



UNIVERSIDAD  
DE MONTERREY

**Biblioteca**

07 NOV. 2002



UNIVERSIDAD  
DE MONTERREY

**Biblioteca**

21 NOV. 2002



UNIVERSIDAD  
DE MONTERREY

**Biblioteca**

14 FEB. 2003

**VENCIMIENTO**

DCS  
\$50  
Dep. de Psicología

Universidad de Monterrey  
División de Ciencias de la Educación y Humanidades  
Departamento de Psicología

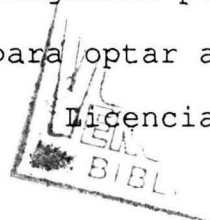


**El Autismo y Alternativas Actuales  
para su Tratamiento**

040:15  
P438a  
1991

901831

Monografía presentada como requisito  
para optar al Título Profesional de  
Licenciado en Psicología



por:

Rebeca Pérez Aguilar

Garza García, N. L. a Junio de 1991

A Dios:

Quien dispuso los medios para permitirme llegar al punto en que me encuentro.

A mis Padres:

Con profundo amor, respeto y agradecimiento.

A mis Hermanas:

Con cariño y gratitud.

A mi Novio:

Por su constante aliento.

A mis Amigos:

Por su apoyo incondicional.

A mis Maestros:

En especial al Lic. Hugo Torres asesor de mi monografía.

Y a todas aquellas personas que colaboraron conmigo directa e indirectamente, en la elaboración de este trabajo...

" Por lo que ahora soy, muchas gracias "

## INDICE

El propósito de esta monografía es analizar las posibles causas, evolución, diagnóstico y algunos de los tratamientos para el síndrome del autismo.

	Pág.
Introducción	i
I. Generalidades del autismo.	1
A) Punto de vista psicológico	1
B) Punto de vista médico	2
II. Posibles causas de autismo.	3
A) Bases biogénicas del autismo	4
1. Inconstancia perceptual	4
2. Falta de dominancia cerebral	6
3. Defecto del lenguaje	7
B) Bases psicogénicas del autismo	8
1. Defecto cognoscitivo central	8
2. Defecto de la asociación transmodal	9
III. Diagnóstico diferencial.	10
A) Esquizofrenia infantil	11
B) Psicosis infantil	12

C) Retraso mental	12
IV. Diagnóstico del autismo.	13
A) Criterios para el diagnóstico del autismo	14
B) Diagnóstico interdisciplinario del autismo	15
1. Audiología	16
2. Pediatría	16
3. Psiquiatría	17
4. Psicología	18
5. Trabajo social	19
6. Habla y lenguaje	20
V. Evolución del autismo.	21
VI. Revisión de diversas terapias	23
A) Terapias relacionadas con aspectos bioquímicos	24
B) Terapias relacionadas con la modificación conductual	25
1. Padres como terapeutas	27
a) Terapia de intercambio social	29
b) Terapia del desarrollo	29
VII. Nuevas técnicas para el tratamiento del autismo.	32
A. Uso del elogio y de conductas aberrantes como reforzadores	32

B. Autocontrol	33
C. Automonitoreo	34
VIII. Sistema de apoyo a padres.	37
1. Lo que los padres deben hacer	38
2. Lo que los padres no deben hacer	39
Conclusiones	40
Bibliografía	42

## INTRODUCCION

A través de la historia de la psicología encontramos múltiples posiciones y opiniones acerca de la etiología de las llamadas psicopatologías, de tal manera que muchas de ellas han pasado del campo de lo psicológico al campo de lo fisiológico, e incluso algunos han fluctuado entre ambas sin poder ubicarse en un contexto determinado. Este último es el caso del AUTISMO.

Esta monografía se realizó con el propósito de analizar las posibles causas, evolución, diagnóstico y algunos de los tratamientos para el síndrome del autismo; sin embargo para tener una idea más clara es necesario conocer un poco sobre su historia.

El término autista fue creado por Breule para designar la pérdida del contacto con la realidad (Muller, 1976, pg.28). En 1940 Kanner retoma este término modificando su sentido de manera que se refería a una incapacidad para adquirir el contacto con la realidad, ya que un niño no posee ningún contenido mental estructurado que pudiera ser perdido (Muller, 1976, pg. 29).

Es desde entonces que comienzan las investigaciones de manera formal sobre el autismo que, en sus inicios con Kanner como principal precursor, era considerado básicamente como de origen psicológico. Debido a que Kanner fue quien le dio por primera vez el nombre de autismo infantil, éste es conocido también como síndrome de Kanner (Wing, 1981, pg. 18).

Aunque las causas específicas todavía no se conocen, es necesario agotar los medios de estudio con el fin de encontrar nuevos resultados y respuestas con respecto a tratamientos.

Esta monografía se remite sólo a plantear algunas de las alternativas actuales del tratamiento y no investiga todas las posibles aplicaciones.

Una limitante que se encontró al realizar este estudio, fue la falta de bibliografía nacional referente al tema, por lo que se tuvo que recurrir a la información proveniente del extranjero, específicamente de EE.UU.



# AUTISMO

## I. Generalidades del Autismo.

A continuación se darán a conocer algunas definiciones de autismo desde el punto de vista psicológico y médico.

Para desarrollar este punto se tomo en cuenta el pensamiento de varios autores con el fin de dar una definición de autismo más completa.

### A. Punto de vista psicológico.

Se considera como autismo al síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidad para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio (Paluszny, 1987, pg.15).

Rutter menciona que el término autismo se emplea para describir una variedad particular de perturbaciones de las relaciones interpersonales que se manifiesta por una impresión de aislamiento y esquivez y una aparente falta de interés por las personas, un fracaso en la información de relaciones duraderas, evitando las miradas directas, poca variedad en la expresión facial, un relativo fracaso en demostrar los sentimientos o de tener sentido del humor, y una falta de simpatía o empatía por las otras personas (Bee, 1975, pg. 336).

K

Para Muller, el autista es aquel niño que se encierra en su propio mundo y vive en él sin adaptarse a la realidad ( Muller, 1976, pg. 33 ).

Para describir dicho síndrome se han empleado varios nombres:

Síndrome de Kanner, autismo anormal primario, autismo encapsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas y retraso mental asociado con el autismo.

El inicio de este síndrome normalmente se presenta en la infancia y algunas veces desde el nacimiento, pero se hace evidente con certeza durante los primeros tres años de vida ( Paluszny, 1987, pg. 15 ) .

Sin embargo, aunque se le conozca por diferente denominación, los autores coinciden en decir que el autismo es un síndrome en el cual se pone de manifiesto el desarrollo atípico de la niñez, caracterizado por una variedad de perturbaciones en las relaciones interpersonales, que se manifiesta por una impresión de aislamiento .

#### B. Punto de vista Médico.

Con respecto a la corriente orgánica existen varias posiciones, pero todas coinciden en que es un mal funcionamiento en el sistema nervioso central. Aproximadamente un tercio del total de los niños autistas tienen anomalías

del cerebro ( Wing, 1976, pg. 50 ) .

Según Calderón, hay una disfunción en el sistema de estructuras neuronales relacionadas con la función de la atención y respuestas motoras. A través de ellas llegan los estímulos sensitivos y se originan los estímulos motores (Calderón, 1986, pg. 90 ) .

Sin embargo y a pesar de los esfuerzos de las corrientes orgánica y psicológica por definir con claridad el síndrome del autismo, es necesario señalar que éste ha fluctuado entre ambas sin poder ubicarse en un contexto determinado.

## II. Posibles causas de autismo.

El autismo es frecuentemente encontrado conjuntamente con condiciones biogénicas y/o psicogénicas.

Existen varias indicaciones de un posible origen biogénico. El hecho de que el autismo se presente en etapas tan tempranas de la vida sugiere por sí mismo un problema biológico. El autismo ha sido vinculado con diversas condiciones que producen desajustes en el sistema nervioso central ( Paluszny, 1987, pg. 71-72 ) .

Por otra parte, si se estudia la relación que existe entre el síndrome autista y los genes podría especularse que el autismo es un trastorno heredado como un gene dominante

autosómico, un gene recesivo autosómico, o una transmisión vinculada al sexo. La transmisión dominante autosómica es aquella en la cual sólo un gene del par de genes de la pareja autosómica de cromosomas necesita mutar para producir el trastorno. Si uno de los padres tiene la disfunción, se espera que la mitad de sus hijos la herede ( Paluszny, 1987,pg. 72-73).

Otros investigadores han pensado en que el origen del autismo es psicogénico. Algunos han sugerido falta de estimulación, carencia de calidez paternal o algún conflicto intrapsíquico como resultado de una interacción familiar desviada.

Con todo, los niños autistas no muestran variación si se les cambia de entorno; por ende, esto debe llevar a concluir que el ambiente tiene una significación mínima en el desarrollo de esta condición ( Coon, 1986, pg. 264 ) .

A) Bases biogénicas del autismo.

1. Inconstancia Perceptual.

El problema principal en el autismo es una perturbación de la percepción o modulación. Esto implica sobreexcitación alternada con sobreinhibición del suministro sensorial, predominio poco común de algunos receptores sensoriales sobre otros y dificultad para interpretar las sensaciones internas (Kleinmuntz, 1980 , pg. 311 ).

Debido a estos problemas perceptuales, el niño no es capaz de establecer un concepto perdurable de sí mismo y de su ambiente, y dado este problema de integración del suministro perceptual, no puede aprender a interactuar normalmente con otros o emplear un lenguaje comunicativo ( Kleinmuntz, 80 , pg. 312 ).

Las sensaciones visuales del niño autista pueden mostrar inconstancias; éste puede ignorar totalmente a las personas y algunos objetos y, sin embargo, abstraerse en detalles diminutos de sus propias manos, de sus dedos, o de otros objetos .

Algunos niños autistas muestran una preferencia poco común por alguna modalidad de recepción y no por otras. Normalmente, la mayoría de la gente muestra preferencia y reacciona en mayor medida a los estímulos visuales y auditivos, pero es frecuente que los niños autistas muestren preferencia por el tacto, el olfato y el gusto ( Liende Rozental, 1983, pg., 128 ) .

Dentro de estas modalidades sensoriales, los niños autistas pueden mostrar preferencia por un tipo especial de texturas o de sabores u olores, pero reaccionan de manera muy negativa a otros.

Como ya se vio se ha postulado que tales inconstancias están relacionadas con defecto en la regulación de la percepción, localizado posiblemente en el tallo cerebral ( Paluszny, 1987, pg., 80 ) .

Como resultado de la incapacidad del niño autista para

emplear el suministro sensorial en la discriminación perceptual, se ve obligado a utilizar la manipulación de objetos y el movimiento corporal para comprender las sensaciones. Por tanto girar, aletear con las manos y colocarse en ciertas posturas, fenomenos muy a menudo observados en los niños autistas, pueden ser acciones compensatorias que intentan encontrar sentido en las percepciones defectuosas que ellos tienen ( Kleinmuntz, 1980, pg. 316 ) .

La aparente intolerancia al cambio podría ser un intento del niño por mantener una situación perceptual que él puede entender.

Dada la falta de equilibrio en la percepción (inconstancia perceptual), el niño no puede relacionarse con el mundo por que éste le causa sobreestimulación o una estimulación disminuida. Así, no es posible comprender sus propios límites, como tampoco es factible aprender a imitar a los otros ni a relacionarse con ellos (Ajuriaguerra, 1984, pg. 412).

## 2. Falta de Dominancia Cerebral.

¿Podría producir <sup>(el)</sup> el síndrome autista <sup>igualmente -</sup> la falta de <sup>o tro lado</sup> dominancia cerebral?

Esta es la pregunta que se han planteado algunos investigadores. Parece verídica la existencia de dicha situación, pues algunos niños autistas no muestran las diferencias electroencefálicas usuales cuando se comparan los

registros de los hemisferios derecho e izquierdo (Kleinmuntz, 1980, pg. 320 ) .

ya que  
Un defecto en la unidad funcional secundaria afectaría el funcionamiento de la unidad primaria al no proporcionar la organización y codificación adecuadas de los impulsos recibidos. Igualmente, el mismo transtorno afectaría el desarrollo de la unidad terciaria, de acuerdo con el principio de desarrollo jerárquico que existe en los niños . Un defecto de la unidad terciaria influirá en la regulación activa de todas las demás unidades inferiores (Paluszny, 1987, pg. 92 ) .

### 3. Defecto de Lenguaje.

Varios investigadores han sugerido que la deficiencia principal de los niños autistas es una anomalía en la comprensión del lenguaje.

Los niños autistas no se comunican mediante gesticulación y es común que no realicen actos de imitación. El niño autista oye, pero atiende a los sonidos de manera selectiva; es decir, puede escuchar un sonido en particular pero no centra su atención en el objeto que emitió ese sonido, no pone atención a la persona que habla y tampoco entiende el lenguaje oral (Lovvas, 1984, pg. 20) .

Estos niños no muestran lenguaje interno o conceptual; no emplean juguetes o cosas de manera funcional o apropiada, y no

crean juegos de imaginación. La mayoría de ellos continúan con graves problemas para comprender y expresar el lenguaje durante su vida. Por estos conflictos tan severos se ha sugerido que el mecanismo central en el desarrollo del autismo puede ser una alteración severa del desarrollo del lenguaje.

Parece que en el autismo subyace un desorden global del lenguaje que afecta la atención hacia el lenguaje de otros, la comprensión del lenguaje interno y, por supuesto, el lenguaje expresivo ( Lovvas, 1984, pg. 24 ) .

B) Bases psicogénicas del autismo.

1. Defecto Cognoscitivo Central.

Esta teoría se enfoca en las deficiencias de memoria abstracta del niño autista; y ha sugerido que al procesar la información recibida mediante los sistemas sensoriales, los niños normales pueden eliminar redundancias y reconocer las reglas apropiadas para almacenar tal información, en otras palabras, pueden codificar la información ( Lien de Roetzntal, 1983 , pg. 130 ).

Los niños autistas reciben la información sensorial, pero no pueden extraer lo que es crucial, pues retienen el suministro inicial de manera precisa y sin codificación.

Dado que la información debe codificarse como memoria abstracta para que sea almacenada y recordada, los niños autistas son incapaces de retener la información por períodos



largos y no pueden construir o modificar ésta información de la manera usual en el aprendizaje ( Galindo, 1987 , pg. 109 ) La información que se retiene es a corto palzo, sensorialmente específica y sin abstraccion, y sería útil para recordar la localización precisa de los objetos o para repetir una frase escuchada como lo haría un loro; no obstante, sin la codificación abstracta, la memoria normal empleada en el lenguaje y en la interacción social no puede desarrollarse (Galindo, 1987, pg. 110 ).

Si esta teoría se analiza desde el punto de vista del funcionamiento normal del cerebro, se podría observar que la codificación, el almacenamiento y el recuerdo de la infromación son fuentes de la segunda unidad funcional. Sin el funcionamiento normal de esta unidad sólo es posible la retención pasiva, es decir, la persona puede aprender por memoria retentiva, pero no planear o realizar funciones activas para ayudar al proceso de la memoria ( Galindo, 1987, pg. 115).

## 2. Defecto de la Asociación Transmodal.

Varios investigadores han señalado que existen defectos en la tranferencia de información de una modalidad a otra en los niños autistas, además de los problemas que conlleva sobreseleccionar y responder a los estímulos ( Rimm y Masters, 1986, pg. 84 ).

Los niños autistas no sólo tienen dificultad para recibir una pista auditiva y responder verbalmente a ella, sino que

muestran problemas para transferir la información visual a respuesta motora, las sensaciones auditivas en actividad motora fina y en muchos otros casos.

Este problema en el proceso de asociación transmodal ha sido estudiado por múltiples investigadores, quienes han encontrado que los niños autistas tienen problemas para recibir la información en una modalidad y responder en otra. Asimismo parecen tener problemas por ser incapaces de generalizar de una modalidad a otra y mostrar sobre selección (Rimm y Masters, 1986, pg. 87). Por tanto, parece que los niños autistas pueden presentar problemas en las áreas de asociación del sistema nervioso, particularmente en aquellas que se encargan de las asociaciones transmodales ( Rimm y Masters, 1986, pg. 88 ).

Las condiciones biogénicas y psicogénicas se consideran como posibles causas; cada cual expone sus fundamentos, sin embargo no se debe olvidar la heterogeneidad del síndrome, el cual en un momento dado pudiera ser resultado de la interacción de ambas condiciones.

### III. Diagnóstico Diferencial.

Con frecuencia el autismo infantil puede confundirse con otras perturbaciones de la niñez, algunos ejemplos son: Esquizofrenia infantil, psicosis infantil, retraso mental, entre otras. A continuación se dará un breve resumen de cada una de ellas.

a) Esquizofrenia infantil.

Se ha descrito y resumido con gran claridad las diferencias que se supone distinguen la esquizofrenia infantil del autismo infantil temprano (Abrey, 1980, pg. 283).

Los primeros investigadores del autismo consideraron este síndrome como un subgrupo de la esquizofrenia . Incluso Kanner sugirió en 1949 que el autismo infantil temprano era la manifestación más temprana posibles de la esquizofrenia (Paluszny, 1987, pg. 101 ) .

Los investigadores que piensan que el autismo es una entidad separada señalan varias diferencias entre estas perturbaciones. La esquizofrenia en la niñez muestra la más clara incidencia en dos grupos de edades. La primera incidencia más alta ocurre con anterioridad a los dos años y medio, y la segunda en la adolescencia. La primera puede ser representativa del autismo infantil, y la segunda de los inicios de la esquizofrenia. Por lo tanto, las edades de inicio de estos síndromes son diferentes y no hay continuidad entre ellas (Villard, 1988, pg. 50 ) .

Por otra parte, el autismo da muestras de un curso uniforme, sin las remisiones y recaídas características de la esquizofrenia. Las alucinaciones y los delirios de la esquizofrenia, tan característicos, no lo son del autismo y de hecho resultan muy raros ( Bee, 1975, pg. 222 ) .

También se encuentran algunas diferencias demográficas

entre estos síndrome: los padres de niños autistas muy rara vez son esquizofrénicos, pero existe una incidencia del 10 % de padres esquizofrénicos entre las personas que padecen esta alteración . La proporción por sexos también es diferente, pues el autismo resulta más común en los hombres ( 4:1 ) mientras que la esquizofrenia muestra una proporción igual entre hombres y mujeres (Paluszny, 1987, pg. 40-41).

#### B) Psicosis Infantil

En la mayoría de las clínicas psiquiátricas, el autismo se clasifica como una alteración psicótica de la niñez. Esta parece ser una clasificación aceptable y puede resultar de una disfunción orgánica o ser una alteración funcional.

La psicosis se describe simplemente como el funcionamiento desequilibrado en la adaptación y en la percepción de la realidad, lo suficiente para no poder enfrentarse a la vida cotidiana; por lo tanto, al autismo se le considera como una forma de psicosis ( Ajuriaguerra, 1984, pg. 213 ).

#### C) Retraso Mental.

El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, que existe de modo simultáneo con deficiencias en la conducta de adaptación y se manifiesta durante el período de desarrollo (Kisker, 1984, pg. 248 ) .

Normalmente, el niño retrasado no entiende algo, pero puede gesticular o hacer mímica, y parece tener deseo de comunicarse, también se observa que las relaciones interpersonales en su totalidad están desajustadas de manera grave; los niños con retraso presentan contacto visual, aunque pueden dar muestras de los mismos movimientos motores comunes que se encuentran en los niños autistas (Ajuriaguerra, 1984, pg. 149 ) .

Dado que los niños autistas frecuentemente poseen un CI bajo y manifiestan conductas peculiares, surge la pregunta de si el autismo debería considerarse una variante del retraso (Villard, 1986, pg. 77 ) .

Finalmente, el autismo podría estar presente a la par que el retraso, pero no es un tipo de retraso mental o el resultado de éste ( Paluszny, 1987, pg. 41 ) .

Como se comprueba, la incertidumbre sobre el origen y causas del autismo, así como sus características similares a las de determinadas perturbaciones, provocan confusión al diagnosticar, por lo que se requiere la máxima precaución al realizar esta valoración .

#### IV. Diagnóstico del autismo.

En este punto se considerarán los criterios para el diagnóstico del autismo desde una perspectiva teórica y,

finalmente, se presentará un modelo práctico de la función de un equipo interdisciplinario para el diagnóstico del mismo.

A) Criterios para el diagnóstico del autismo.

Desde la descripción inicial de Kanner, los síntomas críticos que describió no han cambiado de manera significativa. Los aspectos que Kanner consideró son:

1. Incapacidad de relacionarse con personas y situaciones.
2. No utilización del lenguaje con fines comunicativos.
3. Deseo obsesivo y angustiante por la ausencia de cambio.
4. Excelente memorización ( Villard, 1986,pg. 92 ) .

Por otra parte, Rutter señaló que era necesario definir cuales de los muchos síntomas del autismo se encontraban en todos los niños autistas y eran significativamente menos frecuentes en grupos con otros diagnósticos.

Se encontraron síntomas esenciales para el diagnóstico: 1. Fracaso profundo generalizado en desarrollar relaciones sociales.

2. Retraso del lenguaje, comprensión defectuosa, ecolalia y reversión de pronombres.
3. Fenómenos ritualistas o compulsivos ( Ajuriaguerra, 1984, pg.83 ) .

Creak, en 1961, elaboró una terminología precisa para el diagnóstico; los puntos claves son los siguientes:

1. Deterioro total y duradero de los modos de relación

afectiva con el entorno humano.

2. Ausencia de toma de consciencia.
3. Preocupación patológica por determinados objetos.
4. Resistencia al cambio.
5. Capacidades de percepción perturbadas.
6. Ansiedad violenta.
7. Retraso psicomotor serio ( Delgado, 1986, pg. 73 ).

Por su parte, Clancy en 1969 propuso una escala de 14 puntos que reagrupaba los síntomas del autismo. Estos puntos son:

1. Dificultad para asociarse.
2. Comportamiento de un niño sordo.
3. Resistencia al aprendizaje.
4. Ausencia de miedo ante el peligro.
5. ~~Resistencia al cambio.~~
6. Señala necesidades por medio de gestos.
7. Ríe o sonríe sin razón aparente.
8. No es cariñoso.
9. Hiperactividad física.
10. Evita contacto visual.
11. Apego raro a varios objetos.
12. Hace girar objetos.
13. Actividad inadecuada repetida y sostenida.
14. Actitud altanera ( Villard, 1986, pg. 96 ) .

B) Diagnóstico interdisciplinario del autismo.

Dado que el niño autista tiene problemas en varias áreas, es bastante útil <sup>contemplar desde</sup> ~~emplear~~ <sup>el funcionamiento</sup> diversas disciplinas para formular el diagnóstico y evaluar el funcionamiento del niño ( Paluszny, 1987, pg. 43 ) .

Al evaluar a un niño de quien se sospecha que padece autismo, comunmente se emplean las siguientes disciplinas: audiología, pediatría, psiquiatría, psicología, trabajo social, estudio del habla y lenguaje.

A continuación se dará una breve explicación de cada uno de los conceptos anteriores.

#### 1. Audiología.

La evaluación del niño autista que realiza el audiólogo puede formar parte de una evaluación multidisciplinaria. Los niños con sordera congénita suelen expresar muy pocas respuestas y mostrar un retraso del desarrollo del habla, por lo cual pueden confundirse fácilmente con niños autistas o con retrasados mentales. Aun así, ya se sabe que en el niño autista puede existir una pérdida de la audición periférica, además del autismo, por lo cual es importante evaluar una posible pérdida parcial de audición (Paluszny, 1987, pg. 45).

#### 2. Pediatría.

Trabajar con cualquier niño que tiene algún impedimento puede ser muy difícil para el pediatra, pero el niño autista tal vez sea el mayor desafío, debido a la carencia de



comunicación entre él y el médico (Ajuriaguerra, 1984, pg. 91).

Primeramente se debe obtener la historia médica a partir de los registros y de la entrevista con los padres. Después se observa al niño en el cuarto de exámen con sus padres presentes; posteriormente se realiza un exámen físico y neurológico general, con atención especial en la búsqueda de indicadores de disfunciones orgánicas. Finalmente, se intenta que el niño se relacione con el examinador o con alguno de sus padres ( Villard, 1986, pg. 102 ) .

De la historia y de la observación pueden obtenerse las siguientes conclusiones:

- a) El estado normal de salud del niño.
- b) Presencia o ausencia de disfunciones neurológicas como ataques o problemas motores.
- c) Caracterización de la conducta del niño en una situación particular ( Paluszny, 1987, pg. 46 ) .

### 3. Psiquiatría.

La mayoría de las evaluaciones psiquiátricas de los niños están basadas en tres aspectos diferentes:

- a) La historia del niño relatada por sus padres.
- b) La observación del niño.
- c) La interacción personal con él.

Cuando se atiende a un posible niño autista, después de determinar cual es la razón principal por la que fue enviado

con el psiquiatra y de tener una idea del problema, se determinan los síntomas asociados ( Aubrey, 1978, pg. 45 ).

Es importante determinar la historia temprana a partir de si hubo problemas durante el embarazo o el parto, o si se presentaron anormalidades ( sonreír, balbucear ), (Paluszny. 1987, pg. 50 ) .

Las relaciones interpersonales y la personalidad son importantes factores a determinar; aquí podría ponerse énfasis en si el niño interactúa con sus padres al igual que con sus juguetes o con su ambiente en general.

Finalmente, el psiquiatra interactúa con el niño, lo cual puede hacerse a nivel verbal, mediante juego o de ambas maneras ( Ajuriaguerra, 1984, pg. 102 ) .

#### 4. Psicología.

Uno de los principales problemas en el diagnóstico psicológico del autismo es que éste debe basarse exclusivamente en la sintomatología externa, pues las indicaciones psicológicas internas normales no están disponibles, debido a la relativa carencia de compromiso interpersonal o intercambio por parte del niño ( Aubrey, 1978, pg. 52 ) .

Otro problema para el diagnóstico psicológico es el desacuerdo entre los investigadores en el campo del autismo acerca del grupo nosológico de condiciones a las que pertenece. No obstante que la mayoría de los clínicos que trabajan con

diagnósticos complejos de las incapacidades del desarrollo actualmente piensan que los niños autistas son examinables, ésta es una tarea abrumadora que requiere mucho tiempo (Paluszny, 1987, pg. 57-59 ) .

En la evaluación psicológica del niño es muy importante asignar una tarea de aprendizaje o de evaluación a la madre y después al padre, para que se la administren al niño, y de esta forma no sólo se puede observar el estilo de enseñanza de los padres, sino que además se puede aprender a inferir mucho de la observación de esta interacción.

En resumen, el niño autista es un problema enigmático para el diagnóstico: se parece al niño retrasado profundo, al niño ciego y sordo, al niño con daño cerebral orgánico o al niño con anomalías perceptuales y psiconeuronales, por lo que frustra al psicólogo examinador en sus esfuerzos por evaluarlo ( Paluszny, 1987, pg. 66 ) .

## 5. Trabajo Social.

Un trabajador social tiene capacidad para contribuir de diversas maneras a los procesos de diagnóstico y de tratamiento que se proporcionan a la familia de un niño autista.

El trabajador reúne la información acerca de la dinámica familiar con atención en los patrones de interacción entre los diversos miembros de la familia, a la percepción que cada miembro de la familia tiene del niño autista y el lugar que éste ocupa en ella ( Villard, 1986, pg. 95 ) .

El trabajador social debe estar preparado para proporcionar al equipo interdisciplinario la descripción de la rutina en el hogar familiar y los procedimientos que se han establecido para que la familia pueda mantenerla. Es importante para el equipo comprender los límites familiares particulares y las reglas conductuales que son importantes para la familia de ese niño, así como adquirir consciencia de cómo se establecen estos límites y reglas y cómo se moldean, se mantienen y se gratifican ( Ajuriaguerra, 1986, pg. 91 ).

Debe tener información acerca de las responsabilidades de los padres y de como éstas se distribuyen en la familia del niño, con especial atención en la identificación de la manera como se maneja la conducta en determinadas situaciones (Aubrey, 1978, pg. 71 ) .

## 6. Habla y Lenguaje.

El papel del patólogo del lenguaje en el diagnóstico del niño autista es primordial. Las habilidades del lenguaje tanto receptivas como expresivas permiten observar el mundo del niño ( Palusny, 1987, pg. 50 ) .

Cualquier evaluación llevada a cabo por un especialista en la audición y el lenguaje debe incluir una evaluación del movimiento y de la conducta; de las habilidades cognoscitivas y del lenguaje interno y expresivo, que varía desde el mutismo hasta los patrones desviados del lenguaje o hasta las estrategias distorcionadas de la comunicación y de lenguaje

receptivo ( Ajuriguerra, 1986, pg. 95 ) .

Como se ve, el diagnóstico del autismo no es una tarea fácil; es necesario partir desde un enfoque multidisciplinario con el fin de tener un panorama con mayor claridad y exactitud.

#### V. Evolución del autismo.

A continuación se revisará el desarrollo del autismo en los primeros años de vida del niño autista.

En el curso del primer año, se pueden observar rasgos de conducta cuya existencia en la actualidad debe alertar al clínico. Los niños autistas son descritos por sus madres como bebés particularmente tranquilos, es decir, no solicitan nada de nadie y parecen felices cuando están solos. Parecen indiferentes a la presencia del adulto, se percibe la ausencia de actitudes anticipatorias; no vuelven la cabeza hacia la madre cuando ésta entra en su habitación, no muestran agitación alguna cuando va a tomárseles en brazos.

El tono dinámico se halla modificado, cuando se les coge o se les lleva, producen la impresión de peso muerto.

Los datos principales del despertar psicomotor se hallan modificados: ausencia de sonrisa a los tres meses y ausencia de reacción de angustia a los ocho meses ( Ajuriaguerra, 1986, pg. 256 ) .

En el curso del segundo y tercer año el autismo es ya evidente. No hay contacto con el entorno, incluida la madre. La mirada está ausente, vacía, difícil de fijar; a veces se observa una vigilancia extrema, pero con "una mirada periférica", es decir, el niño autista observa al adulto de reojo especialmente si el mismo no se siente observado (Ajuriaguerra, 1984, pg. 257 ) .

Como ya se señaló ( pg.12 ), el autismo es más frecuente en niños que en niñas en una proporción de 4 a 1, pero hay algunas sugerencias de que las niñas autistas tienden a ser más seriamente afectadas ( Shaffer, 1985,pg. 55 ) .

Cuando llegan a adultos, dos tercios de los autistas aproximadamente están muy incapacitados y no pueden valerse por sí mismos, entre un 5 a 17 % están trabajando, tratando de vivir alguna clase de vida social y cuidándose a sí mismos (Paluszny, 1987, pg. 62 ) .

La prognosis está fuertemente influenciada por el CI de los niños y sus habilidades para el aprendizaje. Si el CI es menor de 50 en los tests de ejecución es casi seguro que el niño autista permanecerá incapacitado de por vida; si a los 5 años el lenguaje es casi nulo y el CI sobre 50 el niño podrá ajustarse un poco, pero no totalmente; si la inteligencia no verbal se encuentra dentro del rango normal y hay un nivel útil del lenguaje hablado a la edad de 5 años, con un pequeño defecto de comprensión, hay una probabilidad de 50-50 de un

ajuste social normal en la vida adulta. Sin embargo, aún entre los niños autistas menos afectados muy pocos alcanzan la normalidad completa (Shaffer, 1985, pg. 58) .

La evolución favorable algunas veces se observa en una relativa regresión del autismo, adquisición del lenguaje y un grado suficiente de adaptación social para permitir la escolarización y más tarde la actividad profesional (Ajuriaguerra, 1984, pg. 259 ) .

Es así como una tranquilidad aparentemente normal en el niño, la indiferencia a la presencia del adulto, la falta de contacto con el entorno nos pueden alertar sobre la posible presencia del autismo .

## VI. Revisión de diversas terapias.

Se han utilizado diversos métodos terapéuticos para tratar a los niños autistas. La tendencia actual es emplear los métodos educacionales, ya que el desarrollo estructurado de las habilidades es lo que mejor funciona en casos de autismo. Los tipos de terapias que se emplean se enfocan a los síntomas específicos o a la promoción del crecimiento adaptativo (Paluszny, 1987, pg. 91 ) .

Estas formas de terapia pueden dividirse en los siguientes grupos:

a) Terapias relacionadas con aspectos bioquímicos, y

b) Terapias relacionadas con la modificación de la conducta

A continuación se dará una breve explicación de lo anterior.

a) Terapias relacionadas con aspectos bioquímicos.

Una de las teorías acerca de las anomalías bioquímicas en el autismo postula niveles anormales del neurotransmisor serotonina.

En esta área se presentan problemas metodológicos, pero dado que algunos niños autistas tienen altas concentraciones de serotonina en la sangre, varios investigadores se han preguntado si el decremento de ésta podría dar como resultado una mejoría clínica (Rimm y Masters, 1986 pg. 72).

Por otra parte, se han utilizado varias hormonas en el tratamiento de niños autistas, y la que muestra resultados más alentadores es la tiroidea. Esta hormona es muy importante para la maduración del sistema nervioso central.

En la actualidad se exploran diversas áreas en el tratamiento médico del autismo (Rimm y Masters, 1986 pg. 76).

Cabe señalar que la terapia de fármacos se considera normalmente auxiliar de otro tipo de terapias y no una terapia en sí misma. Sólo debe usarse si los padres y el médico están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño realmente amerita este tipo de intervención.

Generalmente, los niños muestran menos efectos colaterales a las drogas que los adultos, así como mayor variabilidad en



dosis apropiadas. Aún más, de acuerdo con principios generales, administrar droga a un organismo en crecimiento, y particularmente a un niño autista que no puede hacer saber su malestar físico relacionado con la droga, requiere una consideración cuidadosa para determinar si la terapia es realmente necesaria ( Paluszny, 1987 pg. 94 ).

Aunque varios agentes farmacológicos han sido investigados como tratamientos para el autismo, hasta ahora ninguno de ellos ha probado ser exitoso. Desafortunadamente no se ha identificado la causa del autismo y es por eso que no existe ningún tratamiento con medicamentos para enfrentarlo.

Esta situación ha llevado a médicos e investigadores a enfocarse en la evaluación de los efectos de varios agentes farmacológicos en comportamientos específicos asociados con el autismo.

Entre los medicamentos utilizados se encuentran: estimulantes, antidepresivos, neurolépticos, hormonas tiroidales, carbonato de litio, anfetaminas y megativinas.

La gran mayoría de estos tratamientos no han probado ser muy efectivos y muchos tienen efectos secundarios ( Koegel, 1990 pg., 20 ) .

#### b) Terapias relacionadas con la modificación conductual.

La modificación conductual es el enfoque terapéutico principal empleado con los niños autistas. Este tipo de terapia

ha sido comparada con la terapia de juego y parece que es la más eficaz con los niños autistas ( Kazdin, 1986 pg. 100 ) .

Dicha terapia está basada en la teoría del aprendizaje y enfoca las perturbaciones del niño sobre las circunstancias externas. La causa real de la condición del niño no es realmente importante, sino más bien la conducta del niño que se observa como respuesta a los estímulos externos

El tratamiento no tiene por objeto descubrir la razón por la que el niño autista no habla o no juega, sino enseñarle como llevar a cabo estas funciones (Paluszny, 1987, pg. 99) .

En esta terapia se distinguen los siguientes pasos:

1. El terapeuta de la conducta debe definir primero los síntomas que se modificarán, ya sea una conducta que debe eliminarse o una conducta que debe incluirse.
2. Identificar las pistas o estímulos que produce esa conducta.
3. Diseñar un plan de terapia.
4. Mediante reforzamientos positivos y/o negativos, en pasos planeados, el terapeuta debe hacer que las respuestas del niño se dirijan hacia la conducta deseada ( Paluszny, 1987 pg. 100 ) .

Primeramente, se deben seleccionar los síntomas más críticos por modificar. Después la atención debe centrarse en la promoción de otras habilidades del desarrollo como el

lenguaje, control de esfínteres, etc. Posteriormente, el terapeuta debe observar al niño con el fin de determinar los estímulos que provocan la conducta a modificar ( Koegel, 1990 pg. 32 ) .

El enfoque más positivo para tratar de eliminar una conducta negativa es empezar a reforzar al niño por una conducta diferente y positiva. Es decir, cuanto más frecuente se haga la conducta positiva que se refuerza, la conducta negativa será menos frecuente.

La modificación de la conducta es, por el momento, la base del trabajo terapéutico más importante con los niños autistas. Los terapeutas deben usar los reforzadores positivos cuando sea posible, pero también los reforzadores negativos cuando sea necesario y resulte de utilidad, especialmente para eliminar las conductas que obstruyen el trabajo en el niño ( Koegel, 1990 pg. 32 ) .

Cabe señalar que el enfoque conductual permite a los padres desarrollarse activamente en el tratamiento del niño autista. A continuación se dará <sup>a</sup> conocer un breve resumen sobre esto.

#### 1. Padres como terapeutas.

El papel que desempeñan los padres en el síndrome del autismo ha sido tema de muchas discusiones desde que Kanner definió el síndrome en 1943. No obstante que Kanner habló por primera vez del autismo como "un defecto innato del contacto

afectivo", esta teoría fue pronto rechazada en sus investigaciones. El papel que desempeñaban los padres en el tratamiento del niño autista dependía del grado en que eran considerados la "causa" del autismo del niño ( Rimm y Masters, 1986, pg. 99 ) .

→ En la actualidad, se sabe de antemano que los padres forman una parte integral en el tratamiento del niño autista. Es de suma importancia que los padres establezcan prioridades en relación al programa conductual del niño, el cual debe satisfacer las necesidades de la familia.

Un factor esencial para el ajuste exitoso al tener un niño autista es contar con expectativas realistas para ese niño. La importancia de este paso no se puede sobreestimar, pero ayudar a los padres a alcanzar este punto requiere el cuidado y la preocupación más grande del profesional. Este debe ayudar a los padres a que renuncien a las expectativas no realistas para su hijo, sin desalentarlos de que vale la pena trabajar para lograr ciertas mejoras en la conducta del niño ( Kleinmutz, 1980 pg. 341 ) .

Aprender a tener expectativas realistas para un niño autista es un proceso gradual y difícil, como lo es el separar lo que constituye la relación padre-hijo de lo que sería una terapia.

Han aparecido diversos estudios respecto del desarrollo de programas en el hogar en los que funcionan los padres como terapeutas. Se entrena a los padres de varias maneras, mediante

la observación de los profesionales que explican sus técnicas o por la participación directa en el proceso de entrenamiento, eventualmente, por visitas semanales de seguimiento por el personal de entrenamiento.

Existen diversos tipos de terapias empleadas por los padres, las siguientes son ejemplo de ellos ( Rimm y Masters, 1986 pg. 101 ) .

a) Terapia de intercambio social.

Describe al autismo como una serie de conductas que pueden modificarse. La conducta es un intercambio en el que participan los padres y el niño autista y los intercambios pueden ser iniciados o recíprocos, es decir, contestados.

El padre y la madre deben sentarse cerca del niño y, mediante el empleo de reforzadores comestibles o de otro tipo, deberán seguir paso a paso la técnica en la enseñanza de las diversas habilidades al niño . Algunas de las áreas en que se trabaja específicamente son: el contacto ojo a ojo, el desarrollo de la conducta constructiva, la imitación motora y el lenguaje ( Paluszny, 1987, pg. 102 ) .

b) Terapia del Desarrollo.

En esta terapia existe un período inicial de observación y de allí en adelante se vigila y controla la terapia hecha en casa. Además de mostrar al terapeuta como trabaja el padre o la madre con el niño en casa durante las sesiones estructuradas,

los padres se encuentran con él en otras horas para discutir los problemas cotidianos que no se relacionan inmediatamente con las sesiones estructuradas, como las perturbaciones del sueño o el control de esfínteres. Las sesiones estructuradas se vinculan con cuatro áreas ( Lovvas, 1984 pg. 63 ) a saber:

1) Relaciones humanas.

En esta área se alienta al niño a relacionarse con el adulto y no se le permite que evite esta interacción. Se previenen conductas como la autoestimulación, el aislamiento, el tratar de huir, etc., mientras que los contactos iniciales se refuerzan con comida, juguetes o con otros medios (Delgado, 1986, pg. 155) .

2) Motivación a la aptitud.

Aquí la meta es ayudar al niño a desarrollar placer e interés por sus juguetes y sus materiales educativos. Se alienta al mismo tiempo la exploración y otras habilidades necesarias para jugar ( Koegel, 1990 pg. 50 ) .

Cuando a los niños con autismo y otras formas severas de impedimento se les enseña nuevas habilidades, ellos no exhiben frecuentemente estos patrones nuevos de comportamiento en otras situaciones y con otras personas. Muchos de estos involucran técnicas de aprendizaje provocando comportamientos que van a ser mantenidos por contingencias ambientales y naturales.

Los elogios de algún adulto son un reforzador positivo y

aunque raramente disponibles se dispensan en muchas situaciones de este tipo, pues no se ofrecen frecuentemente por los adultos. Sin embargo, los comportamientos que son efectivos se deben a la producción de elogios por los adultos ( Charlop, 1990 pg. 25 ).

### 3) Funciones cognoscitivas.

El mayor énfasis se centra en el desarrollo de la comunicación tanto receptiva como expresiva, lo cual se tiene que adaptar a cada niño de manera individual (Monfort, 1984 pg. 72 ) .

### 4) Funcionamiento perceptual motor.

La coordinación y la conciencia que el niño tiene de su cuerpo se promueve mediante los ejercicios motores gruesos. Se tienen en cuenta las variaciones individuales ( Rimm y Masters, 1986 pg. 115 ) .

De esta manera, cada terapia propone diferentes alternativas a seguir; sin embargo, se debe tomar en cuenta los requerimientos especiales que cada caso amerita, seleccionando así el tratamiento adecuado, teniendo siempre presente lo básico que es el apoyo por parte de los padres en el desarrollo del mismo.

## VII. Nuevas técnicas para el tratamiento del autismo.

A continuación se presentarán brevemente algunas de las técnicas para el tratamiento del autismo que se utilizan en Estados Unidos hoy en día .

### A. Uso del elogio y de comportamientos aberrantes como reforzadores.

Una de las técnicas para incrementar el mantenimiento y generalización de nuevas habilidades o destrezas en el niño autista es el elogio por parte del adulto.

Harchik , menciona que cuando el niño autista se le enseña nuevas habilidades, no exhibe con frecuencia estos patrones nuevos de comportamientos en otras situaciones y con otras personas.

Investigaciones previas han demostrado que los sujetos pueden ser enseñados a recurrir al elogio y a la retroalimentación de los adultos. Los resultados de estas investigaciones demuestran que niños autistas pueden aprender a solicitar retroalimentación de su propio trabajo; esto apoya los hallazgos de investigaciones previas con jóvenes autistas en situaciones hogareñas ( Harchik, 1990, pg. 77 )

Al igual que el elogio, el uso de comportamientos aberrantes como reforzadores se ha utilizado recientemente en



el tratamiento de niños autistas.

Charlop, menciona que la estereotipia puede ser reforzante, quizás porque contiene propiedades sensoriales y/o perceptivas específicas, y existe la hipótesis de que los reforzadores perceptuales dados por estereotipia son reforzadores primarios porque sirven una función orgánica de estimulación al sistema nervioso central ( Charlop, 1990 pg. 163 ) .

No todos los niños son candidatos ideales para estos procedimientos, por ejemplo, algunos pueden demostrar comportamientos perseverantes. Algunas formas preferidas de estereotipia como jugar con la saliva o el movimiento ocular continuo no pueden ser fácilmente controlados por el terapeuta.

A pesar de estas limitaciones, el procedimiento parece ser efectivo y provee de esperanzas para el futuro del niño autista ( Charlop 1990, pg. 163 ) .

#### B. Autocontrol.

El autocontrol es una técnica de tratamiento relativamente nueva de la cual hay gran esperanza para la facilitación de cambios de comportamiento.

El propósito de diversas investigaciones acerca de esta técnica ha sido demostrar, empíricamente, la posibilidad de que individuos que padezcan autismo pueden ser enseñados a utilizar los procedimientos del autocontrol, reduciendo así el comportamiento estereotipado y mantener por largos períodos de

tiempo en situaciones cotidianas y no cotidianas con un mínimo de involucramiento del terapeuta ( Koegel, 1990, pg. 119 ) .

El autocontrol tiene dos fuerzas potenciales para la reducción o eliminación del comportamiento estereotipado:

a) Las técnicas del autocontrol pueden usarse por períodos extensos de tiempo en ausencia del proveedor del tratamiento.

b) Las técnicas del autocontrol son fácilmente adaptadas en una amplia variedad de situaciones naturales ( Koegel, 1990, pg. 120 ) .

### C. Automonitoreo.

Con respecto a las innovaciones en tratamientos del comportamiento, el automonitoreo es la técnica que se está utilizando actualmente para el tratamiento del autismo teniendo resultados muy favorables.

El automonitoreo se está utilizando para reducir comportamientos anormales interferentes, con el objetivo final de incrementar las áreas de respuesta apropiada .

Se debe enfatizar este procedimiento ya que: realmente incrementa los efectos generalizados y es una técnica no aversiva y rápidamente aplicable en comunidades preestablecidas ( ambientes controlados ) y una vez aprendido, es aplicable a numerosos comportamientos objetivos ( Koegel, 1990 pg. 52 ) .

El automonitoreo puede involucrar modificaciones secuenciales a través de múltiples ambientes en el medio

natural, de lo que se ha demostrado resulta una mayor generalización. También el monitorear fuera del ambiente controlado es probable que incorpore un rango de estímulos familiares y actividades más naturales que son más probable que faciliten la adquisición con rapidez de una respuesta apropiada.

Los pesos combinados y relativamente individuales de dichas variables en la efectividad de un programa todavía deben de separarse y probablemente sea una área interesante para futura investigación. Sin embargo, en este momento se es capaz de decir que, cualquiera que sea la razón en general, el comportamiento adecuado parece mejorar bastante en niños con autismo cuando los procedimientos de automonitoreo son utilizados.

Por esta razón se ha utilizado el automonitoreo para reducir comportamientos problema e incrementar el comportamiento adecuado, con la meta última de mejorar la motivación y la respuesta y por tanto incrementar la relación recíproca entre comportamiento apropiado e inapropiado.

Más aún, el uso de actividades de automonitoreo incorpora al niño como participante activo en su programa de tratamiento para que de esta manera se conviertan en su propio terapeuta (Koegel, 1990, pg. 58 ) .

A continuación se dará un breve bosquejo de los puntos principales del automonitoreo:

1. Preparación.

- a) Observar el comportamiento del niño y definir operacionalmente los comportamientos objetivos apropiados e inapropiados.
  - b) Especificar las características del ambiente.
  - c) Determinar una unidad de comportamiento lo suficientemente pequeña que permita al niño adquirir reforzamiento inmediato.
  - ch) Definir reforzadores funcionales.
  - d) Determinar un incremento gradual en la unidad de comportamiento hasta que se consiga el objetivo último de comportamiento.
2. Entrenando el comportamiento en ambiente controlado.
- a) Inducir al niño a comprometerse e identificar ambos comportamientos, apropiado e inapropiado.
  - b) Enseñar al niño a registrar la frecuencia del comportamiento objetivo.
  - c) Proveer reforzadores para llevar un monitoreo preciso del comportamiento o comportamientos.
  - ch) Establecer un nivel de criterio que sea suficientemente alto para que el niño sea capaz de realizar el comportamiento rápidamente y con éxito, en el medio ambiente natural, durante los pasos subsiguientes del tratamiento.
3. Automonitorear en ambientes naturales.
- a) Si ningún comportamiento apropiado ocurre en el medio ambiente natural, entonces determinar un método para

apresurar su ocurrencia.

- b) Definir que clase de reforzadores pueden ser ganados cuando el niño entregue sus propios registros de las ocurrencias del comportamiento objetivo.
- c) Determinar un método para validar el automonitoreo del niño en ambientes que no son de entrenamiento ( Koegel, 1990, pg. 54 ) .

Basados en el trabajo anterior, se puede anticipar amplios mejoramientos en cuanto a comportamientos destructivos y de automutilación.

Quizás más importante sea el cambio que se da en el funcionamiento de la familia y que parece ocurrir cuando el comportamiento destructivo es eliminado (Koegel 1990, pg.53).

Las técnicas citadas con anterioridad tienen como base fundamentos conductuales y han sido de gran utilidad en el tratamiento de niños autistas particularmente. Sin embargo, sea cual fuere la técnica seleccionada, debe de contarse con expectativas realistas para el niño, así como satisfacer intereses de los padres, del niño y de la técnica misma.

#### VIII. Sistema de apoyo a padres.

Al planificar el futuro, muchos padres de niños autistas se preocupan por lo que les sucederá a sus hijos si, cuando

lleguen a la edad adulta, no se les ha capacitado para llevar una vida independiente.

Es necesario que los padres sirvan como maestros de sus propios hijos; sin embargo, un exceso de este tipo de compromiso puede ir en detrimento del desempeño del padre en su papel prioritario: ser padre o madre del niño autista.

Además de los maestros y los padres, es útil el estímulo que brindan otros profesionales y no profesionales con el fin de mantener las condiciones óptimas para el niño autista y su familia ( Galindo, 1987, pg. 325 ) .

Es de gran ayuda para los padres de niños autistas contar con sugerencias por parte de otros padres que viven la misma situación acerca de los puntos que deben tomar en cuenta, es decir, lo que deben de hacer y lo que no deben hacer.

#### 1. Lo que los padres sí deben hacer:

Cuando piensan acerca de sus propios sentimientos, especialmente en aceptar el diagnóstico de autismo, muchos padres estiman que fue de gran ayuda compartir sus sentimientos con otras personas. Son importantes las sugerencias dadas por padres de niños autistas a padres que viven el mismo problema ( Paluszny, 1987, pg. 184 ).

Es necesario mantener al niño en el hogar, si es posible. Los padres deben tener una actitud sincera y mente abierta con otros niños o con la familia para informarles que el niño es autista, es decir, con necesidades especiales. Es importante

que al niño autista se le incluya en los planes y proyectos familiares, vacaciones, etc ( Paluszny, 1987 pg. 185 ) .

2. Lo que los padres no deben de hacer:

Se debe procurar no mostrarse intranquilos y nerviosos, por el contrario se debe mantener la paciencia y la calma.

No se debe perder el control de la situación; es necesario no darse por vencidos o ser demasiado complacientes. Es importante no aceptar un programa inadecuado ( Ajuriaguerra, 1984 pg. 501 ) .

Contar con sugerencias y/o asesorías por parte de personas que viven una misma experiencia, en este caso el autismo, es de gran ayuda para los padres como lo es el trabajo del profesional, el cual debe tener como meta principal conscientizar a éstos de que forman parte integral del crecimiento y desarrollo de su hijo y que deben desempeñar un rol activo en el tratamiento de este.

## CONCLUSIONES

El autismo es un tema difícil es impactante, y a pesar de que ha habido avances, la causa que lo origina no se conoce.

Desde el punto de vista médico, la enfermedad es causada por una deficiencia en el sistema nervioso central que afecta la áreas del lenguaje, el sistema motor, etc.

Por otra parte, cuando se habla de un origen psicológico se está hablando en realidad de una psicosis infantil; aunque estas dos enfermedades son muy parecidas en su sintomatología, las diferencias son la existencia de alucinaciones y un período previo a la enfermedad en la psicosis infantil.

Lo más probable es que sea un síndrome que resulta de varios factores endógenos y del ambiente que actúan en combinaciones complejas con distinta intensidad.

El déficit orgánico cerebral como causa del autismo frecuentemente no se puede demostrar, pero en la mayoría de los casos son evidentes las bases orgánicas del síndrome.

Según el grado de autismo que presente el niño será su pronóstico. Si a la edad de cinco años el niño autista posee un nivel funcional de lenguaje y su inteligencia no verbal se encuentra dentro de lo normal, sus posibilidades serán buenas; sin embargo, muy pocos alcanzan la adaptación completa.

Se ha ido avanzando y los diagnósticos se dan más acertadamente y a tiempo, de esta manera se inicia más temprano el tratamiento y hay mayores posibilidades para el niño



autista.

Se requiere de un ambiente bien estructurado para el tratamiento, el cual debe establecer sistemáticamente el desarrollo de objetivos, actividades y contingencias.

Es de suma importancia que se desarrollen tratamientos multidisciplinarios en los que intervengan médicos, psicólogos, psiquiatras, educadores y padres de familia; esto con el fin de ayudar al niño dándole un tratamiento más completo.

El apoyo por parte de los padres es básico y de gran importancia para el mejor aprovechamiento de la terapia que se le aplique al niño. Los padres deben de estar conscientes de que una vez que el niño ha terminado su tratamiento en la institución y se reincorpora a la vida cotidiana puede tener conductas regresivas si no tienen el apoyo necesario.

La modificación conductual es, por el momento, la base del trabajo terapéutico más importante con niños autistas.

Las técnicas en tratamientos que se revisaron tienen sus bases en ésta corriente y debido a los excelentes resultados que se han obtenido con su implementación, se pueden considerar como alternativas eficaces en el tratamiento del autismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aubrey, J. Terapia del Comportamiento.  
México: Masson. 1978.
2. Ajuriaguerra, J. Manual de Psicopatología del niño.  
México: Trillas. 1984.
3. Bee, Helen. El desarrollo del niño.  
México: Trillas. 1975.
4. Coon, Dennis. Introducción a la Psicología.  
México: Trillas. 1986.
5. Charlop, M. Using aberrant behaviors as reinforcers for autistic children. Journal of applied behavior analysis  
EE.UU: 1990.
6. Delgado, S. La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas.  
México: Diana. 1986.
7. Galindo, E. Modificación de conducta en la educación especial.  
México: Trillas. 1987.

8. Harchik, Alan. Teaching autistic to recruit praise.  
Research in developmental disabilities.  
EE.UU: 1990.
9. Kazdin, Alan. Modificaciónn de conducta.  
México:Manual Moderno. 1986.
10. Kisker, George. La personalidad desorganizada.  
México:Trillas. 1984.
11. Koegel, R. Inovations in treating specific disorders and  
problems. Journal of autism and childhood schizophrenia.  
EE.UU: 1990.
- ✓ 12. Lovaas, I. El niño autista.  
México:Trillas. 1984.
13. Lovaas, I. Teaching developmentally disabled children.  
EE.UU:Pro-Ed. 1981.
14. Muller, J. El niño psicótico.  
México:Trillas. 1976.
15. Kleinmuntz, B. Elementos de psicología anormal.

México:Continental,S.A. 1980.

✓ 16. Paluszny,M. Autismo, guía práctica.

México:Trillas. 1987.

17. Rimm y Masters. Terapia de la conducta.

México:Trillas. 1986.

901831

18. Shaffer,D. The clinical guide to child psychiatryc.

EE.UU:Pro-Ed. 1985.

19. Villard,R. Psicosis y autismo del niño.

México:Diana. 1988.

✓ 20. Wing,L. La educación del niño autista.

México:Trillas. 1981.