado en una escala del "0" (nunca demuestra este comportamiento) al "3" (casi siempre muestra este comportamiento).

Las observaciones están basadas en un periodo de observación de 30 minutos, las cuales deberán obtenerse por lo general en el mismo lugar, a la misma hora y el mismo día de la semana.

Los comportamientos individuales son definidos operacionalmente y clasificados por observadores que no sean profesionales. por ejemplo, mover los brazos, las manos y los dedos.

La ventaja del CARS y el RLRS, es que están basados en la observación directa. Cuando estos instrumentos son combinados con una historia detallada del desarrollo del niño se puede obtener una visión muy completa de los síntomas.

Lista de verificación diagnóstica para niños con trastornos de conducta: Formulario E-2.

El propósito de la Lista de Verificación Diagnóstica Formulario E-2 es distinguir entre los casos de autismo infantil precoz (AIP, también conocido como autismo clásico o síndrome de Kanner) y el grupo más amplio de niños a los que se denomina "autistas", "esquizofrénicos", "de tipo autista", etcétera. Sólo un 10 por ciento aproximadamente de los niños a los que se les denomina de manera imprecisa "autistas" o "de tipo autista" pueden encuadrarse en el síndrome estrictamente definido AIP que describió Kanner en 1943.

A continuación se presentan de manera clara y concreta, una serie de puntos, que nos explica el manejo y el funcionamiento de la Lista de Verificación Diagnóstica, citando a Grandin y Scariano (1986).

"El Formulario E-2 debe ser llenado por los padres del niño. Como en muchos casos los patrones de conducta de los niños que padecen autismo o trastornos similares comienzan a cambiar de forma acentuada a partir de los cinco años, todas las preguntas incluidas en el Formulario E-2 están relacionadas con la conducta, el aspecto, la historia clínica etcétera, del niño desde el nacimiento hasta los seis años. La conducta del niño después de los seis años tiene un valor diagnóstico muy inferior.

El formulario E-2 debe utilizarse para identificar casos de AIP, principalmente con fines de investigación biológica; es decir investigación bioquímica, citogenética, electroencefalogramas, medicamentos, etc. En la investigación biológica es importante conocer el diagnóstico exacto del niño. Diferenciar los casos de síndrome de Kanner del grupo más amplio de casos de autismo interesa principalmente a los investigadores, ya que se han descubierto algunas diferencias metabólicas entre el síndrome de Kanner y otros tipos de autismo.

El formulario E-2 NO está destinado a establecer si un niño es autista o no los fines de su admisión en un programa educacional o de rehabilitación. La educación especial es provechosa prácticamente para todos los niños calificados de autistas, esquizofrénicos, etc. Por lo tanto, el Formulario E-2 no es un instrumento que pueda usarse válidamente para decidir sobre la admisión de niños en programas escolares.

Para determinar si un niño padece autismo infantil precoz, en el Formulario E-2 se aplica un sistema de puntuación semejante al de un test (3). Por cada pregunta (signo o síntoma) característica del AIP se suma un punto, y por cada pregunta a la que se responde en sentido no-AIP se resta un punto.

El "puntaje" total del niño es la diferencia entre su puntaje positivo (AIP) y su puntaje negativo (no-AIP) . Se obtienen tres puntajes:

a) Puntaje de comportamiento autista: indica el grado en que la conducta del niño se asemeja a la de un niño que padece AIP clásico. Los puntajes de conducta están comprendidos entre -35 y +40.

b) Puntaje de habla: indica el grado en que el patrón de habla del niño se asemeja al de un niño con AIP. Un puntaje de +6 ó superior indica que el habla del niño es muy semejante a la de un niño que presenta el síndrome de Kanner. Los niños que no hablan (aproximadamente la mitad de los autistas) obtienen un puntaje próximo al cero en la escala del habla. Los puntajes de habla están comprendidos entre -10 y +14.

c) Puntaje total: es la suma de los puntajes de habla y conducta. todo puntaje superior a +20 indica que el niño es probablemente un caso de AIP clásico. Sólo un diez por ciento aproximadamente de los niños llamados "autistas" obtienen un puntaje total superior a +20. Varios estudios han demostrado que hay importantes diferencias bioquímicas entre los niños que obtienen un puntaje total superior +20 y los que obtienen un puntaje inferior. La Lista de verificación Diagnóstica E-2 fue creada con el propósito de facilitar esta investigación. Los puntajes totales estan comprendidos entre -40 y +45. Un puntaje bajo o negativo en cualquiera de las tres escalas significa que los patrones de habla y conducta del niño difieren de los de un niño con AIP clásico. No significa que el niño no sea "autista" en el sentido en que la palabra se usa habitualmente, como tampoco que no reúna los requisitos o no tenga derecho a participar en un programa escolar destinado a niños autistas." (tomado en Grandin, y Scariano 1986).

Instrumentos para medir habilidades Intelectuales:

Muy a menudo se ha clasificado a los niños y adolescentes autistas como imposibles para aplicarles pruebas, lo cual se origina en que el examinador trata de utilizar una prueba inadecuada mas que por la inhabilidad del examinado para resopnder puntos específicos de las pruebas.

Dado que la mayoría de los autistas oscilan en la escala de deficiencia mental, es necesario seleccionar una prueba para personas que se encuentren por debajo de su edad cronológica. La prueba debe, a su vez, ser apta a los requisitos del lenguaje del niño.

Es sabido que uno de los principales síntomas del autismo son los problemas en el desarrollo del lenguaje, por lo tanto, es necesario utilizar pruebas diseñadas para niños con problemas de lenguaje. Algunos ejemplos son : "Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude" y el "Leiter International Performance Scale".

El "Leiter International Performance Scale" es una prueba diseñada originalmente para niños sordos de 3 a 18 años de edad. Requiere que el niño demuestre un entendimiento de conceptos básicos tales como color, números, asociación de figuras, y poner cubos en la secuencia correcta; con esta prueba se obtiene el mejor estimado de habilidades mentales sin estar contaminado por las habilidades de lenguaje.

Otra prueba que se utiliza mucho es el "Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude". Este fué también diseñado originalmente para niños sordos de 3 a 16 años de edad. No requiere del lenguaje para su aplicación y contiene un formato muy estructurado.

Se diferencia del Leiter en el aumento de varios subtest que incluyen habilidades de imitación, memoria, y asociación. No proporciona el score de CI pero da la edad mental.

Evaluación el funcionamiento de lenguaje:

Como complemento a las pruebas cognitivas, la medición de las capacidades lingüísticas es necesario para obtener una visión completa de las personas con autismo.

Los principales problemas de lenguaje que presentan los autistas se encuentran dentro de las esferas semánticas y pragmáticas. Hasta la fecha no existe instrumento alguno que mida los problemas de lenguaje específicos del autismo. La mayoría de los instrumentos disponibles están diseñados para medir el desarrollo fonológico y sintáctico, áreas que son el problema central del autismo.

Muchos autores han utilizado el "Peabody Picture Vocabulary Test" o el "Carrow Test for Auditory Comprehension of Lenguaje". Estas pruebas están limitadas ya que miden principalmente la comprensión receptiva de palabras y oraciones simples, están basadas en un formato de respuestas simple y repetitivo de señalar un dibujo de la respuesta correcta. Las personas que no reconocen los dibujos como símbolos tienen dificultades para responder la prueba.

Mayfield et al (1987) desarrolló una lista que mide las aptitudes pragmáticas más importantes como son, saludos sociales, pedir objetos deseados, protestar cuando haya algo que no nos parece, y rechazar objetos y actividades no deseadas.

TABLA IV. LISTA DE CHEQUEO PARA LENGUAJE PRAGMATICO.

(Mayfield ET AL 1987).

TIPO	INDICADORES CONDUCTUALES
1. Respuesta de Atención	cuando gesticular o verbalmente se atiende a un objeto, situación o lugar.
2. Iniciativa de atención	Intento de dirigir la atención de otra persona a un objeto, situación, o lugar.
3. Pedir objetos	El individuo solicita una acción o la continuación de una actividad interesante.
5. Pedir ayuda	El individuo obtendrá ayuda de quienes lo rodean.
6. Solicitar información	El individuo obtendrá información deseada.
7. Proveer información	El individuo dará información.
8. Respuesta de comportamientos	El individuo responde a lo que se le pide.
9. Regulación de la conducta de otros.	El individuo cambiará la conducta de otros que se encuentren en su medio.
10. Emociones	El individuo responde a situaciones de placer o displacer.
11. Expresiones sociales	El individuo saluda y se despide.

- | | |
|----------------------|--|
| 12. Experimentar | El individuo puede practicar distintas situaciones. |
| 13. Rechazo-Protesta | El individuo demostrará rechazo ante objetos y situaciones no deseadas. |
| 14. Ausencia | El individuo demostrará rechazo ante objetos y situaciones no deseadas. |
| 15. Negación | El individuo demostrará su conocimiento de un concepto abstracto, "NO", en respuesta a un comentario inadecuado o absurdo. |

* Los comportamientos antes descritos pueden darse de manera gesticular, vocal, y verbal / señalada.

Evaluación de conductas sociales:

Es probable que la característica más sobresaliente del autismo es un marcado impedimento en las relaciones sociales. Desde los primeros meses de vida, los niños con autismo muestran una falla fundamental en su desarrollo social.

En varios aspectos, los instrumentos diseñados para medir la sintomatología del autismo, proporcionan un indicador de la magnitud y severidad de la disfunción social.

Volkmar y sus colegas (1987) describen la utilización del "Survey Form of the Vineland Adaptive Behavior Scales" para obtener una medida más precisa de la conducta social. Esta forma es administrada a los padres en una entrevista con un formato semiestructurado. Se investigan cuatro áreas: comunicación, vida diaria, socialización y capacidades motoras. La categoría de socialización se puede dividir en tres sub-categorías: relaciones interpersonales, tiempo planeado y libre, aptitudes adaptativas.

De acuerdo con Volkmar et al, la ventaja de este instrumento es que está estandarizado y validado. A la vez da información de personas que están en contacto con el individuo.

En conclusión se puede decir que la evaluación psicológica en personas con autismo implica obtener una observación detallada, una entrevista estructurada, selección y aplicación de pruebas convenientes.

Obteniendo un conjunto de datos utilizados para un mejor entendimiento responsable a las familias y recomendaciones más prácticas y apropiadas para el tratamiento.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El autismo es un síndrome que no se encuentra bien diferenciado todavía, por lo que frecuentemente se le confunde con otras alteraciones como son: la esquizofrenia infantil, deficiencia mental y física, etc. Dentro de este apartado se explicaran las diferencias existentes entre el autismo y otros trastornos.

Sólo se puede diagnosticar autismo cuando aparecen, de modo simultáneo, una serie de síntomas muy diferenciados entre sí. Esta variedad sintomática hace que se produzcan frecuentes interferencias con el conjunto de problemas propios de otros cuadros clínicos. Hasta ahora, y por regla general, eran los padres afectados quienes notaban que el desarrollo de su hijo era inusual, sin que el diagnóstico de retraso hecho por el pediatra lo llegara a aclarar.

Niños autistas y niños normales.

Muchos de los síntomas del autismo infantil se pueden observar en alguna etapa de desarrollo de los niños normales. En las primeras semanas de vida, el niño se encuentra en un estado llamado "etapa normal de autismo". Esta es una etapa donde el mundo del niño gira sobre si mismo y reacciona en base a sus percepciones subjetivas, por lo cual podría confundirse con el autismo, del cual se diferencia ya que esta etapa es pasajera dando fin en el momento en que el niño empieza a reaccionar sobre las cosas que lo rodean.

Por otro lado, los niños normales presentan ecolalia durante alguna etapa del desarrollo del lenguaje. La diferencia importante entre los niños normales y autistas es que estos fenómenos conductuales, en lugar de ser transitorios, en el niño autista persisten por años.

Autismo y retraso mental.

La confusión del diagnóstico entre autismo y deficiencia mental es de las más comunes. Es correcto que en el niño psicótico al igual que en el deficiente mental exista un retraso en el desarrollo psicomotor.

La diferencia radica en que este retraso psicomotor en el niño debil mental es definitivo y está establecido, en cambio, el psicótico experimenta variaciones extremas y nunca es global. El niño autista mantiene su cabeza normalmente, consigue la posición sedante, sin embargo caminara más tarde, ya que no quiere desplazarse de otra manera que no sea sentado e impulsandose con los brazos. La evolución motriz es normal pero no sonríe, no habla, mientras que el niño débil tiene una evolución retrasada pero mucho más homogénea. (De Villard, 1986).

La característica más distintiva entre estas dos condiciones es el desarrollo desigual de habilidades en el niño autista, que es evidencia en la ejecución cercana a lo normal de tareas que implican memoria, habilidades poco comunes en relaciones especiales y musicales en contraste con una ejecución subnormal en las pruebas verbales.

El diagnóstico diferencial de estas dos patologías continua siendo muy difícil, ya que es del todo posible una reacción autista en el deficiente, incluso pueden coexistir una psicosis infantil y una encefalopatía.

El trastorno de la Tourette.

Es una combinación de varios tics verbales (como, por ejemplo, carraspeos, gruñidos, repetición de palabras social y personalmente desagradables) y de tics motores: actividades repetitivas y estereotipadas (como, por ejemplo, brincar, saltar, golpearse, hacer muecas, etc.) Los síntomas, que aparecen ya en la temprana infancia, se observan más a menudo en los hombres que en las mujeres. Los acompañan diversos trastornos emocionales y se agudizan en estado de estrés.

El síndrome de Rett.

Se detecta sólo en las niñas, se desarrolla entre el séptimo y vigesimocuarto mes de vida. Las características más llamativas son: regresión y pérdida de habilidades adquiridas, especialmente de la lingüística y de las manuales (se concentra exclusivamente en mover las manos como si se las estuviera lavando), respiración violenta y acelerada, masticación deficiente y tendencias regresivas típicas del autismo.

El síndrome

El concepto síndrome denomina el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad, que o se conoce por el nombre del científico que la descubrió, o recibe una denominación descriptiva como en el caso del síndrome combinado.

El síndrome de Heller.

Se caracteriza por la regresión paulatina de las funciones psíquicas; da comienzo tras un desarrollo imperceptible de dos o tres años afecta a las capacidades verbales, motoras y sociales. La pérdida de interés por el entorno, los estereotipos motores y los trastornos comunicativos son rasgos similares a los del autismo.

El trastorno hipercinético.

(con debilidad mental y estereotipos motores) se diagnostica cuando un niño presenta los tres síntomas siguientes: hiperactividad, debilidad mental moderada o grave y actividades repetitivas.

El síndrome de Asperger.

Su sinónimo, la "psicopatía autista". Definen una forma de autismo que parece que afecta ocho veces más a los niños que las niñas. (En el caso del autismo infantil precoz, la relación entre niños y niñas es de cuatro a uno). Igual que en el autismo, se desarrollan graves trastornos relacionales y de la competencia comunicativa y un ámbito limitado de intereses y actividades. El síndrome de Asperger se diferencia del autismo en que se presenta más tarde (a partir del segundo o tercer año de vida), así como un retraso en el desarrollo motor, que contrasta vivamente con el desarrollo rápido y de nivel medio superior de las aptitudes verbales e intelectuales.

El mutismo selectivo.

Es un trastorno de la comunicación que empieza en la primera infancia, desencadenado a menudo, por una experiencia de terror y que manifiesta, sobre todo, trastornos en la utilización del lenguaje. Niños extremadamente sensibles (la enfermedad afecta en proporciones iguales a hombres y mujeres) que han demostrado tener capacidades verbales actúan de manera selectiva en las situaciones sociales: conversan perfectamente con niños más pequeños o con animales que se muestran de acuerdo con todas sus manifestaciones.

Antes de emplear su capacidad verbal, tienen que tener la impresión de que su silencio ha sido entendido. Los problemas de comunicación de algunos niños autistas pueden presentarse también en forma de mutismo selectivo o total.

El trastorno hiperactivo de la conducta social.

Es el diagnóstico de una combinación de problemas que incluyen trastornos de la atención, hiperactividad y trastornos de la conducta social (ataques de ira, huidas y agresividad). Este diagnóstico sólo es adecuado si los síntomas persisten por lo menos seis meses y no son parte de la sintomatología de un trastorno más grave del desarrollo.

La esquizofrenia infantil.

Es un trastorno poco frecuente que afecta a la relación con la realidad y se manifiesta en la reducción de los vínculos con el mundo. Al igual que en el autismo, el miedo tiene una importancia fundamental. La falta de relación emocional y afectiva, los cambios de humor repentinos y violentos, el lenguaje monótono, la creación de palabras y la limitación de intereses son algunos de los síntomas que coinciden con los de los autistas.

Resulta problemático diferenciar el autismo precoz de la esquizofrenia infantil, porque los rasgos distintivos de esta última se manifiestan en estadios posteriores y consisten en manías (difícilmente comparables) y alucinaciones, y en un proceso que sólo retrospectivamente se evidencia como diferente al autista.

La respuesta a los diferentes tratamientos parecen discriminar entre el autismo y la esquizofrenia infantil. La esquizofrenia responde mejor al tratamiento psicofarmacológico; por otro lado el autismo, responde mejor a los tratamientos de modificación de conducta. (Pardo, 1991).

F. Tustin (1984). Propone notables diferencias entre el autismo y la esquizofrenia infantil. Las características más importantes que apunta son:

- En la esquizofrenia los síntomas graves son posteriores a un periodo de normalidad; en el autismo el retraimiento comienza desde la primera infancia.
- En la esquizofrenia, en el periodo pre-esquizofrénico el niño es muy fácil de cuidar; en el autismo puede existir una historia temprana de gritos y rabietas.
- En la esquizofrenia, cuando se les toma en brazos los niños se amoldan como arcilla; en el autismo los niños tienen los cuerpos tiesos y con escasa capacidad de respuesta.

- En la esquizofrenia, el contacto es patológicamente "invasor"; en el autismo, evitan todo tipo de contacto con las personas.
- En la esquizofrenia existe juego de fantasías primitivo y confuso; en el autismo no esta presente el juego de fantasía.
- En la esquizofrenia el niño arrastra las palabras y tienen un lenguaje confuso, monótono o tedioso en el autismo el niño puede permanecer mudo o presentar lenguaje ecolálico.
- En la esquizofrenia los movimientos son sueltos, faltos de coordinación y torpes; en el autismo los movimientos del cuerpo son ágiles y de los dedos son diestros.
- En la esquizofrenia existe falta de sensación común en las extremidades, en el autismo puede faltar sensibilidad en los dedos de la mano o el pie.
- En la esquizofrenia no se muestran fascinados por los objetos mecánicos; en el autismo se fascinan por los objetos mecánicos y perseveran en el uso de los objetos autistas.
- En la esquizofrenia los niños estan confundidos; en el autismo los niños optan por apartarse del mundo.

El síndrome de Landau Kleffner.

Es una afasia adquirida (una regresion de capacidades verbales desarrolladas), producida por convulsiones (por inflamación) del cerebro. El trastorno se da entre el tercero y séptimo año de vida (raras veces antes o después). La capacidad de hablar y de entender el lenguaje se pierde en cuestión de meses, semanas o incluso días. A las dificultades comunicativas se unen trastornos emocionales y relacionales, por lo que las formas de comunicación no verbal pueden aportar una compensación muy necesaria. Sin embargo, la inteligencia no se ve afectada. Un tercio de los niños afectados pueden recuperarse totalmente.

El trastorno del lenguaje receptivo.

Se denomina también "afasia receptiva del desarrollo" o "afasia Wernicke". Es un trastorno del desarrollo relativo a la comprensión verbal (no está desencadenado por problemas auditivos), que se manifiesta entre los dos y los siete años de edad. Algunos síntomas se desarrollan de la misma forma que en el autismo:

hiperactividad, trastornos de la atención y de la adaptación social, contacto ausente o deficiente con niños de la misma edad, limitación de intereses, trastornos del lenguaje y ecolalia. La inteligencia no se ve afectada. Al contrario que en el autismo, sí hay interés manifiesto por la interacción social y por la comunicación no verbal.

El trastorno del lenguaje expresivo.

Se inicia a la edad de dos o tres años con un retraso en el desarrollo verbal y, posteriormente, sigue manifestándose en la dificultad generalizada para construir y utilizar palabras o frases. Para llegar a este diagnóstico es imprescindible que la capacidad auditiva no esté por completo afectada. Ni la inteligencia, la capacidad de escribir, ni los intereses sociorrelacionales y comunicativos se han visto mermados. Los niños con deficiencias en la expresión verbal intentan (al contrario que los niños autistas) sustituirla mediante la gesticulación, la mímica y expresiones fonéticas propias.

Autismo y psicopatía autista.

El Dr. Van Krevelen (en pardo, 1990) describe las diferencias básicas entre estas dos enfermedades:

AUTISMO

1) Manifestación:

Primer año de vida

2) El niño camina antes de hablar, el lenguaje es retardado o ausente.

3) El lenguaje no tiene función comunicativa.

PSICOPATIA AUTISTA

1) Manifestación:

Tercer año de vida o más tarde.

2) El niño aprende a caminar tarde y habla primero.

El lenguaje es comunicativo, aunque sólo es expresivo.

A pesar de todo el diagnóstico del autismo sigue siendo muy difícil ya que los síntomas no son siempre universales, en la actualidad se encuentran muchos profesionales que no saben evaluar y diagnosticar correctamente diferenciando al autismo con otras patologías que tienen síntomas parecidos. Sin embargo el diagnóstico correcto así como la evaluación, es primordial para poder recurrir al tratamiento acertado.

La terapia del autismo

Durante la historia del autismo se han utilizado diferentes tratamientos terapéuticos. La tendencia actual es emplear los métodos educacionales, ya que éste estructura el desarrollo de las habilidades, y ha probado su buen funcionamiento con los niños autistas.

De manera incesaria, han surgido diferencias en cuanto al énfasis en distintos aspectos del trabajo con niños autistas, así como en su tratamiento, y la búsqueda de su etiología y la manera de prevenirlos. Tomando la perspectiva histórica, cabe recordar una orientación que el tiempo ha probado: para cualquier enfermedad los síntomas deben ser tratados mientras se busca la causa. Esto quiere decir, que los esfuerzos totales en el campo del autismo deben dedicarse a proporcionar una terapia para tratar los problemas inmediatos, además de continuar con los enfoques globales que se centren en el estudio de la causalidad.

En la actualidad, los diferentes tipos de terapia que se emplean están enfocados a los síntomas específicos o a fomentar el crecimiento adaptativo del sujeto. Las diversas formas de terapia pueden dividirse en cuatro grupos principales: a) terapias relacionadas con aspectos intrapsíquicos, b) terapias en relación con aspectos bioquímicos, c) terapias relacionadas con la modificación de la conducta, y d) terapias que se basan en el desempeño de los padres como terapeutas.

ASPECTOS INTRAPSIQUICOS

Un considerable número de trabajadores en este campo aún piensan que además de que el niño autista está en desventaja desde el momento de su nacimiento, el entorno no satisface sus necesidades especiales. Este tipo de terapia no es representativa del trabajo actual con niños autistas.

Entre los principales exponentes del grupo que destacan las causas ambientales se encuentra Bruno Bettelheim, quien considera al autismo como un alejamiento de un mundo rechazante y frustrante hacia una posición de ira. No se trata de que el niño autista no pueda relacionarse con los demás o sea incapaz de lograrlo, sino que más bien en esa fachada de vacío se esconden ira y odio. En cuanto a la terapia (Bettelheim 1967, 1974) defiende la situación de los pacientes en su Escuela Ortogenética en Chicago, donde personal joven está disponible casi constantemente para proporcionar apoyo y seguridad, brindando además terapia de juego, que pueda ayudar al niño autista a renunciar a su aislamiento.

Esta orientación analítica se basa en la idea de que una vez descubiertos y elaborados los mecanismos del niño, éste podrá relacionarse con su terapeuta de manera normal, y entonces mejorará en todas las áreas que se estudien.

Otro grupo cuyo principal representante es Ward, considera que el autismo aparece cuando un niño vulnerable de manera innata se encuentra en un ambiente incapaz de satisfacer sus necesidades especiales. Para esto según los autores se defiende el empleo de la terapia estructural, la cual está basada en la orientación utilizada por Des Lauriers en el tratamiento de adolescentes esquizofrénicos, centrada en la estimulación del desarrollo de los procesos del yo que son deficientes. Se interrumpe la conducta estereotipada del niño, toda la furia y toda la angustia resultante de la interrupción, se dirige hacia el terapeuta, quien entonces promueve el juego constructivo, el desarrollo del lenguaje, el reconocimiento de las partes del cuerpo y otras experiencias nuevas para el sujeto.

"Este enfoque del tratamiento postula que el niño autista temprano debe ser apartado de este callejón sin salida que conforma el nivel de funcionamiento de su yo conductual, y debe ser estimulado y ayudado para que ocurra el desarrollo de su yo corporal, y finalmente debe recibir asistencia en el desarrollo de las relaciones-objeto apropiadas a su edad" (Ward, 1976, Mencionado por Paluszny, 1991).

Estos enfoques ponen énfasis en la relación con el terapeuta y, de manera secundaria, en la ayuda brindada al niño autista para que soluciones los conflictos intrapsíquicos o en la estimulación del crecimiento en las áreas en que el desarrollo psíquico se haya detenido.

A pesar de que numerosos investigadores que utilizan estos enfoques han comunicado resultados favorables, otros han sido más críticos y consideran que este tipo de terapia, que produce conocimiento, aún no ha probado su eficacia (Rutter, 1967; Bartak y Rutter 1971).

ASPECTOS BIOQUÍMICOS

Teoría de las megavitaminas

Linus Pauling (1973) (en Paluszny) sugiere una terapia ortomolecular para los pacientes psiquiátricos, la cual define como "...un tratamiento de la enfermedad mental por medio de la provisión de un ambiente molecular óptimo para la mente (cerebro), sobre todo la óptima concentración de sustancias normalmente presentes en el cuerpo humano".

Según Pauling el cerebro depende especialmente de las reacciones químicas, y por lo tanto la enfermedad mental se debe a las reacciones químicas anormales. "...la constitución genética y la dieta, y por las concentraciones moleculares anormales de las sustancias esenciales". Es por eso que el individuo puede necesitar mayor cantidad de estas sustancias esenciales para lograr un funcionamiento mental normal, pero clínicamente o con pruebas de laboratorio no es posible detectar estas deficiencias.

Dentro de estas sustancias esenciales, se encuentran ciertas vitaminas, como son el complejo B (B1, B3, B6 y B12), la biotina, el ácido fólico, y el ácido ascórbico, así como los aminoácidos esenciales y los ácidos grasos esenciales. Pauling recomendaba una terapia de megavitaminas en grandes dosis para cambiar los ritmos de reacción de las enzimas.

De acuerdo con esta teoría Rimland ha recomendado el empleo de grandes dosis de vitaminas solubles en agua para los niños autistas. Basandose en su experiencia, considera que el resultado de esta medida suele ser positivo.

Levodopa (L-dopa)

Una de las teorías etiológicas mas comunes dentro del autismo, postula niveles anormales del neurotransmisor serotonina. En esta área se encuentran muchos problemas, ya que muchos de los niños autistas tienen altas concentraciones de serotonina en la sangre. La L-dopa es una sustancia que se encuentra en el organismo de manera natural, y en el Parkinson se observa un decremento en su concentración, por lo que es empleada principalmente en el tratamiento de este trastorno. Dentro de sus efectos se encuentra la disminución de la serotonina en el cerebro.

Al emplearse el fármaco en un pequeño grupo de niños autistas, se encontró que las concentraciones de serotonina en sangre decrecieron pero no se observaron mejorías clínicas (Ritvo y colaboradores, 1971, mencionado por Paluszny, 1991).

Hormonas

La hormona tiroidea, es la que muestra mejores resultados en los niños autistas. Esta hormona es importante para la maduración del sistema nervioso central, y tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo, pueden tener efectos negativos en el desarrollo del cerebro. Muchos investigadores han utilizado la triyodotironina (T3) en los niños autistas que no mostraban hipertiroidismo o hipotiroidismo. Se encontraron mejorías estadísticamente significativas (Campbell, 1973).

Ninguno de éstos es un método probado, por lo cual todos deben considerarse experimentales. Incluso un método terapéutico puede funcionar con algunos pacientes, pero con otros no.

En el futuro quizá sea factible identificar algunos subgrupos de autismo mediante datos experimentales más cuidadosos y clasificaciones más precisas, y también determinar cual subgrupo de niños autistas es más propenso a una respuesta positiva a una modalidad de intervención médica.

Los tratamientos

Terapia de integración sensomotriz

Esta terapia fundada por A. Jean Ayres, psicóloga y terapeuta ocupacional americana. Postula que el tratamiento de integración sensorial se desarrolló para todos los niños con dificultades en el aprendizaje.

Jean Ayres, en su terapia dirigida a los niños autistas opina:

- 1) El autismo se puede explicar como consecuencia de un trastorno en la elaboración de los estímulos sensoriales. Algunas impresiones sensoriales se elaboran de manera muy débil, mientras que otras (como el contacto físico y el oído) pueden ser sentidas de manera excesiva. En el sistema nervioso central de los niños autistas no hay un equilibrio entre los impulsos nerviosos estimulantes y los inhibidores;
- 2) los impulsos que se reciben a través del órgano del equilibrio, de la piel, las articulaciones, los músculos, no llegan a la consciencia.
- 3) toda ayuda terapéutica encaminada a hacer más conscientes las impresiones sensoriales contribuye a la mejora de la cognición sensorial, de las reacciones de integración y de la conducta.

El método terapéutico de esta terapia consiste en, evitar en lo posible que el niño sea expuesto a estímulos que sobrepasen las capacidades de su sistema perceptivo y, si lo está, que sea en una dosis que le resulte fácil al niño de asimilar. Se estimulan los sentidos que perciben de manera débil con el fin de provocar reacciones de adaptación. La adaptación posibilita la integración de las sensaciones percibidas en el sistema nervioso central.

La terapia de integración sensorial, acompañada con otras terapias ofrece, buenas perspectivas para el desarrollo de las posibilidades existentes en un niño autista.

Terapia conductista del autismo

Esta terapia fundada por el pionero en utilizar un método conductista para el tratamiento de los trastornos autistas de la conducta el psicólogo americano Ivar Lovaas, quien sigue siendo fiel a sus tratamientos hasta hoy en día.

Tiene sus bases teóricas en el behaviorismo (doctrina de la conducta) americano del cambio de siglo. Los experimentos mundialmente famosos de su fundador, J.B. Watson, con ratas blancas, debían mostrar la influencia decisiva de las circunstancias externas sobre la conducta humana. Según los behavioristas, los hombres parecen ser iguales a las ratas: igualmente controlables y manipulables.

Según el modelo de Watson, los psicólogos americanos B. F. Skinner y E. L. Thorndike llevaron a cabo una serie de trabajos con ratas y palomas, llegando a la conclusión de que se puede propiciar una conducta determinada si se la recompensa con una consecuencia agradable y que, por el contrario, una conducta no deseada se produce en menor frecuencia si se la sanciona (ignorancia, castigo).

Durante un largo tiempo fueron los "trastornos en la conducta" de los niños autistas los que llamaron especialmente la atención. Es por esto que durante veinte años la mirada de los terapeutas se concentró, siguiendo el modelo americano, en la conducta deficiente de los niños autistas para, contrarrestar sus deficiencias y mejorar su integración social. La terapia conductista adaptada por Lovaas para los trastornos de los niños autistas parte de los siguientes supuestos:

- 1) El autismo no es un trastorno relacional, sino perceptivo y cognitivo.
- 2) No es necesario conocer las causas del autismo para poder tratarlo. El éxito del tratamiento consiste en fomentar conductas deseadas y en ir reduciendo las no deseadas.
- 3) También los no especialistas pueden aprender y utilizar los principios basados en el binomio premio castigo. Los efectos de la terapia pueden ser evaluados.

La observación detallada de la conducta ofrece los datos iniciales para los objetivos terapéuticos concretos. La conducta que se pretende alcanzar se descompone en pequeños pasos. A continuación se aplica el llamado "principio del condicionamiento operante", que consiste en reforzar (premiar) aquellas reacciones del niño que sean correctas (adecuadas a la conducta que se persigue), y las falsas son castigadas o, no son tomadas en cuenta.

El método prefiere indicaciones breves y concisas, porque parte del supuesto de que una comunicación abundante en palabras exige demasiado del niño autista y lo confunde. Las formas de comportamiento aisladas, pueden estructurarse en cadenas de comportamiento. Y mediante el fading (hacer desaparecer paulatinamente) de las ayudas se empezara tan pronto como se pueda.

Hoy en día, la modificación de conducta es el enfoque terapéutico principal empleado con los niños autistas. Los terapeutas deben usar los reforzadores positivos cuando sea posible, pero también los reforzadores negativos es decir, privar de un reforzador positivo o usar estímulos aversivos cuando sea necesario, especialmente para eliminar las conductas que obstruyen el trabajo más constructivo con el niño.

Hoy es esta terapia más receptiva a cuestiones sobre la etiología y las causas, las valoraciones y las relaciones de los trastornos autistas. Si se considera que el aprender y el comportarse "asintomático" son más importantes para el niño que su alegría vital y el placer que producen las relaciones, entonces no importa que se apliquen aisladamente conceptos teóricos del aprendizaje que, incluso, pueden propiciar agresiones de todo tipo.

Los padres como terapeutas

El rol de los padres, va acompañado de muchos otros roles, pero solamente la terapia formal desempeñada desde el exterior por los padres la que se abordará.

Han aparecido diversos estudios respecto al desarrollo de programas basados en el hogar que utilizan los padres como terapeutas. Aunque se han empleado diferentes nombres para tales programas- Cambio social (Kozloff, 1973). Terapia del desarrollo (Shopler y Reichler 1971), y programa básico del hogar (Howlin y colaboradores, 1973)- la mayoría esta basada en los principios de modificación de la conducta. Las percepciones de los padres del niño se determinan mediante entrevistas, cuestionarios y la observación directa. Se entrena a los padres, mediante la observación de los profesionales que explican sus técnicas, o mediante la participación directa en el proceso de entrenamiento. La atención de estas terapias generalmente se centra en la disminución de las conductas inapropiadas y la promoción del desarrollo de habilidades.

Terapia psicoanalítica del autismo

Se encuentra entre sus principales fundadores Margaret Mahler, psicoanalista americana, y Bruno Bettelheim, nacido en Viena, quien desarrolló su actividad psicoanalítica en Chicago.

Bruno Bettelheim no descarta un trastorno prenatal del desarrollo como factor etiológico, cree, sin embargo, que el autismo es un trastorno emocional que podría resolverse mediante un tratamiento psicoanalítico oportuno y consecuente. Estos puntos de vista se vieron confirmados por las investigaciones llevadas a cabo, en el marco de la psicología evolutiva, por René Spitz, que demostraron que una falta de atención y de estimulación por parte de la madre mermaba gravemente el desarrollo emocional e intelectual del niño. Pero Bettelheim, no prestó atención a los resultados de las investigaciones hechas en torno a los problemas de la función cerebral de los niños autistas, que rebatían su teoría general del trauma emocional.

Mahler, en cambio, entendía los problemas autistas relativos a la interacción social de una manera más acorde con la realidad y no insistía, de manera tan inflexible, en una explicación etiológica unilateral. Su terapia psicoanalítica parte de los siguientes principios:

- 1) Los niños atraviesan por tres fases en su desarrollo: una de autismo primario normal; otra simbiótica; y una tercera, de separación e individuación. El autismo infantil precoz no es sino la fijación en la primera fase de autismo primario normal fuera del seno materno.
- 2) El organismo infantil en un estadio primario del desarrollo se ve afectado de modo que la madre no es percibida por el niño como ayuda y, por lo tanto, no se produce la llamada simbiosis defensiva. Sólo hay un desarrollo adecuado cuando se vive y se supera la fase simbiótica.
- 3) El autismo funciona como un mecanismo que sirve, por un lado, para protegerse de los estímulos de un mundo diverso y vivo y, por otro, para defenderse de las reacciones emocionales que exige la interacción social. La terapia psicoanalítica ayuda a transmitir sentimientos y sensaciones corporales, elaborar relaciones con los objetos y afianzar las funciones del yo.

El terapeuta se ofrece como compañero simbiótico e intenta convertirse en un sustituto de la madre. Si el niño rechaza las ofertas de contacto directo con las personas, la tarea del tratamiento consistirá entonces, en sacarlo de su encapsulamiento autista, mediante música, actividades rítmicas y estimulación placentera de los órganos sensoriales.

En la segunda fase del tratamiento, para posibilitar al niño autista el paso por etapas del desarrollo perdidas, el terapeuta tiene que realizar una función sustitutoria en la que él, sobre todo en la elaboración de fases de desarrollo previas, se ofrece como un "yo de ayuda".

La tarea terapéutica consiste no sólo en concesiones y ofertas de ayuda-tanto a la hora del paso por una fase como la de la comprensión de una experiencia traumática-, sino que además, debe proteger al niño de la inundación de estímulos externos e internos. Esta protección se logra mediante la concentración en acciones conjuntas y los descansos suficientes durante el tratamiento. Aunque el tratamiento se centra fundamentalmente en la elaboración de dificultades emocionales, se abordan en primer lugar las funciones cognitivas, cosa que no se hace en los procedimientos psicoanalíticos seguidos en los casos de trastornos neuróticos. De esta manera, por vía indirecta se consigue un equilibrio emocional tanto del control intelectual como del basado en la costumbre.

Cuanto más centrales y nucleares sean las deficiencias relacionales en una patología autista, tanto más rendimiento se podrá extraer de las concepciones terapéuticas psicoanalíticas.

El uso de una jerga excluyente y esa certeza con la que observaciones conceptuales se convierten en afirmaciones de carácter general impiden que los escépticos sean receptivos y abiertos a una serie de ideas razonables y conciliadoras del psicoanálisis.

CAPITULO IV

Antecedentes del programa.

Para que el lector haga el mejor uso de este volumen, puede ser de ayuda repasar el contexto en que las actividades educacionales estan desarrolladas. No hace mucho tiempo los problemas de los niños autistas se creía que eran resultado de una falla a nivel emocional, causada por la frialdad de sus padres.

La dificultad del niño para relacionarse, lenguaje, comportamientos repetitivos y ritualistas, y los problemas de comportamiento, eran señalados como una alteración emocional. Gracias a estos planteamientos, los niños autistas frecuentemente eran marginados de las escuelas y tratados con métodos inapropiados. Las pasadas dos décadas de investigación y experiencia clínica han demostrado que esta interpretación de los problemas de adaptación de estos niños era incorrecta. Hoy se puede decir que sufren de un no específico desorden en el desarrollo desde el comienzo de su vida, con efectos adversos en su comprensión, comunicación y comportamiento (Schopler, Rutter, y Chess, 1979).

Comprendiendo y entendiendo el avance de estos niños se ha desarrollado, un nuevo acercamiento a su educación y tratamiento. En lugar de poner a los padres como la condición principal, se ha trabajado con ellos como coterapeutas (Schopler y Reichler, 1971a). En vez de ver al niño con un déficit emocional causado por un ambiente desfavorable, reconocemos las discapacidades de su desarrollo como objetivos para una educación especial e individualizada. En Carolina del Norte se ha desarrollado un programa para la Educación y tratamiento para niños autistas (Division TEACCH) en el departamento de psiquiatría de la escuela de medicina dentro de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. En este programa se ha visto que se obtienen mejores resultados integrando a la familia, la educación especial y a las escuelas (Reichler y Schopler 1976). Los programas están diseñados con actividades y programas de modificación de conducta para ser trabajados en casa, por periodos de 15 minutos a una hora. (Schopler y Reichler, 1971,a). Los autores han encontrado que cuando los padres efectúan éstos programas, tienen el efecto de mejorar la interacción y control que tienen sobre sus hijos.

Los métodos y estrategias cubiertas dentro del programa, se han desarrollado a través de muchos años de experiencia. Estas actividades para los niños autistas son un recurso para estimular al usuario a aplicar el programa de acuerdo a las necesidades y habilidades de cada niño.

EL PROGRAMA:

El TEACCH (Teaching activities for Autistic Children) (1983) una prueba cuyo objetivo radica en hacer accesible tanto a los padres como a los terapeutas tener experiencia con actividades educativas para niños autistas. Desde sus comienzos en 1966, se han escogido 296 muestras que ilustran actividades educacionales en 10 diferentes áreas a diferentes niveles del desarrollo preadolescente.

Estas actividades son un recurso en donde se encuentran nuevas ideas y se afirma que y como enseñar. Dado que los autistas se caracterizan por diferentes niveles, deficits y problemas conductuales es necesario desarrollar técnicas educacionales individuales. Este método provee de ejemplos de como implementar el desarrollo hacia metas específicas.

A través de los años, TEACCH ha originado procedimientos de asesoría y desarrollo de programas individuales para esta frecuente e incomprendida población de niños. Este proceso de enseñanza incluye tres pasos básicos:

1. Un programa de desarrollo se realiza a través de las habilidades y deficits del niño en varias áreas del aprendizaje.
2. En las bases de este programa, las estrategias de enseñanza estan determinadas para cumplir objetivos a largo, y corto plazo.
3. Estos objetivos se implementan con programas educacionales individualizados y actividades específicas de enseñanza.

Estos tres pasos corresponden a los tres volúmenes de estas series: Individualized Assesment And Treatment for Autistic and Developmentaly Disabled Children.

El primer volúmen el perfil psicoeducacional (PEP) (Schopler y Reichler, 1979), fue desarrollado porque los niños autistas tradicionalmente eran considerados como "invalorables". Formando los reactivos del PEP se ha utilizado efectivamente con los autistas, encontrándose que virtualmente estos niños pueden ser evaluados exitosamente (Shopler y Reichler, 1971b). El PEP da un perfil de las habilidades y problemas de aprendizaje del niño que gráficamente representa su edad mental de desarrollo. El perfil incluye 7 áreas principales de aprendizaje: 1) Imitación; 2) percepción; 3) motora gruesa; 4) motora fina; 5) coordinación ojo mano; 6) ejecución cognitiva; y 7) cognitiva verbal. El perfil refleja no solamente aquellas habilidades que el niño ha adquirido sino también esas áreas en las que sus habilidades continúan en desarrollo.

El proceso en que los datos se traducen a un programa educacional se explica en el segundo volúmen de estas series Teaching Strategies for Parents and Professionals (Schopler, Reichler, y Lansing, 1980) este manual se centra en el desarrollo de estrategias educacionales y explica en detalle programas individuales. La forma apropiada de enseñar va de acuerdo con las prioridades de cada niño. Estas prioridades frecuentemente son diferentes.

La colaboración entre padres y terapeutas es esencial para un manejo consistente de comportamiento y un desarrollo óptimo de los programas individuales. Una vez establecido el perfil, el programa apropiado es utilizado para actividades específicas de cada niño. Estas actividades son llevadas a cabo por los padres o terapeutas.

El tercer volúmen es una colaboración de estas actividades de enseñanza utilizadas para niños admitidos en el programa TEACCH, cada actividad se escoge por inclusión ya que representan un programa de enseñanza que se ha encontrado efectivo para alguno de los niños. La efectividad de los programas ha sido demostrada empíricamente (Shopler y col, 1981). El lector debe tener en mente los detalles de cada actividad y las instrucciones para llevarlo a cabo, las cuales son diseñadas para niños específicos y no deben ser aplicadas automáticamente a un niño diferente sin el ajuste apropiado.

Este programa está diseñado para responder a las 5 preguntas que el lector pudiera hacer.

1. Porqué usar el manual?. El manual se divide en 10 secciones que representan las áreas más importantes de enseñanza. Siete de estas áreas son las mismas definidas en el perfil psicoeducacional (volúmen 1), previamente descrito. En adición a estas siete áreas PEP se incluyen tres más: 8) habilidades de autoayuda; 9) habilidades sociales; 10) manejo conductual. Además estas diferentes áreas frecuentemente se sobrepone a la misma actividad y están presentadas en secciones separadas para su fácil identificación.

2. Cómo el concepto de edad mental puede utilizarse prácticamente? Las 10 secciones descritas con anterioridad están acomodadas de acuerdo a los diferentes niveles de desarrollo. Las actividades de enseñanza en cada sección están enlistadas desde los bajos niveles de desarrollo a alto niveles, o de los fáciles a lo de mayor dificultad. Es importante modificar nuestras actividades de acuerdo a la variación en cada niño. Con estas variaciones el desarrollo de cada niño los deficits se ignoran, frecuentemente se manifiesta en el incremento de la confusión y el extraño comportamiento del niño. Los niveles de dificultad están señalados con un rango de edad mental.

El nivel de desarrollo identificado en la actividad es una aproximación y no es un intento de establecer un desarrollo mental universal.

3. Cómo el desarrollo disperejo del niño puede aparearse con una actividad educacional? Cada actividad en esta colección ha sido descompuesta en cada componente de cada habilidad. Una simple tarea de ensartar, en primera instancia parece ser una actividad de coordinación ojo-mano, pero se involucra también la percepción visual, y habilidades de lenguaje.

Mientras se trabaja con niños autistas, se debe dar especial atención a estos rubros que son parte importante de cada actividad. Por ejemplo: un niño puede ejecutar muy bien la mayoría de las pruebas de motora-fina, que un niño de 5 años complete, pero sigue teniendo habilidades perceptuales de un niño de 2 años. Cuando se trabaja en las pruebas de integración ojo-mano, el terapeuta debe ser muy cuidadoso, en escoger solo las pruebas que involucren bajos niveles de percepción. Para facilitar la apropiada selección de las tareas, se han identificado niveles de desarrollo para cada componente de cada actividad. Estos aparecen en las 10 secciones que obedece a las actividades para que no se utilicen a un nivel más elevado que el del niño. Por esta razón, los encabezados de cada actividad enlista a los dos rubros, los niveles primarios y secundarios que involucra cada actividad.

4. Que materiales pueden usarse para llevar a cabo la variedad de los niveles del programa? Los materiales utilizados en cada actividad son basicamente objetos primarios, de fácil acceso a cualquier persona. Esto cumple con dos propósitos. Primero, es muy sabido que los niños autistas tienen problemas generalizando o aplicando su conocimiento a nuevas situaciones. Entre más frecuente el niño este en contacto con los materiales, es más fácil para él generalizarlo a otras situaciones. Segundo, los materiales usados en estas actividades no son caros. Familias con limitaciones económicas pueden trabajar de manera eficaz con los materiales que ya se encuentran en casa.

5. Que problemas de comportamiento pueden ser anticipados durante las actividades del programa? Este programa, trata de identificar la mayoría de los más comunes problemas de comportamiento característicos en estos niños. Estos problemas de comportamiento y sus modificaciones se identifican en la sección 10. Cualquiera que trabaje con un niño que tenga un problema específico de comportamiento puede referirse al indice de problemas de comportamiento, y encontrar el número de estructuras de enseñanza que pueden usarse para corregir ese comportamiento dentro del contexto educacional.

Antecedentes

Para que el lector haga el mejor uso del programa, puede ser de ayuda repasar el contexto en que las actividades educacionales estan desarrolladas. No hace mucho tiempo los problemas de los niños autistas se creía que eran resultado de una falla a nivel emocional, causada por la frialdad de sus padres.

La dificultad del niño para relacionarse, lenguaje, comportamientos repetitivos y ritualistas, y los problemas de comportamiento, eran señalados como una alteración emocional. Gracias a estos planteamientos, los niños autistas frecuentemente eran marginados de las escuelas y tratados con métodos inapropiados.

Las pasadas dos décadas de investigación y experiencia clínica demuestran que esta interpretación de los problemas de adaptación de estos niños era incorrecta. Hoy se puede decir que sufren de un no específico desorden en el desarrollo desde el comienzo de su vida, con efectos adversos en su comprensión, comunicación y comportamiento (Schopler, Rutter, y Chess, 1979).

Comprendiendo y entendiendo el avance de estos niños los autores desarrollan, un nuevo acercamiento a su educación y tratamiento. En lugar de poner a los padres como la condición principal, se trabaja con ellos como coterapeutas (Schopler y Reichler, 1971a). En vez de ver al niño con un déficit emocional causado por un ambiente desfavorable, reconocemos las discapacidades de su desarrollo como objetivos para una educación especial e individualizada. En Carolina del Norte se desarrolla un programa para la Educación y tratamiento para niños autistas (Division TEACCH) en el departamento de psiquiatría de la escuela de medicina dentro de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. En este programa se ha visto que se obtienen mejores resultados integrando a la familia, la educación especial y a las escuelas (Reichler y Schopler 1976). Los programas están diseñados con actividades y programas de modificación de conducta para ser trabajados en casa, por periodos de 15 minutos a una hora. (Schopler y Reichler, 1971,a). Schopler y Reichler han encontrado que cuando los padres efectúan éstos programas, tienen el efecto de mejorar la interacción y control que tienen sobre sus hijos. El programa tiene el objeto de hacer alcanzable la experiencia obtenida hasta ahora para que se pueda trabajar con niños autistas.

Los métodos y estrategias cubiertas dentro del libro, se han desarrollado a través de muchos años de experiencia. Estas actividades para los niños autistas son un recurso para estimular al usuario a aplicar el programa de acuerdo a las necesidades y habilidades de cada niño.

PRESENTACION DEL CASO.

Como hemos visto hasta ahora, el autismo es un trastorno que afecta todo el desarrollo mental, así que es natural que todos sus síntomas se manifiesten de formas diversas durante las distintas edades y etapas por las que atraviesa el sujeto. Por eso me gustaría continuar con la presentación del caso para ilustrarlo.

Ficha de Identificación:

Nombre: Salvador

Edad: 7 años

Sexo: masculino.

Lugar donde vive el paciente: con sus padres.

Fecha de Nacimiento: 28 de abril de 1992

Fecha de amisión a la Clínica Mexicana de Autismo: 13 de febrero de 1995.

ANTECEDENTES CLINICOS

Salvador quien está catalogado como "un niño autista con altas capacidades cognitivas", es un niño que inspira en la mayoría de las personas una tendencia a protegerlo, ya que es bastante tranquilo, no agrede a nadie ni es autoagresivo y constantemente gusta de acercarse a las personas para abrazarlas.

La familia de Salvador está formada por su padre, su madre, su hermana mayor (diez años) y él; además hay que considerar a la muchacha de servicio doméstico que también vive en su casa. El ambiente familiar de Salvador es tranquilo y de aceptación del niño por parte de sus familiares como abuelos, tíos y primos. La relación con su madre y hermana es muy estrecha, y con el padre mantiene una buena relación aunque en menor grado, debido a que éste trabaja y la madre no.

El embarazo así como el nacimiento de Salvador fue planeado y esperado por sus padres, sin embargo su madre tuvo amenaza de aborto durante la sexta semana de gestación, teniendo que guardar reposo dos meses y entrar en tratamiento de la sexta a la doceava semana del embarazo, programándose el parto dos semanas antes de los nueve meses. Después de cierto tiempo como al año diez meses, la madre noto cierto atraso en su desarrollo, ya que el niño no hablaba nada, no mantenía contacto ocular con ella, presentaba severos problemas de sueño, y también la aparición de berrinches exagerados sin causa aparente. Fué llevado al pediatra, quien manda realizarle una timpanometría para descartar sordera o alguna alteración auditiva.

La prueba arroja resultados normales y es el pediatra quien remite a la madre con la especialista en neuroaudiología, quien realiza estudios más detallados incluyendo la prueba de potenciales evocados, obteniendo de esta resultados normales. Los padres observando el extraño comportamiento del niño, continúan buscando una explicación, y es por ello que llegan al neurólogo poco antes de los dos años y después de realizarle estudios apropiados, como tomografías, electroencefalogramas en donde por cierto no se encontró ninguna alteración; y diversos cuestionarios para finalmente poder dar un diagnóstico el neurólogo diagnóstica "Autismo". Salvador es sometido a un tratamiento, a los dos años tomaba dos gotas de Haldol, el cual es un antipsicótico que le servía para dormir.

Es el neurólogo quien aconseja a los padres recurrir a una institución especializada en Autismo y recomienda que sea ahí en donde apliquen una segunda valoración para confirmar el diagnóstico.

Los padres acuden a la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA) y aquí se le diagnóstico formalmente "Autismo".

La primera entrevista se realizó el 20 de febrero de 1995; los padres nos presentaron todos los estudios efectuados al niño y el diagnóstico emitido por el neurólogo. Con los antecedentes reportados por los padres se procederá a realizar nuevas evaluaciones para poder determinar un diagnóstico.

A la edad de dos años, nueve meses, de Salvador, en el informe de esta primera valoración, se diagnostica de la siguiente forma:

"Salvador es un niño con un perfil disarmónico del desarrollo y que presenta características de autismo de alto nivel cognoscitivo"(expediente del niño, CLIMA).

PRIMERA EVALUACION

Instrumentos utilizados:

- * Observación clínica
- * Juego estructurado
- * Juego no estructurado
- * Escala evaluativa del autismo, Universidad de Austin, Texas.
- * Children Autistic Rating Scale (CARS)
- * Escala para la detección de signos precoces del autismo.
- * Perfil Psicoeducacional TEACCH.

INFORME PSICOEDUCACIONAL

INTEGRACION DE RESULTADOS

Salvador es un niño de apariencia agradable y que si representa físicamente su edad cronológica. Su conducta se caracteriza por estar en continuo movimiento, observando meticulosamente el ambiente camina de un lado a otro explorándolo todo. Toca algunos objetos y los tira al suelo, aferrándose a una frazada.

En este sentido su juego es sacar y tirar, y pasa rápidamente de un objeto a otro, su actividad no parece tener dirección, ni intension funcional, a excepción de los momentos en que encuentra un muñeco mostrándoselo a su madre diciendole "hola". Establece contacto visual con el observador y se muestra atento a su presencia.

No coopera cuando se le da la instrucción de recoger los objetos y su madre tiene que obligarlo mostrándole lo que tiene que hacer. Ante la situación de juego no estructurado se enfasca en golpear continuamente un objeto y ante la orden de no hacerlo grita fuertemente sin tolerar la interrupción.

Presenta reacciones de angustia de separación cuando la madre lo deja, inicia con un llanto rítmico y monótono y posteriormente comienza a arrojar objetos hasta que esta actividad parece tranquilizarlo, durante todo este tiempo se aferra a un palito de madera al que no suelta ni para tomar otros objetos.

Escala Evaluativa del Autismo:

Se detectan en el transcurso de su desarrollo comportamiento de autoestimulación, escasa interacción con su grupo de pares y alteraciones importantes en su lenguaje.

Children Autistic Rating Scale (CARS)

- * Forma de relación cautelosa
- * imitación ecopraxica y ecológica
- * Uso del cuerpo con movimiento de las manos estereotipado moderado
- * Persistencia obsesiva en la actividad
- * Angustia de separación, baja tolerancia a la frustración y falta de conciencia del peligro, así como resonancia emocional y reconocimiento del otro.
- * Antecedentes de escaso contacto visual

- * Preferencia auditiva por estímulos de alta intensidad
- * Conducta motora con tendencia a la hiperactividad
- * Vocabulario funcional pobre, ecolalia y nivel semántico de nominación
- * Funcionamiento intelectual de 2 años 3 meses aproximadamente.

Escala de signos precoces del Autismo

No se reportan signos patológicos durante el primer trimestre de vida, sin embargo durante el periodo comprendido entre los 3 y 9 meses presenta conductas inusuales, así como retraso en la adquisición del lenguaje que se hace patente durante los siguientes periodos de su desarrollo y que en la actualidad es uno de los problemas más evidentes.

Perfil Psicoeducacional TEACCH

En el perfil el puntaje total es de 27 puntos para la escala del desarrollo, en cuanto a su rendimiento y de 40 puntos considerando la escala de potencial. Por lo anterior se puede decir que su rendimiento general equivale a la edad de 2 años 3 meses.

Su perfil se caracteriza por puntuaciones bajas en las áreas de integración ojo-mano, ejecución cognitiva y cognitiva verbal.

Todo lo anterior parece indicar una falla en las estructuras lógicas del pensamiento que limita la formación de un lenguaje interno. Por tanto la capacidad de crear representaciones mentales que ayuden a Salvador a guiar su conducta y establecer comunicación y vínculos sociales están restringidas.

Escala Patológica

se detectan síntomas moderados en las áreas de relación y cooperación con el ser humano, juego e interés atípico por los objetos, preferencia sensorial táctil y auditiva con escasa integración ojo-mano, lenguaje ecolálico y con fallas en el primer nivel semántico.

En el área afectiva se observa alta sensibilidad y desorganización emocional ante la frustración y los límites.

CONCLUSIONES:

Los resultados arrojados por las pruebas anteriores obligaban a seguir un plan de trabajo con una interrelación permanente y conjunta entre la clínica y el hogar que consistirá en las siguientes indicaciones:

- * Iniciar programa psicoeducacional para las áreas cognoscitiva, lenguaje, integración ojo-mano, con el objeto de favorecer un repertorio básico.

- * Capacitación familiar en técnicas conductuales para el manejo en el hogar.

- * Continuar con la escolarización normal por el presente año escolar para favorecer su integración, observar cuidadosamente los resultados de la integración y su desarrollo, para en caso de ser necesario realizar otra valoración, y tomar la decisión de que el niño realice un tratamiento de rehabilitación, dentro de la institución, y se suspenda la integración escolar, hasta que el niño desarrolle más habilidades.

- * Continuar bajo supervisión neurológica.

SEGUNDA EVALUACION

INTERVENCION PSICOLOGICA

Segunda entrevista:

Realizada el 25 de agosto de 1995. Los padres regresan, refiriendo que los reportes del Kinder no son del todo alentadores, sino al contrario, que el niño a pesar de los esfuerzos de las maestras, no logra integrarse con los demás, y prefiere jugar solo, su lenguaje no es funcional, ya que utiliza una forma de lenguaje muy especial, que nadie comprende y sin significado aparente, ya que son solo sonidos. Además de que continuamente posa sus manos frente a sus ojos, y mueve rápidamente los dedos.

Instrumentos utilizados:

- * Observación Clínica
- * Perfil Psicoeducacional TEACCH.

Perfil Psicoeducacional TEACCH:

El puntaje a diferencia de la primera valoración, incremento poco, mostrando casi los mismos resultados que en la primera valoración, el puntaje total es de 33 para la escala del desarrollo, en cuanto a su rendimiento y de 40 puntos considerando la escala de potencial. Por lo anterior se puede decir que su rendimiento general es equivalente a la edad de 2 años 3 meses.

Es por estos resultados que junto con sus padres se toma la decisión de que lo más conveniente sería que Salvador entrara en la clínica como paciente regular, y dejara el kinder, con esperanzas de que si el tratamiento es exitoso en un futuro pueda integrarse a una escuela como alumno regular.

A continuación se muestra uno de los primeros programas de trabajo que se llevaron a cabo dentro de la institución.

PROGRAMA DE TERAPIA PSICOEDUCACIONAL

PRIMERA ETAPA EL APRENDIZAJE EN EL PLACER:

ACTITUD TERAPEUTICA DE CONDUCCION, ESTIMULACION, DESCRIPCION, ACOMPAÑAMIENTO, DIRECCION.

AREAS DEL DESAROLLO:

COMUNICACION
PRE ACADEMICA
SOCIALIZACION
CONDUCTA
SENSORIAL

COMUNICACION.

Objetivo 1.- Favorecer lenguaje expresivo.

Objetivo 2.- Favorecer lenguaje funcional.

#1

Actividades de soplado.

Procedimiento.- realizar ejercicios de soplado en el que Salvador se de cuenta de la consecuencia de soplar.

Por ejemplo soplar un popote, un silbato, una vela, una pluma, burbujas de jabón.

Imitación de sonidos de animales observando en figuras o juguetes.

#2

Imitación de palabras con acciones, METE-SACA, TOMA-DAME, MAS, ABRE, QUIERES.

Expresión espontánea de palabras para pedir un objeto o acción, AGUA, PAPAS, MAS, ABRE, MAMA, ETC.

PREACADEMICAS:

Objetivo.- Favorecer actividades de rutinas y secuencias para el aprendizaje de hábitos de trabajo.

Procedimiento:

Realizar actividades de música con un tambor, campana o instrumento que se golpee, demostrándole físicamente como realizarlo. estableciendo que lo haga lo más semejante posible al modelo (los mismos golpes).

Cantar una canción infantil como la de PINPON ES UN MUÑECO.- modelándole las conductas que se van cantando.

Sentado en una mesa sacar y meter cinco objetos dentro de un recipiente.

SOCIALIZACION:

Objetivo.- Favorecer la interacción con un adulto para lograr sus necesidades.

Procedimiento:

En situación de juego describir todas sus acciones de manera patente. Dirigir o redirigir su juego de manera funcional. Empuja el coche, avienta la pelota, correr con el por un juguete (no permitir el juego repetitivo).

En situación de alimentación favorecer que pida las cosas primero con gestos y de manera prioritaria con palabras sencillas, DAME, MAS ETC.

CONDUCTA:

Objetivo.- Fijar y mantener atención sobre un objeto, persona o acción ante la orden MIRA.

Obedecer a la instrucción SENTADO, MANOS EN LA MESA, APLAUDE, PARADO, TOMA-DAME, METE-SACA.

SENSORIAL:

Objetivo.-#1 Estimular por separado el sentido táctil.

Procedimiento.- Con varios materiales trabajar con las manos haciendo trazos circulares hacia adentro y hacia afuera, en línea horizontal y vertical, desparramando el material desde arriba hacia un recipiente.

Material. Peluche, arena, granos, crema, jabon, pintura, aceite, agua, etc.

Objetivo # 2 Estimular el sentido auditivo.

Procedimiento: Con varios objetos que causen distinto tipo de sonido hacer que el niño volté hacia la fuente sonora.

En Febrero de 1996, se aplica la primera evaluación, después de que el niño cumplió con su primer programa de trabajo basado en (Schopler 1983).

TERCERA EVALUACION

Encontrándose avances en las áreas trabajadas, principalmente en imitación, percepción, motora fina y motora gruesa. Lo que refleja que en ese momento el niño tiene una edad de maduración, de casi 3 años. Por el contrario en áreas como integración ojo-mano, ejecución cognitiva y cognitiva verbal se mantuvo al mismo nivel que en las anteriores evaluaciones.

El siguiente programa de trabajo se basó en las siguientes actividades (Schopler 1983) para seguir incrementando las habilidades del niño, y reforzar las áreas que se mantuvieron o regazaron.

En el área de imitación:

-Imitación con plastilina:

Meta: Mejorar la atención hacia como el Terapeuta utiliza los materiales, el desarrollo y control de los movimientos de las manos.

Objetivo: Imitar dos simples movimientos con plastilina.

Materiales: Plastilina.

Procedimiento: Dividir la plastilina en cuatro porciones iguales, donde el niño pueda verlas claramente. Darle un pedazo mientras el terapeuta toma el segundo. Asegurándose de que el niño lo esté observando realizar la figura de un gusano. Mientras se realiza la figura, decirle "mira "Salvador" hazlo tu".

Si no trata de imitar al terapeuta, o no realiza los movimientos necesarios, utilizar la otra mano para ayudarlo a comenzar. En cuanto comience por sí solo, refuerce la actividad diciendo "muy bien", después que el niño imita los trozos de plastilina utilizados se ponen en el otro extremo de la mesa, en donde se colocan los materiales ya utilizados.

-Tocando dos partes del cuerpo-:

motora fina, coordinación de las dos manos.

Meta: Incrementar la atención y el desarrollo en niveles más avanzados de imitación.

Objetivo: Imitar una serie de tres acciones involucrando el tocar dos diferentes partes del cuerpo simultáneamente.

Materiales: ninguno.

Procedimiento: Sentarse frente al niño y asegurarse que lo esté mirando. Toque una parte diferente de su cuerpo con cada mano, por ejemplo, ponga una mano sobre su cabeza y la otra en su estómago. Exagere el movimiento para asegurarse de que el niño lo observa claramente. Indique al niño que lo imite. Diciendo "hazlo tu", y repitiendo el movimiento. Mantenga la posición para que continuamente tenga un modelo a imitar. Si no hace el esfuerzo por imitarlo, posicione sus manos por él.

Si trata de imitarlo, pero tiene dificultades desarrollando ambas acciones, repita el movimiento exagerando los movimientos y diciendo "cabeza y panza".

Otras posibles combinaciones:

- a. oreja y nariz
- b. cabeza y boca
- c. oreja y panza
- d. cabeza y nariz

-Imitar juego con muñecos-

interacción individual, social.

Meta: Aprender niveles de juego por imitación.

Objetivo: imitar series de acciones simples con muñecos.

Materiales: Dos muñecos o animales, dos toallas pequeñas, dos cucharas pequeñas, dos cajas pequeñas, dos tazas pequeñas.

Procedimiento:

Sentarse a la mesa. Darle al niño cada uno de los materiales que se van a utilizar, incluyendo el muñeco, Tome su muñeco y pongala enfrente suyo. Asegurese que el niño haga lo mismo. Ayudele solamente si parece confundido. ponga al muñeco en la caja tapelo con la toalla para simular una cama. Ayudele al niño a realizar lo mismo con su muñeco. Repita el procedimiento usando las cucharas para alimentar al muñeco, y con la taza para darle de beber.

Imitando sonidos animales:

verbal cognitivo, vocalización

Meta: Mejorar la articulación, atención a los movimientos bocales.

Objetivo: Imitar sonidos producidos por cinco animales.

Materiales: Juguetes o fotografías de animales que producen sonidos distintivos.

Procedimiento:

Sentados ante la mesa con el niño de frente, con los 5 animales a un lado. Tome uno de los animales y muéstresela al niño. Haga el sonido del animal, asegurándose de que se observa su boca. Exagere el sonido así como también los movimientos de su boca. Tome la mano del niño y haga que toque su boca, mientras realiza otra vez el sonido. Dele al niño el animal y pídale que imite el sonido. Continúe realizando el sonido para que el niño tenga un modelo de los movimientos de la boca. Animales recomendables para esta actividad: un perro, un gato, borrego, vaca, abeja etc.

-Imitar juego con muñecos-

interacción individual, social.

Meta: Aprender niveles de juego por imitación.

Objetivo: imitar series de acciones simples con muñecos.

Materiales: Dos muñecos o animales, dos toallas pequeñas, dos cucharas pequeñas, dos cajas pequeñas, dos tazas pequeñas.

Procedimiento:

Sentarse a la mesa. Darle al niño cada uno de los materiales que se van a utilizar, incluyendo el muñeco, Tome su muñeco y pongala enfrente suyo. Asegurese que el niño haga lo mismo. Ayudele solamente si parece confundido. ponga al muñeco en la caja tapelo con la toalla para simular una cama. Ayudele al niño a realizar lo mismo con su muñeco. Repita el procedimiento usando las cucharas para alimentar al muñeco, y con la taza para darle de beber.

Imitando sonidos animales:

verbal cognitivo, vocalización

Meta: Mejorar la articulación, atención a los movimientos bocales.

Objetivo: Imitar sonidos producidos por cinco animales.

Materiales: Juguetes o fotografías de animales que producen sonidos distintivos.

Procedimiento:

Sentados ante la mesa con el niño de frente, con los 5 animales a un lado. Tome uno de los animales y muéstresela al niño. Haga el sonido del animal, asegurándose de que se observa su boca. Exagere el sonido así como también los movimientos de su boca. Tome la mano del niño y haga que toque su boca, mientras realiza otra vez el sonido. Dele al niño el animal y pídale que imite el sonido. Continúe realizando el sonido para que el niño tenga un modelo de los movimientos de la boca. Animales recomendables para esta actividad: un perro, un gato, borrego, vaca, abeja etc.

Imitación avanzada con plastilina:

Motora fina, manipulación, percepción visual, imitación vocal.

Meta: Incrementar la atención a las acciones del terapeuta, y desarrollar la fortaleza en los dedos.

Objetivo: Imitar la construcción de 3 formas simples hechas con plastilina.

Materiales: Plastilina

Procedimiento:

Poner 6 pedazos de plastilina en la mesa. Ponga 3 frente al niño y los otros 3 para usted. Con un pedazo de plastilina haga la forma de un objeto simple que usted sepa el niño esta familiarizado, como una cruz o una dona, haga que el niño imite lo que se construye con sus propios pedazos, mientras usted hace la cruz decirle "haz esto" o "haz igual", probablemente necesitará ayudarlo a empezar, pero continúe modelando la plastilina hasta tener el modelo, para que el niño lo imite. Continúe el procedimiento con los otros pedazos. Continuamente nombre el objeto que esta realizando, seria muy bueno tener una tercera persona que ayude al niño mientras usted continua actuando como modelo.

Percepcion:

Copiando patrones de cubos:

Percepcion, visual, integración ojo-mano, control.

Meta: Mejorar la percepción visual y lograr acomodar objetos en su lugar.

Objetivo: Arreglar cuatro cubos en patrones predeterminados.

Materiales: cuatro cubos, papel, marcador.

Procedimiento: Aplique en cierto número de hojas de trabajo el diseño de cuatro cubos acomodados de manera diferente. Colorelos claramente para que puedan ser visibles de manera clara. Ponga una de las figuras de los cubos frente al niño, y dele un cubo de papel, diciéndole "ponlo encima" Guíe su mano a ponerlo sobre el modelo, Recompenselo inmediatamente y repita el procedimiento hasta que los cubos estén en su lugar correspondiente. Gradualmente reduzca su asistencia, para que el niño pueda hacerlo solo.

CUARTA EVALUACION

En agosto de 1996, se aplica la evaluación, ya que el niño ha cumplido su primer año dentro de la institución. Y se observan muy buenos avances, sobre todo en el área motora gruesa, muestra muy buenos avances, ya que no muestra dificultad en subir ni bajar escaleras, columpiarse, bajar por la resbaladilla, cachar la pelota etc.

Ha mejorado mucho en actividades que implican motricidad fina, por ejemplo se han mostrado avances positivos en el uso de las tijeras, actividades que requieren el uso de la pinza, ensartado de pijas, realización de trazos, rasgar y pegar papel (Expediente del Terapeuta).

En cuanto a actividades de trabajo, que requieren la integración ojo-mano se reporta lo siguiente, comienza por manejar correctamente los rompecabezas de 4 piezas, a ensamblar las figuras en el lugar correcto, comienza a elaborar trazos libres, comenzando a respetar las líneas.

Con ayuda puede copiar trazos horizontales y verticales, pero no unirlos para formar una figura y reproducir un modelo. Se recomienda utilizar moldeamiento, o sea, tomar su mano y guiarla a trazar las figuras a copiar, y poco a poco ir disminuyendo la ayuda, al aumentar la destreza del niño. (expediente del Terapeuta).

En el desarrollo cognitivo se mostraron los siguientes avances reportados así: se ha logrado el aprendizaje de conceptos de tamaño, forma color, ubicaciones espaciales, categorizaciones y discriminaciones. Identifica las partes del cuerpo, logra llevar a cabo una instrucción simple, y comienza por asimilar la segunda, siempre y cuando le sean familiares. (Expediente del Terapeuta).

En el área cognitivo verbal la prueba arroja lo siguiente: Se observa un buen lenguaje de comprensión, pudiendo reconocer los nombres de los objetos y las personas que conoce. Comprende una orden a la vez. Y en cuanto a su lenguaje expresivo es capaz de nombrar objetos y a las personas a su alrededor, logra expresar sus deseos con frases cortas: tiende a hablar en sustantivo, omitiendo preposiciones y artículos. Todavía se observa frecuentemente inversión pronominal y ecolalia, sobre todo cuando no sabe expresar lo que quiere o no entiende lo que se le dice. En algunos momentos tiende a presentar lenguaje bizarro o ruidos raros. Puede repetir frases cortas de 4 o 5 palabras, es capaz de contar del 1 al 10 pero sin comprender aún el concepto de cantidad de cada número.

Sugerencias: En el área sensorial visual, aprovechar el interés de observación para canalizarlo a actividades nuevas, siempre controlando su tendencia a realizarlo de forma autoestimulativa.

Fomentar las actividades que desarrollen la coordinación motora fina y la integración ojo-mano, para mejorar los trazos y lograr la lecto escritura en el futuro.

En base a su capacidad cognitiva, incrementar el número así como el grado de dificultad de actividades encaminadas al desarrollo de esta área, encaminado al aspecto preacadémico.

Seguir muy de cerca el aspecto de lenguaje, tanto comprensivo como expresivo, para ampliar el repertorio y rendimiento de ambos, y disminuir la ecolalia y lenguaje disfuncional, y que pueda mejorar la articulación de frases. (Tomados del expediente del terapeuta).

A continuación se muestran algunos de los ejercicios utilizados durante este periodo de trabajo:

Discriminación de Diseños:

Percepción, visual, 2-3 años.

Meta: Mejorar niveles de apareamiento y visuales.

Objetivo: Aparear pares iguales de diseños simples.

Materiales: papel, marcador o crayolas.

Procedimiento: Con un marcador hacer diseños en hojas de papel.

Poner un solo diseño en cada hoja. Haga un par por cada diseño. Ponga una serie de diseños sobre la mesa. Dele al niño uno de los diseños y dígame "encuentra el igual". Tome su mano y guíelo a que compare con cada uno de los diseños. Si el diseño no concuerda dígame "no es igual" y compárelo con la siguiente tarjeta.

Cuando encuentren el igual diga "sí, igual" y ponga las cartas que concuerden una sobre la otra. Asegúrese de que el niño esté mirando. Repita el procedimiento hasta que todos los diseños encuentren su par. Al principio use solamente 3 diseños por serie pero gradualmente incremente el número y complejidad de los diseños.

Copiando partones de cubos:

percepcion, visual, 3-4 años

imitación, motor, 2-3 años

coordinación ojo-mano, control, 2-3 años

Meta: Mejorar la habilidad para percibir diferencias en diferentes diseños e imitar el uso de materiales para copiar los diseños.

Objetivo: Arreglar 5 bloques de cubos, imitar el acomodo del terapeuta.

Materiales: 10 cubos.

Procedimiento: Sentados uno frente a otro en una mesa. Ponga 5 bloques de cubos frente al niño y 5 para usted. Diga "mira" y acomode los cubos en un patron claro y distinguible. Asegurese que el niño lo observe acomodando los cubos, y redirija la atención del niño para que comience con sus cubos y diga "hazlo tu". Al principio es necesario que guie sus manos para que arregle los cubos propiamente. Repita el procedimiento con 3 diferentes patrones cada sesión. Reduzca la ayuda conforme el niño vaya copiando los patrones. Recompenselo cada vez que copie el arreglo correctamente.

Discriminación de forma y tamaño:

percepción, visual, 3-4 años

Ejecución cognitiva, apareamiento, 2-3 años

Meta: Mejorar la atención visual y niveles de apareamiento.

Objetivo: Aparear formas de diferentes tamaños.

Materiales: Papel, pegamento, tijeras.

Procedimiento: Corte pares de diferentes tamaños de círculos, triángulos, rectángulos. Asegurese que todos los recortes son del mismo color del papel. Mientras acomoda uno de los pares en el modelo. Ponga el modelo frente al niño y dele una de las figuras, si parece confundido, enseñele como, hasta que encuentre el correcto. Repita el procedimiento hasta que todas las figuras sean colocadas en su lugar.

Rompecabezas:

percepción, visual, 3-4 años

Integración ojo-mano, control, 2-3 años.

Meta: Mejorar la atención visual y percepción de la forma.

Objetivo: Observar la mano del terapeuta, tomar una pieza del rompecabezas, y acomodarla en el lugar indicado.

Materiales: Rompecabezas simple de 3 ó 4 piezas.

Procedimiento: Tome todas las piezas del rompecabezas y acomode frente al niño el esquema del rompecabezas vacío. Guarde las piezas para usted. Tome una de las piezas y muéstrela y diga "mira". Mueva las piezas frente a su campo de visión hasta que las vea. Después ponga una de las piezas en su mano y ayudele a rotarla y acomodarla en el lugar adecuado del rompecabezas. Después guíelo a insertar cada pieza en su lugar. Repita el procedimiento con cada una de las piezas, reduciendo gradualmente la ayuda, mientras que el niño acomoda cada una por él mismo. Recompenselo cada vez que acomoda la pieza correctamente. Si tiene problemas acomodando la pieza en su lugar, dele la ayuda necesaria para que pueda integrarlo.

Discriminación de colores:

percepción, visual, 3-4 años

Ejecución cognitiva, apareamiento, 3-4 años

motora fina, 1-2 años

Meta: Mejorar la atención visual, discriminación de color, y generalización de color.

Objetivo: Un grupo de 8 diferentes objetos del mismo color.

Materiales: Ocho diferentes objetos, 4 de un color y 4 de otro color primario.

Procedimiento: Ponga el modelo de color frente al niño. Ponga un objeto en el modelo y diga el nombre del color. Ponga un objeto dentro del otro color y diga el color. Mantenga los objetos usted para que el niño no se distraiga, dele los objetos uno a la vez, nombrando el color. Si coloca el objeto en el lugar correcto diga "si azul", y recompenselo inmediatamente. Si comienza a poner los objetos en el lugar equivocado, tome su mano y guíela al lugar correcto y recompenselo. Continúe el procedimiento hasta que todos los objetos estén acomodados correctamente por color. Conforme avance en la tarea, agregue un tercer color. Recuerde nombrar el color cada oportunidad, para que comience a integrarlos.

Apareamiento de colores:

percepción, visual, 3-4 años

Ejecución cognitiva, apareamiento, 2-3 años

Meta: Mejorar las discriminaciones de color atención visual, y niveles de apareamiento.

Objetivo: Aparear cubos de colores con cubos de papel.

Materiales: Cubos de colores, papel de colores.

Procedimiento: Ponga dos cuadrados diferentes en un pedazo de papel blanco.

QUINTA EVALUACION

El 17 de julio de 1997, se reporta específicamente en las áreas que se han trabajado encontrándose lo siguiente: (Tomados del expediente del terepeuta).

Imitación.- En el área de imitación Salvador puede imitar sonidos, gestos, etc. imita frente al espejo movimientos y gestos, hace también pretrazos para la escritura en este cantándole una canción (ejem. "arriba y abajo las olas del mar..."etc), y el seguimiento de instrucciones dentro de musicoterapia las realiza sin ayuda cuando conoce la rutina, cuando no, sólo tiene que verla para aprenderla pronto.

En la alimentación se observa selectividad hacia los alimentos probablemente por su intolerancia hacia algunas texturas (papaya, mango, emparedados, etc.) se recomienda extender su dieta, ofreciéndole al niño los alimentos, aunque en un primer momento no los acepte. Se sugiere un registro de los alimentos que rechaza para ver su relación con los olores y trabajar esta área.

Se observa en Salvador una buena memoria visual que se podrá aprovechar para el reconocimiento de las letras; ya sabe que dicen las láminas de las partes del cuerpo gracias a ésta. Se observa que hay estimulación visual (movimiento de los dedos de la mano frente a los ojos) cuando no se le dá la atención que demanda. La conducta anterior se suspende cuando se le dice "Chavo" en un tono firme.

Salvador no presenta dificultad en el área motora gruesa, logra coordinar movimientos para andar en triciclo. Muestra dominancia en ojo, mano y pie derechos.

Se refuerzan los conceptos de derecha-izquierda, arriba-abajo, adentro-afuera, haciendo uso de su cuerpo (arriba la mano derecha). En motora fina realiza actividades como meter pijas, ensartado, figuras de resaque, pretrazos de escritura, etc. ; inicia los trazos trazos de algunas letras por copiado, no lo hace espontáneo. Actualmente logra copiar su nombre.

En cognitiva se esta trabajando con las nociones de ayer, hoy, mañana, los días de la semana así también como conceptos de forma, discriminaciones por forma, color y tamaño, asociaciones, Salvador logra seguir instrucciones como "sube la escalera", "ve al salón", etc.

En lenguaje tiene buen lenguaje de comprensión reconociendo los nombres tanto de las personas como de las cosas y muestra buen lenguaje expresivo aunque omite preposiciones y articulos, se observa, aunque con menor frecuencia la inversión pronominal y cuando está emocionado presenta vocalizaciones sin sentido (jerga).

En general se han visto buenos avances en todas las áreas y se sugiere que Salvador continúe en la Clínica para reforzar áreas como sensorial (gusto y olfato), tolerancia a sus compañeros (cuando no realizan una actividad de inmediato trata de ayudarles o él les dá la orden gritando, lo mismo si lloran) que sus respuestas verbales y motoras no sean tan mecánicas (por medio de actividades de juego lograr que Salvador sea más espontáneo) . En Diciembre hacer una valoración y decidir si es el momento para hacer una prueba en una escuela regular.

SUGERENCIAS

Se recomienda enfatizar el trabajo en las siguientes áreas:

En el área motora fina, trabajar más el recortado y pegado de papel, coforme a los resultados ir aumentando el nivel de dificultad, primero que recorte líneas rectas, después quebradas, figuras geométricas, etc.

Continuar con los ejercicios de pretrazo.

En cognición se pretende disminuir sus respuestas mecánicas y motivarlo para que sean más funcionales valiendonos de su imagen corporal, ejemplo: "en donde está la boca" que Salvador la señale y diga arriba, en la cara, etc. Realizar ejercicios con objetos y sus respectivos letreros, ejemplo: "mesa" "que dice" .

En lenguaje es recomendable seguir reforzando el uso correcto del "yo" ejemplo: si dice "quieres agua", contestarle "yo no quiero agua" para forzarlo a que sea él quien estructure la pregunta adecuada.

En las actividades de autocuidado seguirlo reforzando con las que ya tiene, comenzar programa de bañado, motivarlo a que él saque la ropa que va a ponerse, amarrado de agujetas. poner la ropa sucia en su lugar, puede también prepara algún alimento sencillo como untar mantequilla en galletas, preparar limonada, picar con supervisión algun alimento suave, etc. (Expediente del Terapeuta).

A continuación se muestran algunas de las actividades que se siguieron durante el programa correspondiente a este periodo:

Copiando una secuencia:

Percepción, visual, 4-5 años
motora fina, manipulación, 4-5 años
cognitiva verbal, vocabulario, 3-4 años

Meta: Reconocer una secuencia y copiarla

Objetivo: Copiar una secuencia, trabajando de izquierda a derecha.

Materiales: Rectángulos, cuadrados, círculos (dos del mismo tamaño y de cada uno).

Procedimiento: Acomode los cuadrados y las ruedas para formar una línea de 3 coches. Dígale al niño que lo repita después de usted "primero el gran coche rojo, después el azul, y al final el coche largo verde".

Ahora dígale que dibuje una línea abajo, igual a la que usted dibujo. Después de que haya ensamblado las piezas correctamente, posteriormente que los pegue en el papel. Otro día utilice un tema diferente, pero siga con la secuencia de 3 objetos. Asegurese de que el niño trabaje siempre de izquierda a derecha. Una vez que sienta usted que el niño ha comprendido la secuencia, cambie a copiar secuencias de formas o colores que no representan cosas concretas.

Lectura visual:

Percepción, visual, 5-6 años
cognitivo verbal, vocabulario, 2-3 años

Meta: Leer de 5-10 palabras

Objetivo: Aparear palabras escritas a un objeto y decir la palabra.

Materiales: Tarjetas, diurex, (objetos comunes).

Procedimiento: Anote en las tarjetas el nombre de los objetos con que se va a trabajar. Haga 5 de cada una. Ahora pegue una tarjeta con el objeto que concuerda (pegue una tarjeta que diga mesa en la mesa, puerta en la puerta y continúe). Siente al niño en la silla y sostenga una de las tarjetas y preguntele "Que dice" si no sabe, dígale y después apareelo con el objeto real. Mientras lo aparee, reforzelo diciendo "si, mesa". Después que repita la palabra. Continúe directamente con este procedimiento.

Cuando vea que puede recordar las palabras pongalo a prueba, quitando de los objetos las tarjetas con los nombres y vea si aun asi puede leer las tarjetas y acomodarlas en el objeto adecuado. Si puede recordar estas palabras por periodo de una semana sin necesitar ayuda, puede intentar integrar nuevas. Enseñe palabras que le vayan a ser de utilidad cuando le vaya a dar una indicación por escrito como por ejemplo "apaga la luz" o "ropa sucia aqui".

SEXTA EVALUACION

19 de diciembre de 1997 después de aplicar la evaluación correspondiente al periodo de trabajo se encuentran los siguientes resultados reportados como sigue: (Tomados del expediente del terapeuta).

Imitación- En esta área con respecto al reporte anterior, Salvador muestra avances. La imitación de sonidos y gestos es mas precisa, frente al espejo realiza movimientos y gestos de manera más natural.

En lo que a esquema corporal se refiere, el niño puede de manera simultánea tocar dos partes de su cuerpo, una vez dada la instrucción. Y también realiza de manera satisfactoria cualquier otro tipo de movimiento corporal que se le pida imitar.

En la musicoterapia realiza las rutinas sin ayuda cuando las conoce, cuando no, sólo tiene que verlas para aprenderlas e imitarlas pronto.

Alimentación- El gusto del niño es limitado, es probable que se deba a la intolerancia que manifiesta hacia algunas texturas: (mango, papaya, jitomáte, emparedados etc). Se recomienda insistir sobre los alimentos que el niño rechaza, para lograr que su dieta sea cada día más amplia.

El niño come sólo, ya no requiere de ayuda para hacerlo, utiliza de manera adecuada y funcional los cubiertos.

Percepción- Se observa una buena memoria visual, que le ha ayudado mucho en el reconocimiento de las letras; la estimulación visual (movimiento de los dedos de la mano frente a los ojos) ha disminuido notablemente. Arma rompecabezas sin mayor dificultad, (cruzando la línea media imaginaria de rompecabezas, el niño utiliza sus manos de manera funcional).

Motora fina- Salvador realiza actividades de manera satisfactoria respecto a meter y sacar pijas, ensartados, figuras de resaque, pretrazos de escritura etc.

Anteriormente el niño armaba determinada figura, con el juego de pijas que se ensamblan, pero siempre sobre el molde de la figura preestablecida; en la actualidad puede realizarlo sin el molde, (simplemente se le muestra que figura es la que se va a realizar, y con un poco de dirección el niño lo hace con éxito).

Motora Gruesa- En esta área hay avances notables, el niño anda perfectamente en el triciclo, empieza a andar en bicicleta de cuatro ruedas; en el juego de saltar la cuerda el niño comprende el objetivo de dicho juego, y lo realiza de manera satisfactoria. Actualmente estamos trabajando el patinaje sobre ruedas, la importancia de este juego es la coordinación alternada de los pies, equilibrio, balanceo tanto del cuerpo como de los brazos y de las piernas.

En términos generales, el aprendizaje ha sido rápido y el niño está cerca de alcanzar la maduración acorde con la edad cronológica.

Cognitiva- Desde el reporte anterior el niño copiaba su nombre, actualmente puede copiar también la fecha, figuras geométricas, de hecho copia cualquier cosa que se le ponga en el pizarrón.

Se sigue trabajando con él las nociones de ayer, hoy, mañana; los días de la semana así también como conceptos de forma, discriminaciones por color, forma y tamaño.

En los campos semánticos el niño discrimina adecuadamente los diferentes elementos para el vestido, alimentación, diferentes animales etc.

Salvador puede contar del 1 al 15, identifica algunos números tanto de manera expresiva como receptiva.

Lenguaje- El niño omite todavía preposiciones y artículos, utiliza todavía la inversión pronominal aunque con menor frecuencia. En general tiene un buen lenguaje de comprensión, reconoce los nombres tanto de las personas como de las cosas.

Actualmente se está trabajando, en un programa para el mejoramiento de la estructuración de oraciones, (en el que se le pide al niño, el uso de artículos y preposiciones, mediante las siguientes preguntas ¿ Quien lo hace?, ¿ Dónde?, ¿ Qué hace?).

También se está trabajando lo que comúnmente, se conoce como lenguaje cotidiano, éste consiste en dar respuestas adecuadas a preguntas comunes como: ¿Cómo te llamas?, ¿Dónde vives?, ¿Cuántos años tienes?, ¿Cuál es tu teléfono? etc. Se le está enseñando al niño el poder realizar una llamada telefónica a su casa, desde cualquier tipo de teléfono (de pulso y de tono). Salvador responde correctamente algunas de las preguntas anteriores.

SUGERENCIAS

Se recomienda enfatizar el trabajo en las siguientes áreas:

Continuar con los ejercicios de pretrazo, así como ampliar el reconocimiento de las letras, para en un futuro comenzar la lecto-escritura.

En lenguaje es recomendable seguir reforzando el uso correcto del "yo" si dice "quieres comer" responderle yo no quiero comer, para forzarlo a que estructure la pregunta adecuada "quiero comer".

En las actividades de autocuidado reforzarlo con las que ya tiene, insistir en el correcto abrochado del pantalón, y fajado de la camisa. El niño puede realizar tanto pelar, picar, untar etc. algunos alimentos con supervisión de algún adulto, se sugiere estimularlo más al respecto.

En el área motora gruesa, continuar en la bicicleta de cuatro ruedas, la cuerda, enseñarle nuevos juegos como: brincar avión, caracol, resorte etc.

Aquí se muestra el programa de lenguaje cotidiano con el que se trabajó con el niño:

AREA SELECCIONADA
LENGUAJE COTIDIANO.

CONDUCTA:

Lograr que Salvador responda a la pregunta ¿Cómo te llamas?

OBJETIVO:

El alumno dará su nombre y apellido como respuesta a la pregunta ¿Cómo te llamas?, puede responder verbalmente o señalando su tarjeta de identidad.

MATERIAL:

Una tarjeta de identidad.

DESARROLLO:

Realizar la pregunta ¿Cómo te llamas?. Induciendo a responder verbalmente; Modelando la correcta emisión del nombre y la adecuada velocidad de emisión.

Si la respuesta no es lo suficientemente comprensible, di; "no te entiendo". Señala tu nombre en la tarjeta de identidad. Ayudándole a señalar correctamente su nombre en la tarjeta.

2.- AMPLIACION DEL NOMBRE.

OBJETIVO:

El alumno dará su nombre y apellidos como respuesta a cuatro formas diferentes de formular la pregunta. Puede responder verbalmente o señalando la información en su tarjeta de identidad.

MATERIAL

Una tarjeta de identidad.

DESARROLLO:

Preguntar su nombre, variando las formas de hacerlo entre las siguientes ¿Cómo te llamas?, ¿Tu nombre es?, ¿Como has dicho que te llamas?, ¿quien eres?. Induciendo a responder verbalmente, utilizando el sistema de respuesta diferida. Modelando la correcta articulación del nombre y la adecuada velocidad de emisión.

Si la respuesta no es lo suficientemente comprensible, di "no te entiendo". Señala tu nombre en la tarjeta de identidad. Ayudándole a señalar correctamente su nombre en la tarjeta de identidad.

3.- ¿Cuál es tu número de teléfono?

OBJETIVO:

El alumno respondera correctamente y sin ayuda a la pregunta: ¿Cuál es tu número de teléfono?. puede responder verbalmente o señalando la tarjeta de identidad.

MATERIAL:

UN TARJETA DE IDENTIDAD.

DESAROLLO:

¿cuál es tu número de teléfono? . induciendo a responder verbalmente, utilizando el procedimiento de respuesta diferida. Modelando la correcta articulación y la adecuada velocidad de emisión. Si el alumno da la respuesta correcta, di "no entendí" Señala tu número de teléfono en la tarjeta de identidad. Ayudándole si es necesario. Con el fin de que memoricen su número de teléfono.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

Escribir diferentes números de teléfono en tarjetas. Pedir al alumno que coja su número de entre las otras tarjetas.

-Pedir al alumno que copie su número de teléfono en un papel.

4.- ¿ Dónde vives? ¿ Cual es tu dirección?

OBJETIVO:

El alumno responderá correctamente y sin ayuda a la pregunta: ¿Donde vives? o ¿Cuál es tu dirección?. Puede responder responder verbalmente o señalando su tarjeta de identidad.

MATERIAL:

Una tarjeta de Identidad.

DESAROLLO:

Preguntar ¿Dónde vives? o ¿cuál es tu dirección?. Induciendo a responder verbalmente, utilizando el procedimiento de respuesta diferida. Modelando la correcta articulación y la adecuada velocidad de emisión. Si el alumno da la respuesta incorrecta, di "no, Señala tu dirección en la tarjeta de identidad. Ayudándole a señalar correctamente la dirección.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

-Pedir a diferentes personas que le pregunten al alumno ¿Dónde vives? o ¿cuál es tu dirección?.

5.- Llamada telefónica a casa.

OBJETIVO:

El alumno llamará a su casa desde un teléfono sin ningún tipo de ayuda.

MATERIAL:

Teléfono. Una tarjeta de identidad.

DESARROLLO:

Hacer una demostración de la tarea, enseñando cómo se debe descolgar y sostener el auricular, esperar la señal, etc. Orientar al alumno para que efectúe la llamada sin ayuda física. Utilizando la tarjeta de identidad para asegurarse de que el número de teléfono es correcto. El alumno aprenderá a esperar que alguien responda y entonces dirá "Hola soy (nombre del alumno)", Aprenderá a colgar el auricular cuando la línea esté ocupada o después de que el teléfono haya sonado aproximadamente 6 veces sin obtener respuesta.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

- Realizar la tarea en diferentes lugares, en donde el alumno deba averiguar la localización del teléfono.
- Enseñar la tarea en teléfonos con disco y en teléfonos con teclado.

6.- ¿Cuántos años tienes?

OBJETIVO:

El alumno responderá correctamente y sin ayuda a la pregunta ¿Cuántos años tienes?, puede responder verbalmente o señalando la información en su tarjeta de identidad.

MATERIAL:

Una tarjeta de Identidad. La edad o la fecha de nacimiento debe figurar en la tarjeta de identidad, en el caso de que el alumno no responda verbalmente.

DESARROLLO:

Preguntar ¿Cuántos años tienes?, Induciendo a responder verbalmente, utilizando el procedimiento de respuesta diferida, Si la respuesta dada no es lo suficientemente comprensible, di "No te entiendo. señala tu edad en la tarjeta de identidad. Ayudándole a señalar correctamente la edad.

OBSERVACIONES:

La actualización anual de dicha tarjeta.

- El alumno necesita volver a aprender la respuesta correcta cada vez que cumple años.

SEPTIMA EVALUACION

Esta evaluación se aplica, para tomar la decisión de que el niño sea o no integrado a la escuela regular, o todavía continuar trabajando en la clínica con él. Se puede considerar el reporte final de la fase de trabajo y de intervención, y que daría inicio a la integración.

6 de julio de 1998, datos obtenidos de la evaluación, y observaciones del terapeuta durante la aplicación de la prueba:

"Salvador muestra una gran disposición para el trabajo, aunque en ocasiones no sea la rutina cotidiana se adapta con facilidad a cualquier situación que no sea la establecida.

En este caso durante la aplicación, se mostro cooperativo y atento, interesado en los materiales, como también en cada uno de los reactivos que contiene la prueba.

Cada instrucción la recibio con agrado, además de prestar atención cuando se le explicaban cada uno de los reactivos. Reacciona de manera positiva al elogio, cuando se le refuerza al término de cualquier actividad.

En cuanto a la lateralidad, Salvador muestra dominancia en ojo izquierdo, mano y pie derecho." (Expediente del terapeuta).

Los resultados de la prueba y del trabajo con el niño se redactaron de la siguiente forma dentro de su informe:

RESULTADOS.-

Imitación.- Salvador ha mostrado un buen desarrollo en cuanto a la imitación de sonidos, palabras, gestos, movimientos corporales etc. Aunque el trabajo se ha enfocado en la imitación de trazos para la escritura, así como también en la imitación de números en la cual es capaz de repetir dos o tres dígitos, pero todavía le cuesta trabajo repetir de cuatro a cinco dígitos.

Percepción.- En el trabajo con rompecabezas, percibe correctamente las figuras, ya que las acomoda en su lugar sin mayor dificultad, además de percibir los estímulos de su alrededor y orientarse a la fuente ya sea sonora o visual. Los trazos de las letras los percibe muy bien, ya que es capaz de reproducirlos de manera correcta.

Motora Fina.- Las actividades de ensartado de pijas, figuras de resaque, etc. las realiza satisfactoriamente. El trabajo se ha enfatizado más en los pretrazos de escritura, como copiar las letras en lo cual ha mostrado un gran avance. Actualmente logra copiar la fecha del pizarrón sin ayuda, como escribir su nombre en las hojas de trabajo.

Motora Gruesa.- No presenta mayor dificultad en la implicación de movimientos gruesos del cuerpo, ya que es capaz de coordinarlos así como adaptarlos para una actividad que los requiera.

En el trabajo cognitivo, ha habido muchos avances, como en el pretrazo y trazo de las letras y números, actualmente Salvador puede contar del 1 al 20 satisfactoriamente, esperando más adelante extender la numeración; reconoce receptiva y expresivamente la mayoría de los números, como también algunas letras aunque no maneja por lo general los números de 2 dígitos de nominación elevada, por ejemplo (19, 23, 20 etc). y algunas letras del abecedario que todavía no conoce.

Actualmente se esta trabajando que el niño sea capaz de juntar una letra consonante con una vocal, para facilitarle la lectura, ya que conoce la pronunsiación de las dos letras, sólo hay que ayudarle ha integrar el sonido como uno solo.

Se esta integrando el concepto de "más" y "menos" para posteriormente iniciar con las sumas y restas; los ejercicios consisten en sentados frente al niño, con una serie de objetos poner por un lado mayor cantidad de objetos y por el otro menor, y preguntarle "En donde hay más" en caso de responder correctamente preguntarle ¿ Por qué? . Para que cuente los objetos y pueda ir comprendiendo el razonamiento.

En cuanto al lenguaje, se han alcanzado los objetivos de que el niño sea capaz de responder a preguntas cotidianas como ¿Cómo te llamas?, ¿Cual es tu teléfono?, ¿ Donde vives? etc.

Y se continua trabajando la estructuración de oraciones, por medio de láminas en donde se estan realizando acciones, además de reforzar el uso correcto del lenguaje mediante preguntas como por ejemplo: ¿Quien lo hace?, ¿En dónde?, ¿Qué hace? etc.

Se han visto avances dentro del programa de Teoría de la Mente (basado en Frith 1991.) que actualmente se está trabajando, en donde se manejan estados emocionales, que el niño tiene que reconocer en él y en los demás, complementado con el juego de pretender y el como sí por ejemplo "vamos hacer como sí nos bañamos", "como sí nos abrochamos los zapatos", obviamente sin tener el estímulo presente, representándolo mentalmente, para que el niño pueda ser capaz de razonar e imaginar este tipo de situaciones.

Salvador es capaz de imitar, reconocer los diferentes estados emocionales tanto en él como en las demás personas. por ejemplo triste, contento, asustado etc. Durante este curso se trabajaron estos mismos estados de ánimo, pero a través de libros, fotografías e incluso en video, mediante las películas conocidas por los niños, para abordarlo en diferentes aspectos. Y que el niño sea capaz de reconocer y verbalizar lo que sucede en las diferentes imágenes que está percibiendo.

SUGERENCIAS.-

Primero que nada creo que es importante hacer énfasis en el buen complemento y seguimiento que se le ha dado al tratamiento en conjunto con la Institución a la que actualmente el niño acude y por otro al esfuerzo y el trabajo notable que se realiza en casa.

Para estas vacaciones se sugiere continuar corrigiendo al niño, cuando estructure mal una oración, y cuando utilice la inversión pronominal, ejemplo cuando diga "Quieres agua" refiriéndose a él, corrigiéndolo para que diga "Quiero agua".

Continuar reforzando el concepto de número, poniéndolo a contar objetos en casa y que posteriormente escriba la cantidad en una hoja, o que cuente algunas semillas, para que posteriormente las pegue en una hoja con el número correspondiente.

Algo que no se puede dejar de lado, es el continuar fomentando la total independencia del niño en las actividades de autocuidado, ya que tiene toda la capacidad, para realizarlas solo, por ejemplo, retirar la ayuda cuando va al baño, al lavado de dientes y de manos, y es necesario reforzar que se abotone sólo el pantalón.

Cuando Salvador realice actividades en las que se emocione mucho, dirigirlo para que sus expresiones sean las correctas, y no utilice un lenguaje que nadie comprenda, sino ayudarle a expresarse correctamente.

Fomentar que Salvador conviva con niños de su edad y un poco mayores, para que los observe y se integre en los juegos comunes de niños de su edad, como sería jugar avión, escondidillas etc. Para que pueda esperar turnos y comprender el objetivo del juego, sin desesperarse y sobre todo el compartir con los demás una misma actividad.

Así mismo involucrarlo en los juegos en donde este presente la capacidad para representar objetos, situaciones, etc. Por ejemplo vamos a jugar a "como si manejáramos un coche", presentándole primero nosotros el modelo, para que posteriormente el niño lo realice solo. Y después decirle, vamos a jugar otro, vamos a hacer Como si....., sin decirle la actividad, para que el niño discorra una actividad diferente, cuando lo haga decirle "muy bien" y pedirle que lo realice, e inmediatamente nosotros lo realizamos junto con él.

Continuar con los libros de regularización que actualmente está requiriendo para el kinder, mantener una comunicación muy estrecha con la Institución para conocer a la brevedad posible los requerimientos solicitados para poder continuar con el desarrollo en una escuela regular; y éstos puedan ser tratados de inmediato por la Clínica, para reforzar los conocimientos y las áreas en donde se presenten dificultades, y se pueda continuar con tan exitoso programa."(Expediente del terapeuta).

INICIO DE LA FASE DE INTEGRACION

LA INSTITUCION A LA QUE EL NIÑO HA SIDO INTEGRADO.

Es un kinder particular llamado "Giocosa: juego y Alegría", se encuentra ubicada en Claveles # 21, Barrio de San Francisco, Del. Magdalena Contreras.

La escuela se fundó en 1977 como un centro pedagógico Preescolar, de acuerdo al sistema que manejan, el objetivo principal es: "lograr que los niños aprendan desarrollando habilidades que permitan a cada alumno dar lo mejor de sí mismo en todos sus aspectos, bajo un ambiente de comprensión, cordialidad y disciplina".

El nombre de Giocosa es tomado en relación a la siguiente historia:

"...en la Italia del siglo XVI, cuando sólo los nobles tenían derecho a la educación, un pedagogo llamado Victorino de Feltre, tuvo la maravillosa inspiración de crear un espacio educativo al que tuvieran acceso todos los niños por igual y le puso como lema: -Aquí aprendemos jugando, no atormentando-, razón por la cual le llamo Giocosa".

El propósito de la escuela es que el ambiente que se logre, ayude al niño a ser capaz de:

"Crear, analizar, criticar constructivamente, actuar con convicción, describir valores y hacerlos propios, vivir en un ambiente de respeto y libertad, desarrollar actitudes de cooperación y solidaridad con sus compañeros y maestros, así como utilizar sus capacidades para desarrollar su inteligencia creadora, y construir su propio lenguaje" (tríptico de presentación de la escuela, enero de 1999).

Para que éstos objetivos se logren la institución propone propiciar " un ambiente escolar de aceptación y cariño, para que el niño pueda desarrollar su seguridad y capacidad afectiva" (tríptico de presentación de la escuela, enero de 1999).

ANALISIS DEL PROCESO DE INTEGRACION EDUCATIVA.

De acuerdo a los sistemas en los que las modalidades de integración se presentan como cascada, en la cual el alumno desde el nivel donde parta macha siempre hacia las clases de escuela regular, se puede afirmar que Salvador ha evolucionado en esta dirección desde que inició el proceso de su integración educativa.

Retomando a Deno (citado por Bautista 1990), él propone siete niveles para integrar a los niños con necesidades educativas especiales. Conforme a este modelo Salvador, ha evolucionado del nivel seis, donde de pequeño sólo asistía a la clínica especializada, hasta el nivel tres donde inició su integración. Según Deno en el tercer nivel, el alumno lleva un programa combinado, es decir, asistiendo a clases especiales y al aula normal, este es el caso de Salvador que en un principio recibía clases en la clínica como en la escuela regular.

Actualmente Salvador ha avanzado hacia los primeros niveles propuestos por Deno, él se encuentra ahora entre el nivel dos y el uno, el nivel dos porque se encuentra en clases normales y con servicios educativos y terapéuticos complementarios. Aunque también se considera a Salvador dentro del primer nivel propuesto por Deno, porque en este, se ubican las clases normales a tiempo completo a los niños con necesidades educativas especiales que son capaces de seguir el programa con ayuda del profesor.

CAPITULO V

RESULTADOS

Al término de esta investigación y luego de haber realizado las mediciones que se han relatado a lo largo del proceso de rehabilitación se obtuvo lo siguiente:

En el área de imitación, que es fundamental para el aprendizaje y el desarrollo, ya que sin ésta área el niño no puede aprender a hablar, y desarrollar otros patrones de comportamiento necesarios para su cultura. Los niños autistas frecuentemente tienen problemas específicos en esta área, ya que les cuesta trabajo imitar, y es muy necesario que estos sean enseñados desde lo más simple a lo complejo, para que el niño no desarrolle conductas o comportamientos disruptivos. La imitación básica encubre simple y directa repetición, así como en las vocalizaciones, y aplaudir con las manos etc, y generalmente se aprenden al inicio de la vida.

En ésta área se logro cumplir con todos los requerimientos del programa, ya que se alcanzó la mayor puntuación estipulada para esta área, que esta relacionada directamente con el desarrollo de la edad mental y de maduración del sujeto. Se logro alcanzar la meta de que el niño cumpliera con lo requerimientos de imitación necesarios de acuerdo a su edad cronológica, y sin presentar ningún déficit en esta área.

Percepción:

Muchos de los problemas de aprendizaje y comportamiento manifestados por los niños autistas, son resultado de una desorientada o una falla en el proceso de percepción. Estas dificultades pueden involucrar cualquiera de las modalidades sensoriales ya sea, audición, vision, tacto, olfato y gusto. Uno de los problemas más comunes de los niños autistas, es su inhabilidad para integrar la información sensorial percibida de su medio.

Los problemas perceptuales de los niños autistas son tan diversos de un niño a otro, Uno por ejemplo no puede percatarse de un sonido muy fuerte, y puede responder sin embargo de manera inapropiada a los sonidos producidos por el tráfico cotidiano. Este mal funcionamiento perceptual trae como consecuencia, mala adaptación, y se va a reflejar pr supuesto en el desempeño del sujeto.

En el área de percepción. Se logro emparejar la edad mental con la cronológica del sujeto, ya que no se mostró mayor dificultad, además de afortunadamente no encontrarse ninguna clase de daño orgánico en el sujeto, que pudiera traer repercusiones en el aprendizaje, con el simple hecho de reeducar ciertas modalidades y enseñar a asimilar, percibir objetos y acontecimientos nuevos en los alrededores del sujeto, se alcanzó cumplir con el objetivo.

Motora gruesa:

Desarrollar habilidades que impliquen coordinación motora gruesa, es de mucha importancia para el desarrollo de cada niño; las habilidades motoras gruesas de los niños autistas, con frecuencia se desarrollan dentro del marco de la normalidad, pero es necesario continuar y fomentar el desarrollo de éstas. Sin duda esta área complementa a otras áreas del desarrollo que debe tener cualquier niño normal. Además de percibir al sujeto de su propio cuerpo, y de éste en relación con el medio que lo rodea. Los problemas que con más frecuencia presentan los niños autistas dentro de ésta área son los siguientes: 1) falta de energía y fuerza muscular. 2) pobre control de balance; 3) pobre maneobramiento alrededor de obstáculos; 4) pobre control de velocidad y fuerza; 5) dificultad para organizar su propio cuerpo para dirigirlo a una sola acción.

En cuanto al desarrollo motor grueso de Salvador, afortunadamente desde un inicio no se encontraron fallas de ningún tipo, pero fue necesario encauzar sus habilidades para continuar y fomentar su adecuado desarrollo.

Motora fina:

Esta área en especial se refiere a esas actividades que involucran el uso de las manos y dedos; y por supuesto está muy relacionada con áreas como, imitación, percepción, motora gruesa, y especialmente con la coordinación ojo-mano. Las principales actividades que implican movimientos motores finos son las siguientes: 1) movimiento de manos y dedos de manera controlada; 2) tomar un objeto en una mano sin ayuda; 3) manipular un objeto en la ejecución de una prueba o una tarea; y 4) el uso de ambas manos cooperativamente. El éxito de estas actividades va a traer como consecuencia, que el sujeto pueda manipular objetos correctamente, como lo sería el uso adecuado de sus manos para poder vestirse, comer, e incluso desarrollar la escritura.

En esta área también se lograron cumplir con todos los objetivos del programa, logrando que Salvador pudiera manipular los objetos, de acuerdo a su diseño de utilidad, pudiera vestirse y comer sin necesidad de ayuda, y posteriormente realizar los movimientos necesarios para la escritura.

Integración ojo-mano:

La integración de habilidades, es una debilidad primordial en el niño autista. Aún cuando un niño pueda tener muchas habilidades motoras finas, su coordinación ojo-mano, pueden estar bajas, y puede deberse a problemas de percepción.

Muchas de las actividades motoras finas, fueron diseñadas para que el niño fuera capaz de manipular objetos. La integración ojo-mano, involucra la integración de esas habilidades con la percepción. Es importante tomar en cuenta esta área ya que como las demás esta interrelacionada de manera muy directa con las otras, y en ciertos casos vale la pena nivelar las áreas antes de seguir avanzando con los objetivos, para lograr una mejor comprensión y maduración en el niño.

En esta área se trabajo más con Salvador, ya que se presentaron ciertas tareas de mayor dificultad, pero con repetición y el trabajo continuo, se logro cumplir con el puntaje del programa como se puede ver en las gráficas, y alcanzar la maduración cronológica de acuerdo a la edad del sujeto.

Ejecución-Cognitiva:

Dentro de esta categoría, hemos incluido dos áreas que se relacionan: 1) la comprensión receptiva, de signos verbales, y el uso de unidades simbólicas de comunicación; y 2) niveles de ejecución, como apareamiento, secuenciar, categorizar, todos necesarios para organizar y comprender la información que se presenta del medio ambiente. Estos niveles son facilitados por el lenguaje receptivo, pero el lenguaje no es un prerrequisito para ejecutar todos los niveles de ejecución cognitiva.

Hemos aceptado, que el lenguaje receptivo y las actividades ejecutorias, en la misma categoría dado que muchos niños autistas, son impares en la adquisición de éstas funciones. Algunos niños pueden aprender niveles cognitivos noverbales mucho más rápido, de lo que pueden recibir el lenguaje, mientras que otros niños aprenden del otro modo. Porque los dos tipos son esenciales para la adaptación, encontramos de mucha utilidad seguir las respuestas preferentes del niño, y no hacer una distinción formal entre lenguaje receptivo y ejecución cognitiva.

Dentro de esta área, se trabajo con mucho énfasis, ya que debido al pronóstico del niño, nuestra tarea central fue enfocarnos, en el desarrollo, del potencial del niño, para poder lograr su aceptación dentro de una escuela normal, como resultado obtuvimos buen puntaje logrando que el niño casi lograra superar todas las pruebas que el programa requiere, alcanzando la meta de llegar a cubrir con todos y cada uno de los requerimientos mínimos para la aceptación escolar, y cabe señalar que no solamente se cubrieron los mínimos, el niño iba muy preparado y un poco debajo de los niños de su edad, incluso había personas dentro de la escuela que dudaban de su diagnóstico, la comunicación en todo momento entre la casa, escuela e institución ayudo principalmente a que se logaran los objetivos y se alcanzara la meta propuesta desde un inicio.

Cognitivo verbal:

Esta sección principalmente contiene actividades, que se han utilizado con mucho éxito, en el mejoramiento del lenguaje expresivo de los niños autistas. La meta de las actividades, incluye los siguientes puntos: comienzo de la vocalización, pronunciación de una sola palabra, frases cortas, respuestas sociales, descripciones de actos y eventos, hacer preguntas, y conversación social. Cada objetivo específico del lenguaje, se ha escogido para la necesidad particular de cada niño. Por ejemplo, las primeras y sencillas palabras enseñadas al niño, van de acuerdo a las necesidades para que obtenga lo que él quiere. El vocabulario se escoge de acuerdo al uso y significado de cada niño, y de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Cada técnica educacional va de la mano con los intereses personales de cada niño, para hacer de las actividades lo más placentero posible. Por ejemplo, algunos les gusta cantar, otros el movimiento físico, otros las fotografías, y otros el trabajo con rompecabezas. La atención del niño así como su cooperación, en el entrenamiento de lenguaje, va de la mano con materiales o acciones que el encuentre interesantes.

Estas actividades, estan muy relacionadas, con las contenidas en las secciones de imitación y ejecución cognitiva. El lenguaje normal se desarrolla por medio de la imitación; el niño escucha una palabra, y la copia. Es por eso que surge el lenguaje cuando realmente se empieza a comunicar cuando el significado de la palabra escuchada es comprendida. El niño puede hacer eco de las palabras que escucha, pero no puede ser capaz de usar las palabras espontáneamente para comunicarse, sino sólo hasta que las comprende receptivamente. Es por eso, que la imitación y el lenguaje receptivo, son parte integral dentro de cualquier programa de lenguaje.

Se cumplieron las metas establecidas dentro del programa, ya que se logró que desapareciera la ecolalia inmediata y retardada, que presentaba Salvador, además de que disminuyó de manera notable la inversión pronominal, no desapareció por completo, pero es muy esporádica la ocasión en que se presenta. Otro de los logros del programa del lenguaje, fue que la llamada (jerga) desapareciera por completo, orientando al niño, en que manifestara y expresara sus sentimientos, y no hiciera un mal uso del lenguaje.

Es recomendable seguir trabajando con Salvador programas de lenguaje, ya que en la actualidad tiene problemas en la pronunciación de la letra "r" que se sugiere reforzar y enseñar coorrectamente primero el adecuado acomodamiento de la lengua, ya que todavía equivoca la posición, y después poco a poco enseñarle el sonido adecuado de ésta letra.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Después del trabajo terapéutico realizado se concluye que el niño Salvador lleva actualmente una vida adaptada al ambiente cotidiano de familia y la escuela. Es importante recalcar que el trabajo no concluye, se debe realizar un seguimiento constante del paciente, con el fin de preservar y de continuar con el trabajo realizado. Además de que es muy conveniente señalar que el trabajo en equipo es la mejor manera de trabajar con éstos niños, ya que niños como Salvador que tienen la oportunidad de ser integrados a las escuelas; es de suma importancia la comunicación casa, escuela institución, para que todos estén informados del problema, y se pueda actuar con tiempo de acuerdo a las necesidades independientes de cada niño, además de reforzar el conocimiento del niño en las áreas que se está trabajando conjuntamente.

Además de que es vital contar con el conocimiento suficiente, de lo que se está tratando, para poder conocer que es lo más conveniente para cada caso terapéutico, ya sea qué herramientas van a ser las adecuadas para su evaluación, y qué técnicas son las adecuadas para su tratamiento, independientemente de que simpatizamos con una en particular. Porque la mayoría de las veces suele ser perjudicial, el tratar de generalizar todo, y verlo desde una sola perspectiva.

Tener en cuenta que existen técnicas especiales para el tratamiento de éstos niños, que los investigadores han estudiado y desarrollado, que existen modelos como en el basado para éste estudio, tomado en Schopler (1983), y Lovaas (1981), por mencionar algunos, que son los que mayores resultados han arrojado, y que han mostrado mucha mayor consistencia con el paso del tiempo.

Apoyando las formulaciones de Schopler (1971), dentro del área emocional, uno de los puntos que comparto y que se manifiestan de manera muy evidente en la actualidad, a diferencia del psicoanálisis, quien considera al autismo como una regresión al nivel primario del narcisismo. Y por otro lado tenemos la idea de Schopler quien descarta la idea del autismo como problema emocional y a los padres como culpables del mismo. Este punto además de haber causado polémica y revuelo entre las diferentes escuelas, no solamente viene a clarificar, sino a proponer modelos basados en técnicas especiales y estudiadas específicamente para las necesidades de los niños autistas.

Es también de sorprender que uno de los modelos utilizados hoy en día, aunque con modificaciones, pero los principios de éste todavía rigen en gran parte el aprendizaje de los niños autistas, es el propuesto por Lovaas (1971), quien además de mostrar resultados positivos, sigue siendo fiel a sus supuestos, que cabe mencionar otra vez, ya que tienen mucho de cierto, a pesar de ser uno de los más atacados por sus métodos:

1) El autismo no es un trastorno relacional, sino perceptivo y cognitivo.

2) No es necesario conocer las causas del autismo para poder tratarlo. El éxito del tratamiento consiste en fomentar conductas deseadas y en ir reduciendo las no deseadas.

3) También los no especialistas pueden aprender y utilizar los principios basados en el binomio premio castigo. Los efectos de la terapia pueden ser evaluados.

En vista de los resultados obtenidos de este estudio y del trabajo con estos niños durante 4 años puedo compartir la idea y la opinión de autores como Anthony, 1958; Schopler, 1965; Stron y Buick, 1961, (mencionados por Pardo, 1990). Que la respuesta anormal de los niños autistas ante los sonidos, visión y el olfato, sugieren una falla en la percepción-integración de los estímulos sensoriales.

Lo que nos lleva a pensar, en que en ocasiones no todas las técnicas tienen la verdad completa, y que sería también recomendable tomar en cuenta otros puntos de vista, para poder así formarnos una visión más clara del mismo fenómeno que nos estamos tratando de explicar, y en ese sentido, tomar lo que nos pueda servir de las diferentes teorías para lograr la rehabilitación del paciente, que es nuestra meta principal.

Apoyando las formulaciones de Kanner, encontramos a Ornitz y Ritvo (1968), quienes nos dejan en claro, y este punto es de importancia, ya que existen hasta la fecha personas que siguen creyendo que el autismo es una enfermedad, y que sus hijos de la noche a la mañana se enfermaron, o que si les dieron esta medicina o que si comio tal cosa, y que a partir de ahí su hijo se enfermo. Es por eso que apoyando a los autores quiero hacer énfasis en este punto. "El autismo se presenta desde el nacimiento", añadiendo que la apariencia extraña de su comportamiento, sus peculiares mnerismos y las estereotipias, le dan un carácter inconfundible de síndrome.

Sería además conveniente proponer dar platicas breves y de manera dinámica por las diferentes escuelas de la ciudad de México, sobre las multiples patologías infantiles, para que así el personal escolar, este más sensibilizado, y pueda identificar con mayores elementos los diferentes tipos de trastornos, y no dar a los padres un diagnóstico a la ligera, y además poder contar con la asesoría adecuada para el tratamiento respectivo y no estar frustrando más al niño con métodos inadecuados, que no tienen ningun significado para él. Ahora que se han modificado las leyes y sobre todo la nueva cultura acerca de la discapacidad que se ha propuesto formar en nuestro país, que en lugar de ser una cultura excluyente, aprenda a vivir, aceptar, y respetar a las personas con discapacidad, y no verlos como minusválidos.

Sería importante lograr que se promocionara y se hablara más de este tipo de trastornos a todos los niveles, no sólo a nivel de instituciones escolares, sino también a nivel médico, y de padres de familia, ya que el ideal sería poder brindar apoyo y tratamiento en edades muy tempranas del desarrollo, y la mayoría de los sujetos obtendrían mejores pronósticos, ya que por el momento en nuestro país aunque ha disminuido, todavía el promedio de edad en la que los niños ingresan a estas instituciones especializadas para ser diagnosticados y tratados, todavía es alto, se está intentando lograr que el promedio descienda de los 3 años y medio, y que se pueda diagnosticar dentro de los primeros meses de vida, ya que con mucha fineza se pueden observar signos característicos de este trastorno, aun en edades muy tempranas.

Se necesita tomar en consideración, que se les diera la oportunidad a los psicólogos y terapeutas que esten interesados en trabajar con la educación especial, de prepararse adecuadamente, y con la oportunidad de viajar a otros países, para que así puedan traer la aplicación correcta y no limitada de los modelos de vanguardia ya que han probado su verdadera eficacia.

Una de las principales limitaciones que se encuentran todavía en nuestro país, con respecto al modelo, es que aún en estos días, no se aplica en su totalidad como debe de ser, sino que en las diferentes instituciones, este modelo se adapta, y se aplican ciertas partes, y no al pie de la letra, cieryo es que éste modelo es para aplicarse además de la Institución en casa por los padres, pero es necesario antes que sea aplicado por los padres en sus casas, capacitar, entrenar y sobretodo, lograr que el padre de familia logre comprender las conductas de su hijo, el porque de sus comportamientos y reacciones, ofrecerle la oportunidad de que aplique las técnicas para el mejor manejo y funcionamiento con éstos niños de tan peculiares conductas, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo con ellos, y que nosottos los terapeutas somos sólo una guía para ellos.

En diferentes congresos llevados a cabo aquí en la Ciudad de México, investigadores de la Universidad de Carolina del Norte han venido ha mostrarnos una y otra vez los resultados de su sistema, logrando casi la independecia total del niño para lograr sus actividades, sin la necesidad de una supervisión, o la ayuda física, en un lapso de tiempo mucho menor que el que se logra en nuestro país, ademas de que en estados Unidos, dentro de las estadísticas ya se han reportado casos de niños autistas que se han integrado a las escuelas y han logrado llegar hasta la universidad. En nuestro país aún no se tiene conocimiento de esto.

Es de verdad una pena que una labor tan importante como la de lograr integrar y recuperar a una persona con una discapacidad, no sea tan valorado y sea una de las peores remuneradas económicamente en las instituciones en nuestro país, ademas de que debido a éste problema no cualquier persona ofrece sus servicios de manera altruista, y entonces se cae en el otro extremo de aceptar a cualquier persona que se ofrece, y no es tan sencillo, ya que muchas veces no se tiene la capacitación adecuada, y desgraciadamente la simple voluntad no es suficiente, ya que un mal manejo puede traer consecuencias severas para la persona a quien se trata de ayudar, además de que no todas las personas muestran el carácter y cuentan con el conocimiento adecuado. Y por el otro lado el psicólogo entrenado por la misma dificultad y manejo de estos niños es necesario que él también este sometido a tratamiento, ya que la misma carga de sentimientos y frustraciones que se viven en el trabajo, es necesario encontrarles una salida adecuada y bien canalizada, ya que de lo contrario, se pueden acumular y explotar de otra manera. Y puede vivir esta experiencia como verdaderamente desagradable o frustrante e incluso puede llegar a nunca más querer trabajar con niños.

Es muy importante que los directivos de las instituciones esten muy pendientes de su personal de trabajo, que a final de cuentas es el que trabaja directamente con los niños, y sin duda alguna se requiere no sólo una supervisión sino también brindarles tratamiento de tipo psicológico a ellos también.

Las instituciones con las que nuestro país cuenta para el manejo de éste tipo de niños es muy limitado, y ha promovido que los padres de familia con recursos económicos contraten a personas extranjeras para que vengan a capacitar y supervisar a personal de su confianza para que trabaje y rehabilite a sus hijos. Y la otra parte de la población, tiene que conformarse, con el manejo institucional que se lleva a nivel privado en nuestro país, que aún muestra deficiencias, ya que son programas caros y muchas veces no se cuenta con el apoyo económico del gobierno o de donativos de empresas privadas, que es como operan la mayoría de las instituciones, ojala que con esta nueva culturización que se pretende, las empresas y las personas, puedan comprender que somos como una gran unidad y que para funcionemos como tal necesitamos la ayuda de todos.

Además es necesario que los profesionales y los especialistas cuenten con las herramientas necesarias para proporcionar un diagnóstico adecuado, ya que una de las causas más comunes para un diagnóstico equivocado es precisamente, la aplicación de pruebas que simplemente no se pueden aplicar en todos los casos, como por ejemplo dentro del autismo, no se pueden aplicar las pruebas psicológicas normales, ya que el niño no muestra la comprensión ni maneja los conceptos tan abstractos que se le piden, entonces como consecuencia los resultados son muy desfavorables, además de que no logran aclarar a los padres que es lo que sucede con sus hijos, es por eso conocer y hacer uso de los instrumentos adecuados.

SUGERENCIAS:

Que este estudio pueda servir como modelo para que sea mejorado por las investigaciones venideras, que se reporten más casos como éste trabajados por especialistas, para que pueda aclarar más a los padres y profesionistas del área, ya que en nuestro país no se tienen muchos reportes de trabajos clínicos de niños con autismo.

Considerar para posteriores investigaciones, las nuevas posturas y concepciones del autismo, que están cobrando especial fuerza, como la Teoría de la Mente, la intervención genetista etc.

Que este modelo pueda ser comparado con otros modelos, para lograr unificar los criterios y llegar así a una sola meta.

LIMITACIONES:

Una de las principales limitaciones que tiene el estudio, es que solo se muestra una visión amplia y desarrollada, de como se puede trabajar con autismo con un programa, en este caso con el TEACCH, sin abarcar a profundidad otros modelos, con propuestas y visiones diferentes, considero que para los interesados, consultar los modelos que se mencionan en este trabajo a profundidad.

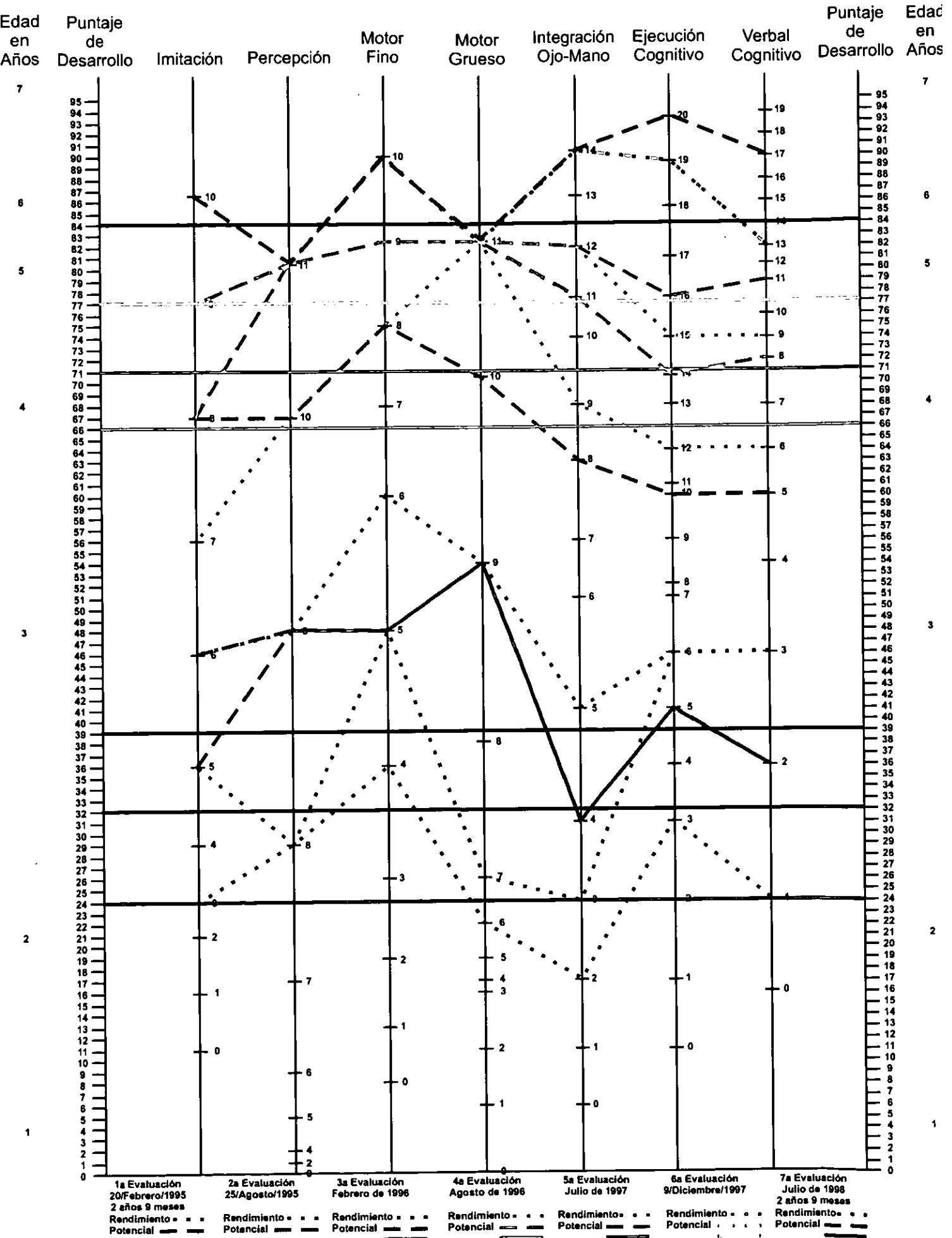
No se cuenta con evaluaciones psicológicas que puedan ser aplicadas a cualquier niño, como sería un Wisc, escalas de inteligencia etc. Para poder mostrar una visión comparativa, y ejemplificar de manera más clara, el porqué estos niños no pueden ser evaluados con estas, pero sería interesante tener esta comparación también de manera periódica.

Desafortunadamente, por falta de tiempo no se cuenta con observaciones clínicas hechas del paciente, en momentos de recreo, esparcimiento, en sí de conductas sociales, que nos pudieran dar una visión más clara de los avances en estas áreas, y de como fué su evolución, si existen conductas que predominan o no.

Algunas de las observaciones terapéuticas, por control y respeto a los pacientes, no pueden salir de la clínica, ni pueden ser comentadas a profundidad, por lo que no pudieron ser incluidas en el trabajo para su mejor comprensión.

El programa tiene como limitación, un tope en cuanto a la edad cronológica, y ya que el niño cumple con todos los requisitos de este programa, que sin duda alguna son las bases para trabajos posteriores, pero ya no los abarca ni los considera, entonces queda corto en cuanto al seguimiento, porque si bien cumple con las áreas del desarrollo, el niño no deja de continuar aprendiendo, y no existe hasta el día de hoy un programa que de continuidad a esto, ya que son niños que necesitan mucha explicación y estrategias especiales para el aprendizaje. Que es labor del terapeuta ingeniárselas y con mucha creatividad diseñar o modificar programas ya existentes.

PERFIL PSICOEDUCACIONAL DEL TEST TEACCH



1a Evaluación 20/Febrero/1995 2 años 9 meses
 2a Evaluación 25/Agosto/1995
 3a Evaluación Febrero de 1996
 4a Evaluación Agosto de 1996
 5a Evaluación Julio de 1997
 6a Evaluación 9/Diciembre/1997
 7a Evaluación Julio de 1998 2 años 9 meses

Rendimiento - - - - -
 Potencial - - - - -

REVISION BIBLIOGRAFICA

- American Association of Mental Deficiency. (1983) Clasification in Mental Retardation. U.S.A. : A.A.M.D.
- American Psychiatric Association, Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM IV), (1995). Barcelona: Masson.
- APNA, Asociación de Padres de niños Autistas (1985) Madrid: Torreangulo Arte Gráfico S. A.
- Baron-Cohen, S. (1988) Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective?. Journal of Autism and Developmental Disorders, 18, 379 - 397.
- Beauchesne, H., Bernarnd, G. (1990) Traité de psychopatologie infantile. Presses Universitaires de France. Paris,
- Bettleheim, B. Fugitivos de la vida. (1983) México : Fondo de cultura económica.
- Braumer, A. y Brauner, F. (1981) Vivir con un niño Autistico. España: Paidos.
- Casas S., Maria del Lucero. (1989) Estudio de Campo sobre el Desarrollo Psicológico, de acuerdo a la Teoría de Margaret Mahler de Niños con parálisis Cerebral y/o Retraso Mental en una Comunidad Determinada. México : Tesis U.I.A.
- Clancy, H: Dudgdale, A: Reudle-Short, J. (1969) The Diagnosis of Infantile Autism. Developmental Medicine a Child Neurology, 11, 432 - 436.
- Clarizio, M.F. y Mc. Coy G.F. (1981) Trastornos de la Conducta en el niño. México: Manual Moderno.
- Coronado, G. (1984) Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. México : Geisa.
- Cruickshank, W. (1984) El niño con Daño Cerebral. México : Trillas.

- De Myer, Marian, (1975) Neuropsychological Disability in Autistic Children: The Nature of the Neuropsychological Disability in Autistic Children. Classic Reading in Autism. New York: Teachers College Press, 1985.
- De Villard, Regis. (1986) Psicosis- y Autismo del Niño. Grad. Mercedes Torres Barcelona : Masson.
- Donnellan, Anne. (1985) Classic Readings in Autism. United States of America: Teachers College Press.
- Emde, R. N.; Harmon, P.H. (1982) The development of attachment and affiliative systems. Plenum Press, New York.
- Erickson, E.H. (1959) Identity and the life circle. International Universities Press, New York
- Erickson, E. Infancia y Sociedad. (1987) Buenos Aires: Horme, 11ava. edición.
- Eco, U. (1977) Como se hace una Tesis. Barcelona : Gedisa.
- Favre, J.P. (1981) Psicopedagogía del niño Psicótico. Paris: Masson.
- Ferster, L.B. (1961) Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. en: Donnellan, Anne, Classic Readings in Autism. United States of America: Teachers College Press. 1983.
- Freud, A. (1966) Normality and pathology in childhood. Hogarth Press, London.
- Frith, (1995). Autismo. Hacia una explicacion del enigma. Madrid; Ed. Alianza.
- Fureaux, Barbara. (1992) El Niño Autista. Buenos Aires: El Ateneo.
- Gadou, K. (1986) Childhood on Medication. College Hill Press, 2, 112 - 135.
- Ginsburd, H. y Opper Sylvia. (1977) Piaget y la Teoría del Desarrollo Intelectual. México: Englewood Cliffs.
- Grandin, y Scariano, (1986). Atravesando las puertas del autismo. México; Ed. Paidós.
- Hermelin, Beate. (1970) Psychological Experiments with Autistic Children. Oxford: Peramon.

- Hermelin, Beate y Frith, Uta. (1971) Psychological studies of childhood autism: Can autistic children make image of what they see and hear?. En: Donnellan, Anne. Classic Readings in Autism. New York: Research College Press. 1985.
- Hobson, R.P. (1985) Piaget: on the ways of knowing in childhood. In Rutter M. et Hersov L. (eds). Child and adolescent psychiatry: modern approaches, pp. 191 - 203. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Hobson, (1993). El autismo y el desarrollo de la mente. Madrid; Ed. Alianza.
- Howlin, Patricia. (1991) The Differential Diagnosis of Asperger's Syndrome. Forum Medicum, Inc, 1, 1 - 13.
- Ingalls, R. (1978) Retraso Mental: La nueva perspectiva. México: Manual Moderno.
- Itard, J. (1801) Memorias sobre Victor de L aeyron. Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1943) Autistic Disturbances os Affective Contact. Nervous Child. 2, 217 - 250.
- Kerlinger, F. (1988) Investigación del Comportamiento. México: Mcgraw-Hill 3a ed.
- Klein M. (1932) The psychoanalysis of children. Hogarth Press, London
- Klein M. (1948) Contribution to psychoanalysis. 191 - 1945. Hogarth Press, London
- Lambert, J. (1978) Introducción al Retraso Mental. Bruselas: Laerre Marcesa. (trad. Claudio Gancho), Ed. Herder Barcelona, 1980.
- Lang, J. L. (1979) Introduction a la psychopatologie infantile. Methodologie, études theoriques et cliniques. Editorial Dunod. París.
- Larousse (1989) Le petit Larousse en couleurs. Librairie Larousse, París.
- Ledoux, (1987). Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil. México; Ed.
- Lovaas, O.I. (1981) El niño autista. Debate, Madrid
- Lovaas, O.I. (1981) The ME book. USA; pro-ed, Inc.

- Mahler, M. S. (1968) On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. International Universities Press, New York. Paidós.
- Mahler, M. (1990) Estudios 2, Separación-Individuación. Argentina: Paidós.
- Marcin C. (1988) El enfoque del Tiempo Espacio Materia en los Tratamientos del Autismo. México: CLIMA.
- Masataka, O. (1987) Cognitive disorders of infantile autism: A study employing the WISC, spatial relationship conceptualization, and gesture imitations. Journal of Autism and Developmental Disorders, 12, 45 - 62.
- Mayfield, S.; Holland, E.; Oswald, D. (1987) Discharge planning and preparation for autistic residents in state mental health and mental retardation facilities: Final report. Developmental Disabilities Project. Department of Mental Health, Mental Retardation, and Substance Abuse Services. Richmond, VA.
- Organización Mundial de la Salud. (1980) Trastornos Mentales: glosario y guía para su clasificación internacional de enfermedades. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la oficina mundial de la salud.
- Ornitz, E; Ritvo, E. (1968) Perceptual Inconstancy in Early Infantile Autism. Classic Readings in Autism. New York: Teachers College Press, 1985.
- Paluszny, (1991). Autismo: guía practica para padres y profesionales. México; Ed. Trillas.
- Papalia, Diane y Wendkos, B. (1989) Desarrollo Humano. México: Mcgraw-Hill.
- Pardo García, Laura Patricia. (1990) Autismo una revisión bibliográfica. México s.n.: Tesina UIA.
- Parks, S.L. (1983) The assesment of autistic children: A selective review of available instruments. Journal of Autism and Developmental Disorders, 13, 255 - 267.
- Perrón, R. (1969) Actitudes e ideas respecto de las deficiencias mentales. En Zazzo, R. Los Débiles Mentales (Trad. Nuria Vidal) Barcelona: Fontanella, 1983.

- Piaget, J. (1975) Seis estudios de Psicología. México: Seix Barral.
- Polaino, A. (1982) Introducción al Estudio Científico del Autismo Infantil. Madrid: Alhambra, 1a. edición.
- Publicación divulgativa de International Rett Syndrome Association (IRSA), (Trad. profesor Arnan Otoniel Hidalgo), Barquisimeto, Venezuela, abril 1990.
- Quay, H. C.; Werry, J.S. (1972) Psycopathological Disorders of Childhood John Wilky & Sons. Inc. USA.
- Reichler, R. J. and Schopler, E. (1976) Developmental therapy: A program model for providing individual services in the community. En E. Schopler and Reichler R.J. (eds), Psycopathology and Child Development, pp. 347-372. Plenum Press, New York.
- Rimland, B. (1964) Infantile Autism. New Jersey: Century Psychology Series.
- Rimland, B. (1978) Savant capabilities of autistic children and their cognitive implications. En serban, G. (Ed.) (1979) Cognitive defects in the Development of Mental illness. New York: Brunner/Mazel.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1988) Prólogo al libro Gravedad en la infancia. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rutter, M. (1966) Concepts of Autism: A review of Research. En: Donnellan, Anne. Classic Readings in Autism. New York: Teachers College Press. 1985.
- Rutter, M. (1983) Conitive deficits in the pathogenesis of autism. Journal of child psychology and psychiatry. 24, 27 - 41.
- Rutter, M. y Schopler, E. (1984) Autismo Reevaluación de los Conceptos y el Tratamiento. Barcelona: Alhambra.
- Sandler, L. (1980) Panel report. New Knowledge about the infant from current research: implications for psychoanalysis. Am. J. Psychoanal. 28, 181 - 185.
- Santillana (Ed.) (1986) Diccionario enciclopédico de educación Especial. Madrid: Santillana.

- Schopler, E. y Reichler, R.J.(1971a) Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. J. Autism Child. Schizophr. 1:87-102.
- Schopler, E y Reichler, R.J. (1971b). Problems in the developmental assesment of autistic children. Excerpta Medica International Congress Series, no. 274, 1307-1311.
- Schopler, E. y Reichler, R. (Ed.) (1973) Psycopathology and Child Development. research and Treatment. New York: Plenum Press.
- Schopler, E., Rutter, M., y Chess, S. (1979). Change of journal scope and title. (Editorial) J. Autism Dev. Disord. 1:1-10.
- Schopler, E., y Reichler, R.J. (1979). Individualized Assesment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children. Vol. I. Psychoeducational Profile. University Park Press, Baltimore.
- Schopler, E, Reichler, R.J. y Lansing, M. (1980). Individualized Assesment and Treatment fos Autistic an Developmentally Disables Children. Vol II. Teaching Strategies for Parents and Professionals. University Park Press, Baltimore.
- Schopler, E., Mesibov, G.B. De Vellis, R.F., y Short, A. (1981) Treatment outcome for autistic children and their families. In P. Mittler (ed), Frontiers of Knowledge in Mental Retardation. Vol. I, pp. 293-301. University Park Press, Baltimore.
- Search Press (Ed.) (1972) Encyclopedia of Psychology. London: Search Press, Vol. I.
- Sigman, Marian; Ungerer, Judy; undy, P.; Sherman, Tracy. (1987) Cognition in Autistic Children. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder. Wiler, J.
- Sternberg, R.J. (1984) Mechanism of cognitive development: a componential approach. In Sternberg R.J. (ed.) Mechanism of cognitive development, p. 164. WH. Freeman, New York
- Tarjan, G. (1991) Foreword. In Lewis M. (ed.) Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, p. IX. Williams et Wilkins, Baltimore.
- Tustin, F. (1987) Estados Autisticos en los Niños. Buenos Aires: Paidos.

- Tustin, (1997). Autismo y psicosis infantil. Buenos Aires; Ed. Paidós.
- Udwin, D. y Yule, W. (1989) Children wit Williams Syndrome and Infantile Hyperalcaemia: Guidelines for Teachers. London: Infantile Hypercalcaemia Foundation Limited.
- Villard, R. de (1986). Psicosis y autismo del niño: clínica y tratamiento. Barcelona; Ed. Masson.
- Volkmar, F. et. al. (1987) Social deficits in autism: An operational approach using the Vineland Adaptive Behavior Scale. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 26, 156 - 161.
- Webster (1981) Webster`s third new international dictionary. Chicago.
- Wellman, (1992). The child`s Theory of mind. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press
- Wing, L. (1981) Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders. 11, 31 - 43.
- Wing, L. (1981) La educación del Niño Autista. Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott, D. W. (1957) The child and the family. Tavistock Publications, London
- Winnicott, D.W. (1958) Collected papers: through pediatrics to psychoanalysis. Tavistock Publications, London.
- Winnicott, D. W. (1965) The maturational process and the facilitating enviorment. Hogarth Press, London.
- Yates, T.T. (1991) Theories of cognitive development. In Lewis M. (ed.) Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, p. 109 - 129. Williams et Wilkins, Baltimore
- Yuste, Navarro A. (1997). La coterapia en el autismo infantil: una experiencia de actividades de auto y heteroayuda. Institución: CPEE "Virgen de la esperanza" Cheste (Valencia), p. 4 y 5. (En red). Disponible en: <http://www.aut.tsai.es>
- Zazzo, R. (1983) Los Débiles Mentales. (Trad. Nuria Vidal) Barcelona Fontanella.