

308923



Universidad Panamericana

31
2ej

Escuela de Pedagogia

Incorporada a la Universidad Nacional
Autónoma de México.

ORIENTACION A PADRES CON HIJOS EN EDAD
PREESCOLAR QUE PADECEN AUTISMO

Tesis Profesional

Que presenta:

ROSA MARIA PALENCIA ESCALANTE

Para obtener el titulo de
LICENCIADA EN PEDAGOGIA

Director de Tesis:
Lic. Beatriz Eugenia González Hernández

México, D. F.

1992

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I.</u>	
HISTORIA DEL AUTISMO	
I.1 Concepto de Autismo	5
I.2 Teorías sobre las causas del Autismo	16
I.3 Niveles de Autismo	31
<u>CAPITULO II.</u>	
CARACTERISTICAS Y DESCRIPCIONES DEL NIÑO AUTISTA	
II.1 Conducta de los niños autistas	33
II.2 Habilidades especiales de los niños autistas	48
II.3 Temores especiales en los niños autistas	50
II.4 El arte en los niños autistas	51
II.5 Lenguaje de los niños autistas	53
II.6 El autismo y su relación con otros padecimientos	57
<u>CAPITULO III.</u>	
EDUCACION PARA LOS NIÑOS AUTISTAS	
III.1 Concepto de educación y concepto de Pedagogía	67

	Pág.
III.2 Ayuda Médica	76
III.3 Ayuda de los padres	79
III.4 Ayuda de los educadores	88
III.5 Métodos de Tratamiento	91
 <u>CAPITULO IV.</u>	
MANUAL DE ORIENTACION PARA PADRES DE HIJOS AUTISTAS	98
 CONCLUSIONES	 154
 BIBLIOGRAFIA	 159

INTRODUCCION

"ORIENTACION A PADRES CON HIJOS EN EDAD PREESCOLAR QUE PADECEN AUTISMO", es el título escogido para la elaboración de esta tesis con la finalidad de orientar, informar y apoyar a la familia que tiene a un miembro con el trastorno o síndrome conocido como autismo.

Vivimos en una época en que la sociedad a fin de avanzar, quiere aportar una contribución a los niños autistas. Lamentablemente muchos ven y quieren ver algo distinto a los estudios que se realizan sobre este tema, y el problema actual consiste entonces en que cada cual detenta su verdad técnica, teórica o práctica im

posibilitando cualquier comunicación entre ellas.

Por consiguiente, de lo anterior se deriva que los padres no reconozcan con claridad las manifestaciones, síntomas, alteraciones y terapéuticas aplicadas a los casos de autismo.

Fundamentar las bases de orientación pedagógica dirigida a padres con hijos preescolares autistas, para coadyuvar a su tratamiento y a su educación, es el objetivo general de esta tesis.

El desarrollo del contenido que se hace en todos los capítulos se obtuvo básicamente interpretando las diferentes teorías que

se han dado a lo largo del tiempo sobre las causas del autismo, - identificando la conducta de los niños autistas en la primera y se gunda infancia; y fundamentando la importancia que tiene la labor educativa de los padres como coterapeutas. Con esto último, a su vez se justifica la ayuda médica para tratar a los niños autistas y se valora la ayuda de los maestros en la educación de los mismos.

En el tercer capítulo, donde se hace referencia a la educación, se mencionan tanto los conceptos de educación y de Pedagogía, como las diferentes ramas en que esta como ciencia de la educación puede ubicarse dentro de la educación especial, para como es en es te caso, ayudar a las personas con el síndrome de autismo.

Las fuentes principales de consulta utilizadas durante el desarrollo de esta investigación fueron de tipo documental junto con la asesoría del Dr. Carlos Marcín: Director de CLIMA (CLINICA - MEXICANA DE AUTISMO), quien tiene en dicha institución varios casos de autismo.

La efectividad de desarrollo integral de un niño autista no - depende solamente de la participación de un profesional o de ac ciones profesionales realizadas en los centros o clínicas especializadas, sino de la colaboración y participación activa de la fami lia (principalmente los padres), para hacer factible el que los lo gros obtenidos en la situación terapéutica sean consolidados y generalizados a otros ambientes, en lo particular: al hogar.

El manual de esta tesis, se realizó con la finalidad de dar a conocer a los padres de familia lo que es el "síndrome de autismo", con todo lo que esta enfermedad encierra: historia, teorías, características, criterios, etc.; así como una referencia bibliográfica donde se dieron a conocer los libros que en México pueden ser adquiridos y redacté en forma generalizada qué trata cada uno de ellos, para que de esta manera los padres puedan ver que opciones existen para tratar a los niños autistas.

Dicho manual fue elaborado después de haber clasificado y consultado lo que hay de este tema.

En resumen, es poner a disposición de la familia la información pertinente y actualizada sobre el síndrome en cuestión; con la finalidad de que se involucren, se convenzan y motiven a efectuar cambios importantes en su forma de vida para beneficio de su hijo autista.

Es importante mencionar que cada niño autista es una especie de "rompecabezas", es decir, el niño está constituido por pequeñas piezas que hay que conocer sin pretender analizar; sin hacer preguntas sobre su interior, sino sobre lo que ocurre. Siempre hay que recordar que un niño autista vive en un mundo propio al que no podemos llegar y conocer como quisiéramos.

Todos los niños autistas tienen puntos en común, pero cada

uno posee su fortaleza particular; sólo se puede progresar respetando esta cuestión.

Es por lo anterior, que el manual no fue realizado después de conocer a padres de niños autistas, sino que el valor de este trabajo radica en que cualquier padre que se encuentre en una situación similar pueda orientarse y coadyuvar en el tratamiento y educación de su hijo.

Finalmente cabe mencionar que esta tesis también tiene por objetivo el de funcionar como documento que sirva de manera más actualizada y como medio de información de lo que hasta hoy, en la década de los 90's, se ha recopilado sobre el autismo.

Es una forma más de expresar que muchas disciplinas están involucradas y deben apoyarse para que una persona autista sea tratada y ayudada en su perfeccionamiento.

También es una forma más de dar a conocer que aquí en la Ciudad de México hay personas dedicadas al tratamiento, así como a la investigación de personas autistas.

Es una forma más de propiciar la comunicación tan reservada hoy en día sobre el síndrome de autismo.

I. HISTORIA DEL AUTISMO

I.1 CONCEPTO DE AUTISMO

Cuando la conducta de un individuo llega a ser tan desviada del funcionamiento normal que parezca que éste ha perdido contacto con la "realidad, a su condición se le llama psicosis.

La palabra psicosis viene del griego PSIQUE que significa mente y es utilizada como nombre genérico dado a todas las enfermedades mentales. (1)

En 1990, profesionistas en la materia de enfermedades mentales, estaban dispuestos a reconocer y a aceptar la existencia de trastornos psicóticos en los niños. Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1930 cuando se hicieron esfuerzos sistemáticos para investigar trastornos emocionales infantiles de debilitación grave, con respecto al diagnóstico, la etiología, el curso de evolución y el tratamiento.

La psicosis de los niños no es simplemente una duplicación

(1) cfr. LARROYO, Francisco., Diccionario Porrúa de Pedagogía., p. 501

de la psicosis de los adultos; las formas de conducta y los patrones del pensamiento perturbado frecuentemente, son muy diferentes. Lo que es común tanto en adultos como en niños (en lo que respecta a la psicosis) es la falta de contacto con la realidad, el desajuste social, el bajo nivel de trabajo o competencia escolar, y la desorganización general de personalidad.

Existen numerosas teorías sobre la psicosis infantiles, y es por eso, que el estado actual de los conocimientos es fragmentario y confuso. Se empezó a utilizar el término de "Esquizofrenia"(*) para reunir bajo una rúbrica común todo un conjunto de "entidades clínicas heterogéneas". Pero a pesar de esto, hay una divergencia de opinión muy grande sobre cómo definir el término de esquizofrenia infantil, (a partir de 1925 la esquizofrenia comenzó a concentrar el interés en el campo de la psicología anormal infantil) y aún sobre el uso del término mismo, dándonos como resultado diferentes criterios clínicos para la valoración y clasificación del autismo.

Comunmente se confunde el autismo con la esquizofrenia ya que ambos presentan déficits semejantes; sin embargo, varios autores los distinguen por la edad en que se presenta cada uno:

- El autismo desde el nacimiento o dentro

(*) Estado mental caracterizado por disociación y discordancia de las funciones psíquicas (afectivas, intelectuales, psicomotrices..), perdiéndose así la realidad de la personalidad.

de los primeros meses de vida.

- Y la esquizofrenia a partir de los dos años de vida del niño (en forma generalizada).

"AUTISMO" es un término empleado frecuentemente, aunque muchas veces de manera imprecisa, para definir comportamientos que se centran en el propio sujeto. La palabra autismo se deriva del griego autos que significa uno mismo y tiene como patología: carácter de quien se repliega sobre sí mismo, reduciendo al extremo sus contactos con otras personas y, en general, con el mundo exterior.(2)

En la literatura relacionada con el autismo infantil, podríamos suponer que los primeros reportes del autismo, no considerados como tales, se dan a partir de 1799 cuando Jean Marc Gaspard Itard escribe sobre sus apreciaciones de un niño entre los once y doce años, encontrado en los bosques de Aveyron, en Francia. Este niño se encontraba muy sucio, afectado de movimientos espasmódicos y con una posición corporal muy parecida a la de un animal furioso; rechazaba a todo aquel que se le acercaba y no mostraba ninguna clase de afecto o de disposición a hacer algo, emitía gruñidos y no articulaba palabra alguna.

(2) LARROYO., ob. cit., p. 97

Por otra parte, John Haslam en 1809, describió la conducta de un niño de cinco años de edad, que había sufrido una infección se vera de sarampión a la edad de un año. Este niño no permitía ni gún contacto físico, tenía buena salud física y una buena capacidad de imitación; se mantenía absorto en juegos solitarios, negándose a participar con otras personas y mostrando cierta satisfacción - cuando veía jugar a otros niños. No caminó hasta los tres años y no habló hasta los cuatro años.

Estos dos casos, en la actualidad podrían considerarse como - características de autismo.

Eugenio Bleuler en 1911 empleó por primera vez el término de AUTISMO (para denotar un síntoma resultante de las funciones de - asociación y afectividad alteradas en los pacientes psiquiátricos), introduciéndolo así en la literatura psiquiátrica. Con este térmi no, el autor describió una alteración del pensamiento (específica de los pacientes psicóticos) consistente en referir a sí mismo cual quier acontecimiento que sucediese. Según Bleuler, los pacientes con "autismo" eran personas que también huían o evitaban cualquier estímulo de tipo social: es decir, el autismo designaba la pérdida de contacto con la realidad acarreado como consecuencia una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás.

Pero en el autismo infantil acontece, además, una dificultad extrema para desarrollar hábitos que sirvan al buen funcio-

namiento del contacto interpersonal.

En 1921, Darr y Worden estudiaron a una persona autista de - cuatro años de edad en el hospital John Hopkins, y es en este mismo lugar donde el psiquiatra Leo Kanner expusiera la primera descripción del autismo. Su trabajo consistió en observar y estudiar a once niños de ambos sexos que denotaban tendencia al retraimiento antes de haber cumplido el año de edad; a esto le llamó: "Trastorno autista innato del contacto afectivo" (3). A este autor se le debe la primera investigación sistemática de esta enfermedad publicada en el año de 1943.

Describió al autismo como una variación de la esquizofrenia infantil, y clasificó como niños autistas a aquellos que jamás se relacionaban bien con los demás; mientras que los niños esquizofrénicos eran personas que de alguna manera empezaban a desarrollar relaciones sociales.

En su primer trabajo que realizó con once niños, se refirió a ocho varones y a tres niñas; y la definición se centra en la "incapacidad" de los pacientes para vincularse de manera ordinaria con personas y situaciones desde el comienzo de sus vidas. Tres de los once niños eran mudos, los otros ocho habían hablado en el momento

(3) KANNER, Leo., Autistic disturbance of affective contact, nervous child, 2.,
p. 217

normal o un poco después; sin embargo, estos últimos no utilizaban el lenguaje "para transmitir un significado a otras personas". La memoria mecánica era excelente y se daba una repetición ecológica de combinaciones de palabras oídas; éstas no guardaban relación con la situación contemporánea y a menudo eran emitidas como una especie de "ecolalia demorada".

Kanner señaló el sentido inflexible, su literalidad y el hecho de que los pronombres personales eran repetidos tal y como se les había escuchado; observó que la conducta del niño estaba gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo de mantener el mismo estado de cosas, y era típico el hecho de que tuvieran una buena relación con objetos y no con personas.

Kanner, comentó además, que estos niños daban una impresión de seriedad y en presencia de otras personas de tensión ansiosa.

En este primer informe sostenía que el autismo tenía una etiología primariamente orgánica, pero que los factores ambientales podrían ser importantes en las manifestaciones sintomáticas. Insistió, con cierta duda, en la peculiar naturaleza de los padres: - "había pocos padres realmente afectuosos, incluso, en los matrimonios más felices eran fríos y formales". (4). "Conviene estudiar

(4) cfr. KANNER, Leo., Early Infantile Autism., p. 210

cuidadosamente el comportamiento de estos padres para con sus hijos. La falta de afecto instintivo es a menudo evidente desde la primera infancia".

Para Kanner, el autismo era el resultado de la incapacidad del niño de relacionarse con otras personas y con la estimulación ambiental de forma normal. Los niños autistas representan el ejemplo más claro de un sistema psicológico cerrado sobre sí mismo.(5)

La designación diagnóstica "autismo infantil primario" o "autismo infantil precoz", fue dada por Leo Kanner y actualmente es acogida por muchos profesionales que se dedican al estudio de este síndrome. Utilizó en su designación los términos "primario" o "precoz", no porque pensara en una subclasificación, sino porque el alejamiento y el retraimiento social demostrado en los primeros años de edad, eran las características de mayor importancia.

Durante el siguiente decenio, diversos autores en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, describieron investigaciones efectuadas en niños con características semejantes a los descritos por Kanner. Entre estos autores podemos nombrar a:

* Despert (1951)

(5) RUCH, Floyd., ZIMBARDO, Philip., Psicología y vida., p. 435

- * Van Krevelen (1952)
- * Bosch (1953)
- * Bakwin (1954)
- * Darr y Worden (1951)

Cabe mencionar que todos los autores daban sus criterios de diagnóstico sobre el autismo; no existía la duda de que había niños que presentaban este síndrome, pero también había una considerable confusión en cuanto a los límites del autismo, así como sobre su carácter y sus causas. La elección del nombre de "autismo" todavía se hacía de modo equivoco en ciertas ocasiones sobre el diagnóstico de o en algunas enfermedades.

Este hecho, hace que a pesar de que han transcurrido muchos años sobre el estudio del autismo, éste sigue siendo un gran enigma para muchos profesionistas debido a la no clarificación absoluta y contundente de su etiología. La casi completa ignorancia en que actualmente nos encontramos en relación a este tema, hace que deban ser acogidas casi todas las hipótesis con el fin de examinar las distintas teorías sobre el autismo infantil.

Por su parte, Ornitz (1969, 1970, 1973, 1974), Goldfarb (1961, 1963), Bergman y Escalona (1949); afirmaron que, partiendo de la observación clínica de la conducta en el autista, puede deducirse una notable deficiencia en la modulación fisiológica de los estímulos sensoriales que puede manifestarse como una falta de respuesta

o como una reacción exagerada a los estímulos sensoriales.

Otros autores que han considerado que el autismo es una forma de psicosis, resultado de una lesión o defecto fisiológico son: Rimland (1964), Kallman (1946) y Kety (1959).

En las décadas de los 40's y 50's, Eisenberg (contemporáneo a Kanner) indica que los padres, y muy especialmente la madre, pueden ser un importante - si no único - factor causal de la aparición y persistencia del autismo en su hijo. Sostiene que el 85% de los - padres de niños autistas tienen graves dificultades caracterológicas que podrían afectar la naturaleza de sus relaciones con sus hijos: (cabe recordar que en esta época se dio una gran inclinación por el aspecto psicológico). Afirma además, que la madre era en gran medida, si no totalmente, la responsable del trastorno de su hijo.

En esta época algunos autores consideraban a la madre como esquizofrénica o como "refrigeradora" que no sabía o no se ocupaba de relacionarse con su hijo. Por lo general, no decían en qué etapa del desarrollo del niño suponían que la madre había afectado su conducta, daban por sentado que se causaba el trastorno durante todo un proceso que se iniciaba desde el nacimiento.

Actualmente esta explicación no es del todo válida, ya que se cuenta con la información que comprueba que existen niños que se -

desarrollan en un medio hostil, de rechazo e indiferencia de parte de sus padres o sustitutos, que tienen perturbaciones pero no de naturaleza autista.

De acuerdo con el enfoque del análisis conductual aplicado, - Fester (1961) considera al autismo como sinónimo de esquizofrenia infantil; argumenta que la conducta del niño autista no es reforzada o es reforzada intermitentemente, por lo cual es presentada a baja frecuencia, pudiendo desarrollarse o extinguirse.

Bettelheim por su parte en 1967, consideró que el autismo es una psicosis causada por una perturbación emocional que empieza al inicio de la vida.

Por otro lado, Meltzer (1963) sostiene que los niños son autistas porque por lo general, nacen en un período de separación o disturbios paternos caracterizado en particular, por la depresión de la madre.

Entre los autores más contemporáneos encontramos a Frances - Tustin (1971) quien describe a los niños autistas como: (6)

"Seres que por esconder en su interior

(6) cfr. TUSTIN, Frances., Autismo y Psicosis Infantiles., p. 9

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".

Tustin explica que estos niños erigen un muro infranqueable - contra el mundo externo. Explica además, que esta condición se manifiesta desde el nacimiento y que ello abre la discusión acerca de si este cuadro es generado por un factor hereditario o constitucional (como la sordera o ciertas lesiones cerebrales) o por una deficiencia ambiental en el proceso del aprendizaje.

A partir de un análisis social, Hamblin y colaboradores (1976), señalan que el autismo podría ser el resultado lógico de una aculturación defectuosa.

Brauner (1978) en su obra "vivir con un niño autista" afirma que en estos niños existe una predisposición biológica que es desatada por una emoción que todo niño sano puede sufrir sin volverse por ello autista. Brauner inserta al autismo en un terreno debilitado por una lesión, un sufrimiento, una malformación cerebral; ya que de acuerdo a sus investigaciones encontró que más del 30% de los niños autistas estudiados por él, presentaron anomalías en los trazados de sus electroencefalogramas, y hasta episodios epilépticos.

I.2 TEORIAS SOBRE LAS CAUSAS DEL AUTISMO

Desde el inicio del uso del término de esquizofrenia, diferentes teorías se precipitaron para llenar los vacíos y la ignorancia sobre ésta: dándonos así como resultado, diferentes criterios clínicos para la valoración y clasificación del autismo. De ello se deduce la posibilidad de admitir diferentes formas de actitudes por parte de los niños autistas, ya que pueden llegar a adoptar características cualitativas distintas para cada momento de su desarrollo como individuos.

Hay muchas teorías que tratan de explicar las causas del autismo infantil, el interés en este trastorno ha sido muy grande, no únicamente por el número de niños que lo padecen, sino más bien por la drástica desviación de la conducta manifestada, la tragedia del aislamiento social que comienza a edad muy temprana, y por el hecho de que el autismo infantil se ha resistido época tras época a los métodos tradicionales de intervención terapéutica.

Sobre las investigaciones más recientes, en nuestra joven ciencia sobre el autismo, lo más difícil es lo complejo que resulta el querer establecer la correspondencia entre lo pensado en los descubrimientos y lo real del fenómeno investigado.

Las teorías que han surgido para describir la(s) causa(s) de dicho síndrome, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- a) Teoría que expresa que los niños autistas son normales al nacer, pero que su desarrollo está perturbado debido a la forma de criarlos, y

- b) Teoría que sugiere que los niños autistas tienen alguna anomalía física, que los hace conducirse - con un aislamiento social.

A continuación se describirá con más precisión y detalle qué es lo que propone cada una de estas teorías, para establecer un diferencial de niños autistas.

1.2.1 TEORÍA QUE PROPONE CAUSAS EMOCIONALES (TEORÍA AMBIENTAL - EMOCIONAL)

En muchas ocasiones se ha querido recaer sobre los padres el peso de la etiología del autismo. "Las causas de las conductas de sadaptadas de su hijo autista (cualesquiera que éstas fuesen), se hacían consistir en meras consecuencias derivadas de las alteradas personalidades de sus progenitores (Polaino-Lorente, 1980)". (7)

(7) cfr. POLAINO, Aquilino., Introducción al estudio científico del autismo infantil., p. 14

Se interpretaban las alteraciones comportamentales infantiles como resultados derivados de ciertas actitudes de los padres.

Lo anterior, se deriva de que muchos autores piensan que la falta de afecto de los padres es un factor que contribuye grandemente a la formación del autismo.

Dos investigadores particularmente conocidos por sus descripciones de los padres de niños autistas son: Leo Kanner y Eisenberg, quienes llegaron a la conclusión de que el autismo se deriva de una incapacidad innata para relacionarse con las personas, viéndose afectado adversamente por los atributos de sus padres.

Kanner, aseguraba que en su estudio sobre los once casos de niños autistas, en todo el grupo había pocos padres realmente afectuosos; "incluso en los matrimonios más felices, eran fríos y formales", "conviene estudiar cuidadosamente el comportamiento de estos padres para con sus hijos. La falta de afecto instintivo es a menudo evidente desde la primera infancia". (8)

Por su parte, Eisenberg en 1957 dijo: "podemos preguntarnos si, paralelamente a la insuficiencia intelectual, no hay un

(8) KANNER, Leo., ob. cit., p. 97

síndrome de insuficiencia afectiva. De la misma forma que la insuficiencia intelectual puede resultar de limitaciones estructurales o de privación cultural; la insuficiencia afectiva podría reflejar una disfunción orgánica, una privación afectiva o una asociación - de las dos". (9)

Los padres de niños autistas, según esta teoría ambiental-emocional, son fríos, distantes, inteligentes, refinados, obsesivos, perfeccionistas y muy mecánicos e impersonales en sus ajustes de la vida.

Otros autores que se apegan a esta teoría son:

- * Despert, 1938: describió a las madres como agresivas, inquietas e hipersolícitas. En cambio en 1957, señaló el distanciamiento emocional y la hiperintelectualización, estando los niños expuestos a un rechazo temprano.

- * El grupo Putman y Rank, 1949 - 1955: describieron a las madres como incapaces de función de maternidad o incapaces de experimentar gratificación de ello. Los padres parecían extremadamente pasivos en su relación y no contrarrestaban la influencia negativa de la madre.

(9) MAHLER, M.S., Simbiosis humana, las vicisitudes de la individuación., p. 59

- * Szurek y Berlin, 1956: sugirieron que los conflictos inconscientes de los padres, en relación con pulsión libidinales-reprimidas, conducen a discordias conyugales y a la utilización del niño para resolverlas.

- * Winnicott, 1958: habla de la depresión psicótica como un proceso de aflicción y duelo por la pérdida de partes del sujeto y la madre en una etapa primitiva de la vida.

- * Anthony, 1959: según este autor, los niños llegan a ser psicóticos debido a la intensa relación patológica con los padres. Esto obliga al niño a hacerse psicótico debido a las necesidades y defensas emocionales de los padres.

- * Klebanoff, 1959: sugirió que el trastorno del niño configuraba la actitud materna y no al contrario.

- * Goldfarb, 1961, 1966, 1976: todos los estudios muestran sistemáticamente pautas anormales en las actividades de los padres; comunicación, interacción familiar y modelos de crianza. El 18 por ciento de madres de 56 casos eran esquizofrénicas.

- * Winnicott, 1967: "lo que vemos en el autismo es la invulnerabilidad y es el medio ambiente el que sufre y no el niño. La enfermedad lo asegura contra el retorno de la angustia -

impensable. Madres con capacidad de cuidarlo para perturbar los procesos vitales, por efecto del odio inconsciente y anhelo de muerte reprimido". (10)

- * Reiser, 1963; Ruttemberg, 1971; Tustin, 1972; Szureck y Berlin, 1973: afirman que no es verdad que los padres sean verídicamente culpables, pues para ello tendrían que reconocer la intencionalidad y la consciencia de lo que transfieren y depositan en su hijo, sino más bien su forma de relación parece ser producto de omisión o comisión inconsciente, que es la premisa de la que partimos para analizar los lazos que existen en los padres con su hijo autista.

- * Margaret Mahoer, 1965: declaró que en muchos casos, especialmente donde la madre parecía menos trastornada, la interacción patogénica entre madre e hijo no fue claramente discernible. Los niños que sufren psicosis infantiles no deben ser considerados como niños normales en los cuales es inducido un proceso psicótico por una madre emocionalmente trastornada. Para ella estos niños son constitucionalmente vulnerables o pueden estar predispuestos hacia el desarrollo de una psicosis. Es frecuente la existencia de un defecto constitucional del yo en el niño que ayuda a crear un

(10) MANNONI, Maud., Psicosis infantil., p. 46

círculo vicioso de la relación patogénica madre - hijo, es estimulando a la madre a reaccionar hacia el niño en formas que son dañinas a sus intentos de separarse y diferenciarse.

De lo anterior, Mahler concluye el establecimiento de un mal "emparejamiento comunicativo" ya que surgiendo la psicosis en el niño, la madre efectúa una adaptación que conlleva al abandono de las funciones maternas y no es raro observar retraimiento en ellas, al igual que el de su hijo.

- * Bettelheim, en 1955 en "fugitivos de la vida", nos ilustra al respecto de los padres sino sería al contrario que: "... la tendencia de los padres a criar a sus hijos de acuerdo a una rutina mortal, se originó en la falta de respuesta del niño". "Esto puede sugerir en las madres una defensa contra el insoportable dolor y ansiedad producidos por la indiferencia del infante". (11)

Bettelheim comprobó que el internamiento del niño mejoraba la interacción de la familia y hacía posible obtener resultados terapéuticos en el niño.

Bettelheim concluye que: "...no sirve de nada echar la cul-

(11) BETTELHEIM, Bruno., Fugitivos de la vida., p. 494

pa a los padres de un niño autista" y que "... aunque se - descubriera un día que la contribución de los padres es ver daderamente primordial, seguiría en pie el hecho de que es- los padres se han portado así porque no podían hacerlo de otra manera". (12)

- * Frances Tustin: rehusa a caer en las descripciones estereog tipadas y más bien nos orienta a pensar que el niño repre-- senta ese elemento incorregible y dominado por sus impulsos, que se resiste a aprender y a pensar y del cual se averguen zan, constituyéndose este niño en "viva" corporización de - su fracaso.

Estos niños, menciona Tustin, proyectan con fuerza y pueden afectar el clima emocional de la familia, así como ser afec tados por éste.

Poco a poco, en la bibliografía de los últimos años sobre el autismo, se especula más bien sobre la vinculación de las posibles alteraciones del comportamiento de los padres a la conducta desa- daptada de sus respectivos hijos autistas. Se sostiene así que los comportamientos de los padres son consecuencias y no causas de las conductas patológicas de los niños autistas.

(12) ibidem., p. 504

"Existen hoy dos importantes hipótesis explicativas sobre este problema:

a) La hipótesis del stress parenteral; sostiene que el comportamiento de los niños autistas produce un impacto estresante sobre su familia, particularmente más intenso sobre sus progenitores. La hipótesis, pues, es que el posible comportamiento ansioso encontrado en los padres es una consecuencia de la conducta desajustada de sus hijos autistas, con quienes conviven continuamente.

Hay muchos datos experimentales que apoyan tal hipótesis:

1. Ditfield et al. (1964) y Rutter et. al (1971).
2. Mc. Adoo et. al (1978).
3. De Myer et. al (1972).

b) La hipótesis de los factores biológicos parentales, es defendida por Goldfarb (1970) y supone una cierta reposición de las formulaciones psicogenéticas.

El autor comparó dos grupos de padres de niños psicóticos no orgánicos y de niños autistas orgánicos.

En los resultados obtenidos por Goldfard se - concluye que el 50% de las madres de niños - psicóticos no orgánicos eran psicópatas, frente a sólo el 20% de las madres de niños autistas orgánicos". (13)

Es importante por último, mencionar que esta teoría ambiental/emocional ha sido responsable de muchos conceptos erróneos que todavía hoy mantienen unos pocos profesionales respecto de los padres, y todavía puede crear problemas en la búsqueda de ayuda adecuada y apropiada.

Pruebas existentes sugieren que los hermanos de niños autistas son por lo regular, normales; (psiquiátricamente hablando) lo que todavía podría considerarse como un obstáculo más para establecer una concepción puramente ambientalista.

Lo que nos debemos proponer es salir de las etiquetas de los padres, sin crear una nueva nomenclatura, enfocándonos al esclarecimiento de la angustia familiar bilateral.

De lo anterior ya no surge la pregunta de quién enferma a -- quién, sino: ¿cómo y quién debe y puede intervenir?, ¿cómo intro-

(13) POLAINO, Aquilino., op. cit., p. 9-10

ducirse a estos círculos viciados de interacción patológica?, y - por consecuencia ¿qué opciones terapéuticas y de investigación se pueden aplicar?.

I.2.2 TEORÍA QUE PROPONE CAUSAS FÍSICAS (TEORÍA ORGANICISTA)

Rimland en 1964 sostuvo que el apartamiento social de los niños autistas y la falta de respuesta a los estímulos sensoriales, - pueden obedecer a una disfunción de la formación reticular (se refiere a una formación anormal de las células cerebrales).

Este autor presentó una teoría neurológica del autismo infantil en la que el trastorno básico se relaciona con la formación reticular del vástago del cerebro (se refiere al cerebelo).

Rimland aporta las siguientes observaciones: (14)

1. Algunos niños claramente autistas son hijos de personas que no encajan en el patrón de personalidad atribuido a los padres de autistas.

(14) cfr. SARASON, Irwing., Psicología anormal., p. 389

2. Estos padres que no encajan en la descripción de los supuestamente patogénicos, casi invariablemente tienen también hijos normales, no autistas.
3. Con escasas excepciones, los hermanos de autistas son anormales.
4. Los niños autistas son conductualmente raros "desde el momento de nacer".
5. Hay una razón consistente de tres o cuatro muchachos a una muchacha.
6. Virtualmente todos los casos de gemelos de que se habla - han sido idénticos y ambos han resultado afectados.
7. El autismo puede ocurrir o ser estrechamente simulado en niños con daño cerebral orgánico conocido.
8. La sintomatología es muy singular y específica.
9. En el autismo infantil no hay gradaciones que pudiesen originar "matices" que variasen de normal a gravemente afectado.

En la última década se hicieron estudios importantes que de-

muestran que hay una base orgánica de trastorno sensorial o cognoscitivo central como factor principal de causalidad del autismo (White, 1974).

Lorna Wing, en 1974 presentó un caso sobre la disfunción amplia de trastornos incluyendo el funcionamiento y la integración cognoscitiva del lenguaje y perceptual.

Sin embargo, es importante señalar que análisis de sangre, radiografías, electroencefalogramas (registros de las ondas eléctricas del cerebro) y otros exámenes físicos no han podido dar una respuesta positiva para definir la(s) causa(s) del autismo.

El síndrome autista es considerado como dimanante de una alteración orgánica en lo que se llama el "equipamiento de base" (inmadurez del SNC, vegetativo o motor) que imposibilita a estos niños para poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismos. Alteración que viene a ser una desorganización químico/orgánica, no necesariamente manifestada desde un primer momento.

Los investigadores que defienden esta teoría organicista, centran sus estudios en posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas, que pueden aportar claridad en el problema etiológico.

A continuación se darán las aportaciones de algunos autores que consideran que el autismo es causado por daños orgánicos:

- * Coleman (1979): propone que el tálamo es la región del cerebro que puede haberse afectado por un traumatismo precoz y conducir al autismo. Es una región que se halla vascularizada por la arteria cerebral posterior.
- * Mc. Culloch y Sambrooks (1973): señalan que un desperfecto pre o perinatal en la arteria cerebral posterior sería suficiente para explicar el déficit autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.
- * Sankar (1976): se inclina por la existencia de una desorganización efectiva desde el mismo período intrauterino que se explicitaría en un subdesarrollo morfológico.
- * Rutter (1972): se refiere a un déficit cognitivo central - que le ayuda a explicar el por qué de las dificultades en la comunicación.
- * Hauser (1975): se inclina por la existencia de disfunciones localizadas, más que globales.
- * Damasio (1978): se inclina por las infecciones perinatales como potencia etiológica que podría explicar la edad de apa-

rición del autismo.

- * Ornitz (1978): apunta anomalías en el sistema vestibular - ya que no se da una integración de los estímulos propia de los núcleos vestibulares.

Algunos estudios han sugerido que el autismo es dado por factores genéticos: otra posibilidad es un daño fetal en el útero o en el momento del nacimiento. Esta teoría se apoya en un extenso estudio de niños autistas, que relaciona la hemorragia uterina en el segundo trimestre del embarazo con el autismo; y en otra investigación, señalan que los niños son autistas porque las madres de éstos tienen dificultades al darles a luz.

También se ha observado que una proporción alta de padres de niños autistas, ha estado expuesta a sustancias químicas que podrían haber alterado el ambiente físico prenatal o postnatal temprano.

Todos los ejemplos anteriores de posibles causas del autismo son presentados como posibilidades; pero si el autismo es en realidad una clase de trastornos, es probable que nunca pueda encontrarse una causa única.

Los mismos defensores de la teoría organicista afirman que - es imposible evidenciar una disfunción cerebral sin la implantación

de electrodos y sin la utilización de técnicas histopatológicas - que examinen en profundidad el Sistema Nervioso Central (SNC).

Ninguna de estas teorías dentro de la teoría organicista, explican definitivamente la causa del autismo; sin embargo pueden - contener señales y claves que algún día podrían responder la pregunta de cómo se origina, cómo la química del organismo está afectando y cuáles son las partes del cerebro que están comprometidas.

I.3 NIVELES DE AUTISMO

En 1989, la Clínica Mexicana de Autismo (C.L.I.M.A.), consideró de la siguiente manera la clasificación de niveles de autismo.

CARACTERISTICAS

- NIVEL BAJO :
- * C.I. = Deficiente/Severo
No hay lenguaje.
 - * Inicio temprano: puede ser captado desde los primeros 6 meses de edad.
 - * Incapacidad para relacionarse.
 - * El niño se considera como "encapsulado".

NIVEL MEDIO:

- * C.I. = Deficiente/Moderado
- * Lenguaje no comunicativo
- * Inicio temprano: Primer --
año de vida.
- * Relación confusional.

NIVEL ALTO:

- * C.I. = Subnormal.
- * Lenguaje patológico -funcional.
- * Inicio antes del tercer año de vida.
- * Fusional, simbiótica, adhesiva.
- * Vulnerable
- * Sensible.

II. CARACTERISTICAS Y DESCRIPCIONES DEL NIÑO AUTISTA

El desarrollo de habilidades sociales es importante en todo individuo, dado que esto le permitirá integrarse óptimamente a su contexto social. Por lo anterior, se hace necesaria la intervención en los casos en los que se presentan problemas de socialización.

Cuando analizamos los problemas de sociabilización, hacemos referencia a todas aquellas interacciones inadecuadas que presenta un niño, a la total ausencia de interacción a nivel social.

Las características de un niño autista han sido explicadas - tal y como se explica cualquier otro problema de conducta anormal.

La teoría de la conducta considera a los niños autistas como casos de retardo en el desarrollo. El individuo autista presenta repertorios conductuales limitados respecto a otros individuos de la misma edad.

II.1 CONDUCTA DE LOS NIÑOS AUTISTAS

Kanner, en 1943, al señalar los historiales casuísticos de -

once jóvenes con autismo, encontró que las anomalías conductuales se podrían agrupar en las siguientes características:

1. Retraimiento profundo y falta de contacto con otras personas.
2. Necesidad intensa de preservación del status quo - (de su propia estabilidad);
3. Relaciones capaces con objetos, por oposición a:
4. La incapacidad para tener tratos con las personas;
5. Expresión pensativa e inteligente;
6. Trastornos graves de funcionamiento en lo que se refiere al lenguaje.

Además de las características mencionadas antes, llegan a presentar un sacudimiento constante de la cabeza y movimientos oscilantes.

Este estudio de Kanner, difería marcadamente de todo lo reportado en literaturas y declaró que cada caso ameritaba una consideración detallada por sus "peculiaridades fascinantes".

Estudios posteriores (1969), realizados por Clancy, Dugdale y Rendleshort sostienen que la presencia de siete de las siguientes catorce conductas eran importantes indicios de autismo infantil. (15)

(15) cfr. VILLARD, Régis de., Psicosis y autismo del niño., p. 15

1. Gran dificultad para tratar y jugar con otros niños.
2. Actúa como sordo.
3. Se resiste a aprender cualquier cosa.
4. Falta de miedo a peligros reales.
5. Se resiste a cambiar de rutina.
6. Prefiere indicar sus necesidades mediante gestos, ademanes.
7. Se ríe y carcajea sin motivo evidente.
8. No se deja mimar como los bebés o niños normales.
9. Muestra marcada hiperactividad física.
10. No mira directamente a los ojos, evita, las miradas.
11. Se aficiona extraordinariamente a un objeto u objetos determinados.
12. Da vueltas a los objetos, los hace girar.
13. Se dedica repetida y sostenidamente a juegos raros.
14. Se muestra completamente indiferente al medio ambiente.

En 1976, Boutton, consideró a un niño autista como aquel individuo que se abandona por largo tiempo en su propio ritmo, tiene una mirada vacía no alterada por la visión que lo rodea; es un ni

ño sordo/oyente y un niño ciego/vidente.

Diversos autores han querido seguir con la descripción de las características conductuales de los niños autistas, sin embargo, - todos llegan a las mismas conclusiones y agrupan al autismo infantil en las siguientes características:

- a) Aislamiento; dificultades en el afecto emocional.
- b) Incapacidad de utilizar el lenguaje con fines comunicativos.
- c) Movimientos motores hábiles y rápidos.
- d) Insistencia o persistencia en la monotonía.

Cabe señalar que la mayoría de los psiquiatras que realizan - estudios sobre el autismo, se basan en los estudios realizados por el psiquiatra Leo Kanner.

En la psicología clásica, el diagnóstico del autismo se hace mediante entrevistas psiquiátricas y listas de chequeo. Recientemente se ha aconsejado para el diagnóstico la observación directa del niño en situaciones estructuradas o en el ambiente natural del sujeto.

Hasta la fecha, el enfoque clásico del autismo se ha centrado en el estudio de su posible etiología, siendo diversas las etiolo-

gías encontradas y derivándose de éstas diferentes tipos de intervenciones.

Las primeras señales de autismo se deben notar durante los primeros años de vida. Algunos bebés que llegarán a ser niños autistas se desarrollan normalmente durante un período: físicamente son niños normales, les salen sus primeros dientes, se sientan, gatean, caminan a la edad común, poseen un peso normal, etc., sin embargo, al primer año de edad, el niño autista empieza a mostrar timidez creciente, muy lento desarrollo de vocabulario, se golpea la cabeza, mece su cuerpo y se interesa únicamente en jugar con objetos de manera muy repetitiva.

En otras ocasiones, hay bebés que desde el nacimiento ya dan motivos de preocupación para los padres, pero sin saber exactamente qué es y qué se puede hacer al respecto. Los padres empiezan a notar que el niño no responde a estímulos afectivos (no sonríe o balbucea), que poco a poco se empiezan a manifestar "hábitos motores" importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás y progresivamente se encierran cada vez más en juegos ritualizados.

Se puede considerar que es en este momento cuando los padres empiezan a inquietarse por el comportamiento de su hijo: su falta de reacciones frente a los acontecimientos que se producen a su alrededor, de su falta de valoración social del mundo que le rodea.

Pero su retraimiento en un mundo interior no significa desconocimiento de una determinada realidad; simplemente el niño autista po see una concepción de la realidad diferente a la de la persona normal.

Haciendo un análisis de los casos de autismo, se ha llegado a observar que generalmente los padres empiezan a darse cuenta de que su niño no es normal durante el período de uno a tres años de edad.

II.1.1 CONDUCTA DE LOS NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PRIMER MES DE MACIMIENTO, HASTA ANTES DEL PRIMER AÑO DE VIDA.

Desde su nacimiento, el bebé autista empieza a tener alteraciones en la alimentación; éstas consisten fundamentalmente en un de fecto de succión, anorexia, vómito y rechazo del pecho o biberón.

También sufre de alteraciones precoces del sueño: puede haber insomnio rebelde con llanto continuado o insomnio calmado con extrema docilidad, es decir, el niño permanece estirado y sin dormir du rante horas, sin ningún llanto.

DE UNO A TRES MESES:

Las anomalías que se presentan son:

- a) Anomalía en la mirada: el niño no sigue con la mirada, no hay sonrisa como respuesta al rostro humano, pero esto - puede no ser constante. Se puede presentar el estrabismo el cual es un padecimiento oftálmico que impide fijar la mirada; se presenta precoz y frecuentemente.

- b) Particular sensatez: el niño no se relaciona con el mundo de los objetos, como ocurre normalmente hacia las cuatro semanas. Ya se nota una indiferencia hacia el mundo exterior. Los niños forman "parte del decorado". También se advierte la ausencia o retraso de la sonrisa, la tristeza o la indiferencia del rostro.

DE TRES A SEIS MESES:

Las anomalías que se presentan son:

- a) Defecto de actitud anticipatoria de ajuste postural. Estos niños - no se inclinan hacia los objetos a su alcance, cuando se les sostiene en brazos escapan, resbalan como una "muñeca de trapo". Soportan muy mal el contacto físico e incluso lo evitan voluntariamente.

- b) Hipotonía; se denota la deflexión de la cabeza hacia atrás, y el retraso en la adquisición de la postura sedente.

- c) Hay una predominancia exclusiva de los juegos con las manos ante los ojos y un desinterés por los juguetes (ejemlo sonajas).

DE LOS SEIS MESES A LOS DOCE MESES DE VIDA:

- a) Las alteraciones alimentarias persisten, especialmente - hay una ausencia de masticación.
- b) Pueden haber alteraciones visuales y auditivas visibles e importantes como por ejemplo:
- No sigue a los objetos y a las personas con la mirada.
 - No utiliza propiamente sus ojos para ver; es - lo que se denomina visión parcial.
 - No hay ninguna intimidad en la expresión visual.
 - La indiferencia al ruido es más neta.
 - Se comporta como un niño sordo o ciego.
 - Le gusta crearse focos de ruido en el espacio - cercano.
- c) Hay ausencia de murmullos, indiferencia a las estímuloes y a los juegos.

- d) Ausencia de angustia y de llanto cuando su madre se va o cuando ve a un extraño.

II.1.2 CONDUCTA DE LOS NIÑOS AUTISTAS A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIDA.

Se dice que el niño autista vive en un mundo de objetos que utiliza de forma estereotipada. Aunque a veces llega a explorar el mundo que le rodea, es con la finalidad de fijarse en objetos o en grupos definidos, de apropiárselos, de manejarlos, sin ninguna actividad constructiva real.

El niño con autismo solamente consigue el contacto táctil y espacial, sin manifestar comunmente, el contacto visual y verbal.

Las relaciones del niño autista con personas son muy particulares. No les dirige ninguna mirada de interés, pasa por su lado sin intentar establecer una comunicación, las relaciones que puede a veces establecer son fragmentarias, elige a su compañero (aunque no siempre) pero no espera nada de él, ni comparte ni intercambia nada.

No muestra ninguna reacción frente a la desaparición de los -

padres y parece que los ignora. No participa en ningún juego colectivo con otros niños. El niño autista presenta dificultades para ajustar o moldear su cuerpo al de la persona que lo sostiene o sujeta.

Por lo anteriormente descrito, la relación de los niños autistas con la gente parece ser sacrificada en favor de la relación con los objetos, cuando estos últimos son proporcionados al niño. Esto no quiere decir que Kanner pensara que estos niños no estuvieran conscientes de las otras personas que estaban a su alrededor, sino que parecían sentirse perceptualmente neutrales hacia ellas.

En el estudio que Kanner realizó, los siguientes adjetivos eran empleados por los padres para describir a su hijo autista: "autonomía propia"; "felices cuando se les deja solos"; "actúan como si no hubiese gente alrededor de ellos", etc.

"Esto es que desde el comienzo viven una soledad extrema autista....pasan por alto, ignoran, cualquier cosa que proceda del exterior". (16)

Aunque al niño autista no le gusta los contactos epidérmicos, a veces participa en juegos de cuerpo a cuerpo con el adulto, pero

(16) cfr. CASTANEDO S. Celedonio., Deficiencia mental; aspectos teóricos y tratamientos., p. 254

de una forma agresiva de la que no llega a medir las consecuencias destructivas.

En relación con su cuerpo, efectúa pocas actividades exploratorias aunque puede interesarse en determinados fragmentos corporales; así, por ejemplo, encuentra una satisfacción en la movilización estereotipada de su mano. La exploración de las demás personas es también poco importante y el rostro no llama particularmente su atención.

Otra de las características de estos niños es su preocupación obsesiva por lo idéntico o lo inmutable, es decir, intenta siempre preservar determinados ambientes, determinados tipos de situación o determinados desarrollos de acciones. Encontramos así el rechazo de cambio de vestido, rituales al acostarse, extravagancia alimenticias, elección de un solo tipo de alimento, de determinados recipientes, de ciertos utensilios o de un determinado tipo de presentación de los platos que se le ofrecen.

El temor a sonidos fuertes y objetos en movimiento pueden llegar a hacerlos sentir un gran pánico y fobias, aunque él mismo puede iniciar felizmente sonidos fuertes o producir movimientos jugando con un objeto.

Kanner establece que la repetición monótona de ruidos extraños, así como que otras personas cambien de lugares los muebles -

produce, en ocasiones, trastornos emocionales severos.

Aunque algunos niños autistas poseen una apariencia de buenos, dóciles, dulces y fáciles de dirigir y sólo salen de su pasividad cuando se entorpece su actividad monótona y estereotipada, en algunos casos pueden ser rebeldes y agitados (hacen berrinches), y suelen estar en constante movimiento y tocándolo todo. El hacer berrinches incluye la agresión hacia los demás por medio de patadas, rasguños, mordeduras, etc.. Además puede manifestar conductas autodestructivas como golpearse la cabeza contra la pared, morderse y pellizcarse.

Actualmente, se puede decir que éstas últimas características son las que con mayor frecuencia presentan los niños autistas.

Otras manifestaciones que afectan la conducta adaptativa del niño autista son: la expresión facial mínima, una apariencia de sordera, golpearse la cabeza, oscilación de su cuerpo y mover sus manos.

Se ha llegado a creer que el niño autista que se golpea la cabeza puede estar asociado a déficits auditivos; la conducta que implica mover la mano frente a los ojos parece asociarse con déficits visuales; y balancear el cuerpo tiende a producirse en sujetos que toman medicamentos y que también suelen tener déficits auditivos. Sin embargo, esta creencia no puede ser del todo aceptada ya que -

en ciertas ocasiones el niño manifiesta su agudeza visual y auditiva por períodos relativamente cortos.

Los psiquiatras Kaufman y Levitt, al estudiar a los niños autistas, observaron que las variaciones significativas en la frecuencia de balancearse y golpearse la cabeza, ocurre al máximo en los períodos que anteceden a las comidas y al descanso, y se dan al mínimo en los períodos subsecuentes a las comidas y al descanso. Asimismo, el máximo de conductas de balancearse y golpearse la cabeza, también se producen en la mitad de la tarde. (17)

Criterios más actuales para el diagnóstico del autismo, dado por el D S M - III son: (18)

- Inicio antes de los treinta meses.
- Clara falta de respuesta ante los demás.
- Déficit graves en el desarrollo del lenguaje.
- Si hay lenguaje sigue un patrón peculiar, como ecolalia inmediata o demorada; lenguaje metafórico o inversión de pronombres.
- Respuestas absurdas a diferentes aspectos del ambiente; -

(17) ibidem., p. 264

(18) DSM - III., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales., p. 98

resistencia al cambio, interés peculiar en los vínculos - con objetos animados o inanimados.

- Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa e incoherencia como es en la esquizofrenia.

El trastorno es crónico, algunos de los niños autistas son in capaces de llevar una vida independiente, pero persiste la torpeza e ineptitud en el medio social. Los factores relacionados con el pronóstico a largo plazo incluyen el C.I. y a las habilidades implicadas en el desarrollo del lenguaje. El trastorno es incapacitante y casi siempre son necesidades medidas de educación especial.

Alrededor de un 25% o más de la población afectada presenta - crisis convulsivas durante la adolescencia o en la etapa inicial - de la vida adulta (esto ocurre más en los que presentan un C.I. ba jo).

Alrededor de un 40% de la población autista, tienen un C.I. - por debajo de 50 y solamente el 30% tienen un C.I. de 70 o más.

Sobre la incidencia en cada sexo, el trastorno es casi tres - veces más frecuente entre los niños que entre las niñas.

La prevalencia de autismo infantil es cincuenta veces más en los familia - res de los niños afectados de este trastorno que en la población general.

II.1.3 CONDUCTAS PATOLOGICAS PRIVATIVAS DE NIÑOS AUTISTAS

Esquematisando las características conductuales privativas de los niños autistas, se puede hacer la siguiente división: (19)

1. CONDUCTAS MOTORAS:

a) Movimientos corporales totales:

- Girar
- Dar vueltas
- Movimientos de lanzarse hacia adelante
- Correr o caminar sobre los juguetes
- Caminar raro

b) Movimientos manuales:

- "Aletear"
- "Revolotar"
- Hacer girar objetos
- Oscilar

c) Movimientos inhibitorios:

- Reacciones de contenerse a actuar

- Adoptar posturas

2. CONDUCTAS PERCEPTUALES:

a) Conductas visuales:

- Observar
- Fijar la vista
- Escudriñar
- Estrabismo voluntario

b) Conductas auditivas:

- Concentrarse en sonidos producidos por él mismo
- Taparse y golpearse fuertemente los oídos

c) Conductas olfativas:

- Husmear y olfatear objetos

d) Conductas táctiles:

- Exploración táctil

II.2 HABILIDADES ESPECIALES DE LOS NIÑOS AUTISTAS

Un hecho sorprendente es que algunos niños autistas tienen -

habilidades especiales que pueden poner en práctica muy bien:

- a) A un gran número de niños autistas les gusta la música y los sonidos rítmicos.
- b) Por lo general pueden aprender a manejar los números más fácilmente que las palabras.
- c) Con frecuencia les gustan los juguetes mecánicos y hay quienes aprenden a hacer funcionar por ejemplo, la radio y el tocadiscos mucho antes de aprender a decir algunas palabras.
- d) Saben inmediatamente si sus colecciones de objetos han sido alteradas de algún modo.
- e) A estos niños les es posible encontrar el camino para ir a determinados lugares después de una sola visita al mismo.
- f) Los niños autistas saben dónde encontrar los objetos de su interés especial.

Ninguna de estas habilidades dependen del lenguaje; la música, los números y la memoria topográfica son controlados por localizaciones cerebrales distintas de las que rigen a la palabra.

Los niños autistas se desempeñan mejor en las habilidades que no necesitan del lenguaje. Estas actividades constituyen su principal fuente de alegría en la vida.

II.3 TEMORES ESPECIALES EN LOS NIÑOS AUTISTAS

Es muy común que los niños autistas tengan temores que en realidad no son peligrosos, pero que les duran por años. Todos los temores que llegan a adquirir crean dificultades dentro de la familia, sobre todo si éstos van relacionados con cosas que se tienen que utilizar cotidianamente (son cosas que se utilizan como en cualquier hogar; licuadora, aspiradora, televisión, teléfono, etc.).

En algunas ocasiones los niños autistas padecen de miedo y angustia exagerados; pero a la recíproca, estos niños pueden no presentar ningún problema ante cosas o situaciones verdaderamente peligrosas por no comprender las consecuencias que puedan traer.

El que un niño autista tome temores a ciertas circunstancias u objetos, hace que tenga una propia personalidad dentro de los niños con características autísticas.

II.4 EL ARTE EN LOS NIÑOS AUTISTAS

Las manifestaciones artísticas de los niños subnormales son tomadas como documentos utilizados con fines diagnósticos.

La extraordinaria cualidad expresionista del arte infantil de be interesarnos desde el punto de vista diagnóstico, y tratar de - utilizarla para estudiar las complejidades internas del niño cuando la expresión en palabras le resulta difícil o es totalmente in capaz de hacerlo.

El arte es un acto creativo y por lo mismo merece recibir ese nombre. Los niños que poseen un vocabulario muy limitado pueden - descubrir que para ellos es más fácil pintar que hablar, y que, por medio de la pintura son capaces de expresar ideas y reacciones ante determinadas situaciones y experiencias.

Los niños autistas presentan unos problemas enormemente difíciles que difieren en muchos puntos de los niños subnormales(*). - Los niños autistas en sus actividades han tomado un tema y lo han repetido una y otra vez, idéntico o casi similar, obteniendo evidentemente alguna satisfacción por el control que demuestran medianu

(*) Los niños subnormales son aquellos que se encuentran con alguna deficiencia en comparación con los niños normales.

te la repetición con éxito. Sus representaciones de los seres humanos son figuras de aspecto extraño. Casi siempre al dibujar o pintar, copian las cosas como las ven o las recuerdan; no son realmente creadores.

Para los niños autistas los cambios en el medio ambiente son difíciles de aceptar, incluso los cambios pequeños y aquí, tal vez, el arte puede ayudar si se les ofrece un programa de trabajo cuidadosamente meditado y que exija "ligeras" diferencias de enfoque. - La ordenación y la clasificación de colecciones puede ser bastante satisfactoria y puede llevarle a los trabajos de collages o mosaicos. (20)

El análisis de las pinturas de los niños autistas debe dejarse en manos de expertos para dar su diagnóstico, sin embargo, es preciso tomar en consideración que de ninguna creación artística - realizada por estos niños pueden extraerse conclusiones definitivas.

Los niños autistas están obviamente confusos y viviendo en su mundo propio. Cualqu~~er~~ actividad que les ayude a comunicar sus sentimientos y reacciones ha de ser de gran valor para ellos, y -- puede ayudarles a ser más conscientes de su confusión.

II.5 LENGUAJE DE LOS NIÑOS AUTISTAS

El lenguaje como tal, entra en casi todas las fases de la actividad humana; una lista de los posibles usos de éste sería casi tan larga como una lista de las actividades humanas posibles.

Según los planteamientos de la teoría de la conducta, el lenguaje es una forma de conducta que asume ciertas modalidades particulares pero que, esencialmente, obedece a las mismas leyes que regulan a toda la conducta, verbal o no verbal.

Los trastornos del lenguaje forman parte de la sintomatología del autismo. La gravedad de estos trastornos varía en cada caso, y puede ocurrir que el lenguaje no se desarrolle, que aparezca precozmente pero sea poco comunicativo, o que aparezca con retraso más o menos alterado y pobre.

Cuando existe el lenguaje en los niños autistas, éste siempre está alterado por su timbre y tono pero más por su articulación que generalmente es deficiente por falta de uso. En el lenguaje propiamente dicho, el niño autista presenta gran dificultad en el uso de los pronombres personales. El "yo" generalmente es sustituido por el "tú" o por el "él". Emplea fórmulas verbales que le son particulares, pero cuya repetición constante se hace monótona.

Por lo general se inician repitiendo palabras dichas por otras personas, especialmente la última palabra o algunas de las últimas palabras de una frase. Con frecuencia pueden copiar el acento de quien habla y el tono de su voz.

La repetición de palabras parece tener poco significado para el niño, y a ésta vacía repetición se le denomina "ecolalia" (repetición involuntaria y sin sentido de palabras que oye el paciente), la cual significa en él un intento de dialogar. También puede llegar a presentar una ecolalia prolongada que se da cuando el niño autista es capaz de llegar a formar frases, es decir, repite la combinación de palabras que ha oído como si fuera un "lorito". Muchas veces puede tratarse de una repetición exacta de algo que el niño ha oído en una situación vagamente similar, y en ésto se asocia al niño autista con una excelente memoria de repetición.

El niño autista parece no advertir que el lenguaje tiene un significado, aunque puede atender a las personas si oye una de las pocas palabras que conoce y que están vinculadas a las cosas que le gustan.

Pueden pasar varios años antes que el niño aprenda a responder cuando lo llaman por su nombre, y puede no obedecer ninguna orden verbal, ni escuchar advertencias, ni comprender si lo reprenden. La mayoría de los niños adquieren el lenguaje sin que nadie sepa en realidad cómo lo hacen. Es un "fenómeno natural" y, desafortunadamente, algunos niños no aprenden a hablar por sí mismos y necesitan ayuda.

Cuando un niño autista lleva un tratamiento acerca de la adquisición del lenguaje, puede llegar a adquirir cierta limitada com pre nsi ón del mismo y puede llegar a obedecer instrucciones simples. Si se le llegan a dar demasiadas órdenes dentro de una misma frase, lo único que se conseguirá será confundirlo de modo que se enojará o angustiara, o si no, se retraerá y no hará nada.

Existe la posibilidad de que el autismo pueda desarrollarse en asociación con un trastorno de lenguaje severo. Dado que el lengu aje es una actividad central en la vida humana, un conocimiento más profundo de cómo ocurre su adquisición puede resultar provechoso pa ra muchos individuos. Desde un punto de vista conductual, lo que interesa es la definición precisa del problema del lenguaje, para desarrollar formas de tratamiento específicas.

Además del lenguaje oral, a veces el niño puede comunicarse - con los demás mediante ritos que cambian con el tiempo, ya sea me di an te cifras o mediante el dibujo de figuras geométricas que tienen para él un valor en el contexto de los mecanismos de defensa - que le permiten anular o destruir símbolos que tienen un carácter de permanencia.

La carencia del lenguaje hace difícil para el niño autista de mo str ar que no se siente bien o indicar que parte del cuerpo le - duele. Los padres deben observar su conducta con el mayor cuidado posible e identificar signos de enfermedad como :mayor irritabi-

lidad, falta de apetito, erupciones, etc.

Para la mayoría de los investigadores actuales, los déficits cognitivo y lingüístico son los que están en la base de todas las alteraciones comportamentales del autismo. Algunas tentativas explicativas que hoy disponemos son: (21)

1. "Según Rutter (1977) las alteraciones del lenguaje son la consecuencia de una disfunción orgánica cerebral, aunque todavía se desconozcan cuáles sean las bases biológicas y la topología concreta de estas disfunciones.
2. Williams (1971) estima que las funciones que principalmente resultan afectadas son los procesos centrales de codificación de la información.
3. Hermlin (1976) hace consistir esa disfunción en una incapacidad para reducir la información, ...
4. Warrington (1976) subraya las alteraciones mnésicas que están en los fundamentos de los procesos de adquisición del lenguaje, de los que hace depender gran parte de la patología. Esta opinión ha sido criticada por Rutter (1977).

(21) cfr. POLAINO, Aquilino., op. cit., p. 44

5. Ricks y Wing (1970) vinculan más bien estas alteraciones a un problema de desarrollo, del que dependería la incapacidad del niño autista para operar con símbolos.

6. Churchill (1978) amplía los factores intervinientes en estas disfunciones, entre las que considera de mayor importancia las alteraciones de la percepción, de la integración motora y de las memorias de estos sujetos".

II.6 EL AUTISMO Y SU RELACION CON OTROS PADECIMIENTOS

Cada una de las cosas que hace un niño autista, las pueden hacer un niño normal en algún momento de su desarrollo. Los niños normales llegan a tener problemas en el momento de aprender a hablar, a leer y a escribir; pero la diferencia es que en el niño normal estas cosas ocurren en fases que pasan, mientras que en el niño autista continúan por muchos años.

El problema de identificar y clasificar el autismo se torna complejo porque a menudo está asociado con algún otro padecimiento u otros tipos de trastornos afectivos. Se han realizado intentos para reportar los componentes de la definición descriptiva del autismo, y se ha encontrado que este síndrome frecuentemente presen-

ta una ambigüedad (lo ambigüo lleva a diversas interpretaciones, ocasionando confusión y duda).

Frecuentemente al autismo se le asocia o se le confunde con - trastornos tales como:

- Reacciones agudas situacionales al stress;
- Trastornos en el lenguaje;
- Síndromes cerebrales crónicos de etiologías diversas;
- Factores constitucionales;
- Convulsiones;
- Sordera;
- Deprivación maternal, sensorial, afectiva, etc.;
- Sabio - idiota (inteligente con apariencia de tonto);
- Sobreprotección pariental con infantilismo;
- Deficiencia mental;
- Psicosis infantil.

Es por eso que la cuestión de si el autismo infantil tiene o no tiene estados unitarios y si es o no un patrón aparte e independiente de otras condiciones ha sido un tópico de gran debate.

Hay además otros factores etiológicos que con relativa frecuencia se asocian al autismo. Es el caso de la rubeola, de la

fenilcetonuria, de la encefalitis asociada a la fibroplasia retro-lental o la esclerosis tuberosa. En cambio, no existe evidencia - de que la parálisis cerebral, el síndrome de Down y las alteracio- nes heredometabólicas y cromosómicas se asocien con tanta frecuen- cia a este síndrome.

Los materiales de historiales casuísticos, y las observaciones clínicas son útiles para distinguir a un niño con deficiencia men- tal de otro.

Los niños con autismo infantil se pueden distinguir de los re- trasados mentales en virtud de su buen potencial intelectual (por ejemplo, pueden llegar a poseer memoria y capacidad musical excelen- tes) y ciertas características físicas (movimientos graciosos y fal- ta de aspecto de tonto). Además el aislamiento, la soledad y el despego típico de los niños autistas ofrece un contraste con las - actividades estables y no imaginativas de los niños retrasados. Mu- chos pequeños reclusos en instituciones para retrasados mentales probablemente encajen con más precisión en la descripción que Ka- nner hace del niño autista.

Daños cerebrales: los daños orgánicos constituyen otro conjun- to de condiciones que simulan, a veces, psicosis en los niños so- bre todo en aquellos con trastornos de lenguaje de origen orgánico.

Aislados de otros por su falta de capacidad de comunicación,-

esos niños pueden desarrollar por sí mismos una existencia similar a la de los niños autistas y plantean un enigma de diagnóstico particularmente difícil. Para esto hay cuatro tipos de evidencias que son útiles para poder dar un diagnóstico diferencial: (22)

1. Los instrumentos psicométricos....
2. Las pruebas médicas....
3. Los materiales de instrumentos casuísticos....
4. La observación clínica....

El autismo es solamente uno de los estados que se pueden agrupar indefinidamente en el conjunto de psicosis de la infancia. Como se diagnostica por el esquema especial de conducta, su distinción entre otros padecimientos depende de que se tenga una historia clínica detallada.

El niño autista tiene su personalidad propia, que determina la forma en que reacciona ante sus desventajas y que lo convierte en un individuo único. La única forma de diagnosticarlo es preguntar con detalle minucioso respecto de la conducta del niño; desde su nacimiento hasta el momento en que es llevado para examinarlo; la decisión depende de que exista o no una configuración especial de conducta.

(22) CLARIZIO, Harvey. MC., COY, George F., Trastornos de la conducta en el niño., p. 387

El contacto afectivo con la realidad, es el índice que permite hacer un diagnóstico de autismo o descartarlo. Es mejor elaborar un diagnóstico en la forma más restringida posible reduciéndolo a aquellos niños con la mayor parte o todas las características típicas de la conducta autista; si ciertas personas utilizan el término "autismo" en forma muy amplia e incluyen a toda clase de niños con dificultades, se vuelve imposible juzgar los resultados de los métodos de educación o de tratamiento.

II.6.1 SORDERA CONGENITA Y AUTISMO

Los niños que nacen sordos tienen muchos problemas en el aprendizaje de la comprensión y uso del lenguaje hablado. Pueden ser socialmente retraídos y difíciles en su conducta y tener varios síntomas que se ven en los niños autistas, por lo que frecuentemente se les considera como tales.

Con frecuencia se piensa que un niño autista es sordo porque tiende a ignorar los sonidos muy fuertes y no parpadea siquiera si alguien hace ruidos detrás de él.

El observador del niño autista se sorprende por la ausencia de reacciones frente a los ruidos violentos que contrasta con la aten

ción que pueda manifestarse a los ruidos ligeros.

Los niños que no llegan a adquirir nunca el lenguaje, se diagnostican a menudo de sordera. De aquí la importancia del diagnóstico para saber si un niño es autista o no. Las observaciones de los padres sobre la conducta del niño en casa pueden ser muy útiles para tomar una decisión acertada.

La indiferencia de estos niños frente al ruido, debe comprenderse en el contexto del conjunto de su comportamiento.

II.6.2 AFASIA CONGENITA Y AUTISMO

Afasia viene de la palabra griega "phasis" que significa lenguaje hablado, y "a" que significa privativa.

Afasia es la pérdida más o menos (en grado variable) de la aptitud de comprender el lenguaje hablado. Los niños con afasia congénita tiene problemas severos para comunicarse.

Los que padecen de afasia "receptiva" tienen grandes dificultades en comprender las palabras, y por consiguiente, para aprender a hablar. Los niños con afasia "ejecutiva" pueden comprender

razonablemente bien, pero tienen dificultad en emitir las palabras por sí mismos, aclarando que no es por fallas de articulación sino de comprensión fonémica.

Hay ocasiones en que los niños con afasia receptiva son confundidos con los niños autistas en sus primeros años porque ellos también tienden a ignorar los sonidos y a ser socialmente retraídos.

Los que padecen afasia ejecutiva generalmente responden más y son más sociables, pero tienen el mismo problema que los niños autistas para imitar los movimientos realizados por otras personas y para hablar.

II.6.3 MUTISMO SELECTIVO Y AUTISMO

Mutismo: el paciente permanece silencioso, mirando a su interlocutor, y puede continuar silencioso durante años. El mutismo es rehusarse a hablar (negativismo verbal). (23)

El mutismo es considerado como un trastorno de la expresión del pensamiento; la transformación de los pensamientos en el habla puede hallarse alterada en las enfermedades funcionales u orgánicas mentales, y es por eso que en algunas ocasiones se ha confundido al autismo con el mutismo selectivo.

Por lo tanto, el mutismo es más bien la emisión (durante el preaprendizaje) de respuestas neuróticas, que una profunda alteración comportamental, como acontece en el autismo.

11.6.4 PSICOSIS Y AUTISMO

La psicosis es una enfermedad emocional grave, caracterizada por patrones anormales de sentimiento, pensamiento y acción; y pérdida de contacto con o distorsión seria de la realidad. (24)

A diferencia del autismo, en la psicosis el sujeto siempre tendrá una desconexión de la realidad, tendrá ideas delirantes, alucinaciones y conducta regresiva permanentemente.

(24) CHUSID, Joseph G., Neuroanatomía correlativa y Neurología funcional., p. 477

Una persona autista posee su propia realidad por lo que nunca se podrá decir que en él se manifiesta una pérdida o desconexión - con la misma.

Los padecimientos psicóticos se inician comúnmente durante la adolescencia, aunque puede instalarse en cualquier tiempo desde la infancia hasta la vejez. Los brotes psicóticos frecuentemente ocurren en personas cuya conducta y pensamiento siempre han sido diferentes de las otras personas. Las psicosis pueden durar desde unas horas hasta años o aún la mayor parte de la vida del paciente.

Los enfermos de psicosis tienen deficiencias para enterarse - de las realidades sociales o interpersonales. Se observan defectos en la función asociativa, cambios en el afecto y ambivalencia.

CONCLUSIONES:

- * No hay síntomas psicóticos en los autistas.
- * Toda persona psicótica tiene rasgos o conductas autistas (como es el romper el contacto con la realidad).
- * Los delirios y las alucinaciones jamás se verán en personas autistas.
- * El psicótico sale de la realidad sólo temporalmente.

- * Una persona autista no conoce la realidad porque nunca se ha integrado a ella.
- * Las personas psicóticas siempre demuestran mucha fuerza.

III. EDUCACION PARA LOS NIÑOS AUTISTAS

III.1 CONCEPTO DE EDUCACION Y CONCEPTO DE PEDAGOGIA

Debemos llamar a la educación como el "perfeccionamiento intencional de las facultades específicamente humanas".

Toda educación es una perfección. La educación es una modificación del hombre, la cual no tendría sentido si no fuera un perfeccionamiento, un camino hacia la perfección.

La educación no crea nuevos seres; actúa sobre un ser que ya existe con anterioridad al proceso educativo; actúa sobre el hombre. Por consiguiente, los efectos del proceso educativo no están en la aparición de nuevos seres, sino que están en la aparición de nuevas formas, de nuevos modos de ser en el hombre.

Otra idea que subyace en el concepto de perfección es la formación. Al hablar de educación como formación se concibe aquella, como medio de dar formas más perfectas al educando, o sea, que al decir de la educación que es una formación se dice implícitamente- que comunica perfección.

Al hablar de perfección humana han surgido ciertas ideas que también contribuyen a delimitar el concepto de educación: las ideas de dirección, influencia, intención, reflexión, aluden a un fin pre concebido y operante en virtud del cual la educación toma un determinado rumbo y ponen de relieve que la educación, tanto como obra del intelecto, es obra de la voluntad. Estas ideas se pueden resumir en la nota de intencionalidad, que también ha de atribuirse a la educación.

También decimos que la educación es un perfeccionamiento de - las potencias del hombre porque en ellas actúa de una manera inmediata. Pero estos perfeccionamientos inmediatos son a su vez factores que se armonizan para perfeccionar a la persona humana, sujeto primero al cual se atribuye toda la actividad del hombre. Pudieramos decir que la educación es perfeccionamiento inmediato de las capacidades humanas y perfeccionamiento mediato de la persona humana.

La educación es una forma de vivir humano que prepara al hombre para vivir cada vez más humanamente. Es la capacitación para responder a todas las exigencias de la vida humana.

La vida humana se puede entender como una realidad en la cual hay carencias y posibilidades, es decir, necesidades que deben ser satisfechas y posibilidades que deben hacerse realidad.

Pero la educación no es simplemente atención al hombre en general, sino también, y radicalmente podríamos decir, la atención a cada uno de los hombres que advienen a la existencia. Y así como se pueden considerar los elementos comunes de la naturaleza humana y de la vida, es menester también tener en cuenta las características particulares de cada hombre real. En este sentido, la educación debe ser un proceso de ayuda para la realización personal.

Dentro de la Pedagogía, ciencia de la educación, se va abriendo camino, cada vez más, la consideración de las diferencias individuales que existen en todos los hombres.

Pero para que las ideas queden claras, hablaremos primero sobre el concepto de Pedagogía. Dado el carácter práctico de esta disciplina, es muy común definirla no sólo como ciencia, sino también como arte de la educación. Conviene, sin embargo, distinguir la ciencia de la educación y el arte de educar; aquella es un sistema de verdades, éste es un conjunto de disposiciones subjetivas para obrar.

Pero esta significación se presta a confusiones; en ella es muy difícil distinguir el arte de las ciencias prácticas, y aún de la técnica, ya que las técnicas se resumen igualmente en un conjunto de reglas, derivadas de una ciencia, para realizar algo; de suerte que, para emplear un lenguaje preciso conviene reservar a la Pedagogía el significado de ciencia de la educación, y no el arte de educar.

Ciencia, arte y sabiduría comprenden todo el saber acerca de la educación. De estos saberes, el científico es el que propiamente constituye la Pedagogía.

Sin que de un modo absoluto se pueda atribuir la teoriedad a un tipo de Pedagogía y la practicidad a otro, bien puede afirmarse que las cuestiones especulativas se incardinan con más facilidad en la Pedagogía general, mientras los problemas prácticos suelen plantearse con preferencia en términos de Pedagogía diferencial.

La Pedagogía diferencial viene a cerrar el ciclo de la general, puesto que cada uno de los temas diferenciales es susceptible de ser estudiado filosófica, histórica y experimentalmente en sus dimensiones intelectuales, morales, profesionales y, en fin, proyectando en él cualquier aspecto educativo que pueda haber sido objeto de un estudio analítico general.

El siguiente cuadro sinóptico recoge las ideas anteriores y presenta el cuadro orgánico del sistema de las ciencias de la educación: (25)

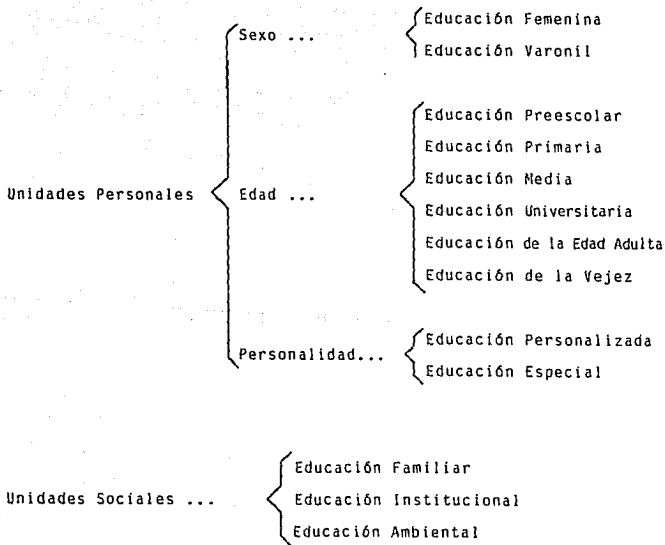
(25) cfr. GARCIA HOZ, Víctor., Principios de Pedagogía sistemática., p. 61

I. ESTUDIO ANALITICO DE LA EDUCACION
(PEDAGOGIA GENERAL)

Análisis Formal... {
Filosofía de la Educación.
Historia de la Educación.
Ciencia Experimental de la
Educación.
Pedagogía Comparada.

Análisis Material... {
Elementos Personales de
la Educación: { Psicología
Elementos Sociales de
la Educación: { Sociología
Elementos Técnico-
Culturales. { Didáctica
Orientación y
Formación.
Organización
Escolar.

II. ESTUDIO SINTETICO DE LA EDUCACION
(PEDAGOGIA DIFERENCIAL)



Como se puede observar, dentro de la Pedagogía Diferencial, en el aspecto de la personalidad; las diferencias de ésta pueden ser expresadas desde un punto de vista cuantitativo, según que consideremos más o menos perfecto o desarrollado un hombre, y también desde un punto de vista cualitativo, según las clases de aptitudes o de condiciones que tenga.

Desde el punto de vista cuantitativo, nos encontramos con los hombres normales, es decir, aquellos cuya capacidad está dentro de los límites que se consideren corrientes o típicos. Los que no alcanzan este desarrollo o capacidad, que hemos llamado normal, son los infranormales o subnormales. Por el contrario, aquellos que sobrepasan los límites corrientes o normales son los supranormales, también llamados superdotados o bien dotados. De aquí que, junto a una Pedagogía de los hombres o de los niños normales, nos encontremos con una Pedagogía de anormales, cuyo campo, en la actualidad, se denomina educación especial, dentro de la cual hemos de considerar tanto los anormales por defecto, es decir, los que no llegan a las condiciones normales, cuanto a los anormales por exceso, los que las sobrepasan.

III.1.1 EDUCACION PARA LOS NIÑOS AUTISTAS

El problema de la educación especial ha salido de los estre-

chos y definidos límites de algunas instituciones asistenciales, médicas y pedagógicas, al campo de las preocupaciones sociales. - Con la expresión de educación especial se indica la acción educativa que se realiza con sujetos que presentan características claramente distintas de las tenidas por sujetos normales.

Es importante distinguir entre enseñanza especial y educación especial, para que el personal sea el adecuado en la atención de los niños autistas: (26)

* Enseñanza especial: se refiere a algunas ramas particulares de la instrucción, cuyo profesorado necesita solamente ser más especializado en cierta formación o disciplina. Los sujetos a formar son normales.

* Educación especial: Es toda acción educativa realizada con sujetos especiales, tomado como especiales a aquellos que poseen alguna incapacidad de aprender y de obrar según las

normas y patrones de conducta comunes a los sujetos normales.

La educación es uno de los derechos que se debe reconocer en todos los hombres, y el concepto de dignidad e importancia del individuo debe servir como punto de partida para el desarrollo de servicios educativos especiales.

Aunque algunas personas presentan mayores dificultades y menores posibilidades educativas, no pueden considerarse en la actualidad como miembros inútiles de la sociedad a los que sólo un sentimiento filantrópico o caritativo induzcan a tenerlos como sujetos de cuidados especiales.

La orientación realista que actualmente toma toda la educación, se proyecta en el campo de la educación especial planteando como uno de los problemas más interesantes el de que la educación se complete con la orientación profesional.

En el caso de los niños autistas, no existe una cura conocida para sacarlos de sus desventajas y formarlos integralmente; pero ello no significa que no se pueda intentar, con una educación especial (con métodos especiales de educación), el ayudarlos a que encuentren diversas formas de sortear sus dificultades; tanto en su casa como en la escuela. Existe la posibilidad de enseñarles a emplear aquellas habilidades que poseen, con el máximo de provecho.

Son demasiadas las desventajas adicionales de algunos de estos niños para que esté a su alcance realizar muchos progresos, pero aún en estos casos vale la pena hacer intentos de mejorar los peores problemas de conducta, y enseñarles el simple cuidado de sí mismos.

III.2 AYUDA MEDICA

Las relaciones entre la Biología y la Educación se proyecta en la necesaria colaboración entre médicos y educadores. El educador no tiene por qué ser un biólogo, y el médico no tiene por qué ser un educador; pero la acción de cada uno y otro se queda incompleta como no esté armonizada.

Si se pretendiera hacer una síntesis de los necesarios servicios que los médicos pueden prestar a la educación, se podría obtener lo siguiente:

- * Los médicos pueden tener una participación en el diagnóstico, aportando los datos biológicos necesarios para la comprensión más perfecta posible de la situación de un sujeto. Estos datos habrían de referirse a la situación biológica general del sujeto, y en particular a la de sus sistemas nervioso y endócrino; así como el sensorial y motor.

- * Los médicos ayudarían haciendo un examen biológico especial, cuando se plantean problemas de dificultad en la marcha del proceso educativo y principalmente en los casos de educación especial.

- * Armonización de la posible acción preventiva de régimen de vida y alimentación; y de recursos farmacológicos con la actuación educativa, principalmente en casos de educación especial.

Cuando los padres advierten por primera vez que el niño parece tener algún problema, confían desesperadamente en que los médicos podrán mejorarlo; y en ocasiones buscan el consejo de un clínico tras otro por no querer aceptar la realidad. Requiere considerable valor por parte de los padres la toma de una decisión propia, respecto de en quién deben confiar y cuál es el consejo que deben seguir.

Los médicos y los padres pueden trabajar mejor en conjunto, si los segundos tienen expectativas razonables acerca de cuánto es lo que puede hacer el médico y si éste, por su parte, está seguro del diagnóstico que está otorgando. Aunque desafortunadamente son muchos los médicos que no saben de qué se trata el síndrome de - autismo.

El médico debe estudiar la historia clínica del niño y -

decidir hasta qué punto su esquema se ajusta al del autismo. En particular debe adquirir una certeza de que el niño no es sordo ni padece deficiencia visual, y posteriormente debe considerar si el niño tiene desventajas físicas asociadas, que aumenten sus dificultades.

Un diagnóstico detallado lleva tiempo y exige que haya confianza y cooperación entre el médico y sus asistentes por una parte, y la familia por otra.

Cuando el diagnóstico de un niño entra dentro del cuadro del autismo, el médico deberá explicar a los padres la forma en que su hijo está en desventaja, las dificultades de éste para comprender las cosas como las ve, y la forma en que las desventajas trastornan sus emociones y su conducta.

En cuanto a la ayuda que pueden ofrecer los médicos, una vez que hayan diagnosticado a un niño como autista, ésta debe ir dirigida al alivio de los problemas secundarios de conducta. El médico puede prescribir algunos medicamentos para la hiperactividad - (conjunto de signos caracterizado por el aumento de actividad normal, con alto consumo de energía) y la inquietud, que frecuentemente presenta el niño autista, sean moderadas en la medida de lo posible; y de acuerdo a cada paciente en particular.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

III.3 AYUDA DE LOS PADRES

La familia es un componente esencial de la sociedad. Pedagógicamente considerada, responde a las exigencias, necesidades y cuidados que trae consigo la larga infancia de los seres humanos.

El clima hogareño (la atmósfera psicológica de la casa familiar) varía notablemente entre una casa y otra. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno mientras que en otros sucede lo contrario, y una tercera categoría sería la de hogares en los que el clima es cambiante, es decir, a veces es bueno y agradable y otras veces no.

Aún dentro de una casa, el clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado; el efecto de los roces sobre el clima hogareño dependerá en gran medida de si la fricción se expresa abiertamente y de la clase de expresiones manifiestas, puestas en práctica.

El ambiente familiar se ha de considerar en primer término, como espacio vital, es decir, como lugar en el cual los miembros de la familia (y especialmente los hijos) viven. El concepto de espacio vital envuelve por lo menos tres diferentes elementos:

1. Espacio físico,

2. Los objetos contenidos en este espacio,
3. Y las personas que habitan en él.

"Los tres elementos están socialmente definidos y socialmente determinados". (27)

Más importante que el espacio físico son los objetos y las personas incluidas en el espacio vital del niño, las cuales por hacerse cada vez más numerosas y variadas, las interacciones llegan a ser más complejas.

Las condiciones que hacen eficaz la educación familiar se pueden reducir a dos grupos principalmente:

1. Actitudes adecuadas en los padres,
2. Ambiente familiar adecuado.

Conjugando el autismo con la educación, para que en los padres existan actitudes adecuadas es menester, en primer término, - que los padres sepan las ventajas de su hijo; y un segundo punto es que los padres deben de llevar una relación llena de armonía. La armonía entre el padre y la madre hace que los estímulos provenientes de uno refuercen la acción de los estímulos provenientes del otro.

(27) ibidem., p. 198

La educación familiar debe apoyarse en las ventajas educativas del hogar y en ciertos principios adecuados a la naturaleza de la familia que se derivan del análisis de sus mismas limitaciones e inconvenientes, los principales son:

- * La educación familiar ha de ser querida y planeada. Los padres deben poseer un concepto de la educación, buscar los medios para realizarla y adaptar su vida a él, teniendo en cuenta el valor ejemplar de las relaciones familiares.
- * La acción educativa ha de ser lo más constante posible, y cuando por las ocupaciones de los padres se corra el peligro de que no exista, es menester recurrir a otros colaboradores, a los cuales se les explicará el fin que se persigue con la educación.
- * El amor, base de la educación, deberá ser racional y generoso.
- * Cuando los padres "deleguen" en otras instituciones formativas la educación del hijo, deberán mantenerse en contacto con ellas y prestarles la ayuda y colaboración necesarias.

A la familia se le puede considerar en sus relaciones educatiu

vas bajo tres puntos de vista: (28)

1. Como un sistema social, en el cual se dan las relaciones de los padres entre sí.
2. Relaciones de los padres con los hijos.
3. Relaciones entre hermanos y de los demás posibles miembros de la familia que constituyen peculiares estímulos pedagógicos.

Como toda sociedad, la familia es una entidad compleja y tiene su origen en el amor, es decir, se da por la decisión de unir - dos vidas que trascenderán en el momento de dar vida a nuevos seres.

Cuando se da vida a un niño que por causas desconocidas es - considerado como un individuo anormal, es necesario señalar la importancia de la participación de todos los miembros de la familia en el tratamiento de el niño que requiere de una educación especial.

En concreto, en el caso del autismo, se postula que la conduc

(28) ibidem., p. 483

ta desviada del niño autista se agranda debido a los efectos inconscientes de un manejo inadecuado de las contingencias sociales existentes en el núcleo familiar. De esta manera, se hace evidente la necesidad de intervenir en la interacción familiar del sujeto autista con el fin de lograr cambios efectivos de conducta.

Muchos padres necesitan ayuda principalmente para comprender los problemas de su hijo, sus orígenes y las cuestiones neurológicas que pueden ser factores importantes. También necesitan comprender cómo el ambiente contribuye a las manifestaciones comportamentales del trastorno neurológico y las agrava, para que pueda intentarse corregir el muy difícil comportamiento del niño mediante intervenciones planificadas en el hogar.

El proceso de orientación a los padres suele facilitarse con observaciones del hijo, hechas con diversos profesionales del cuidado de los niños. Las visitas domiciliarias por personal entrenado para ayudar a los padres en relación con una conducta especialmente difícil del niño, que con frecuencia está relacionada con la comida, al acostarse o dormir, suele ser muy útil. El que los padres sigan como modelos a profesionales eficaces de la atención de los niños y el que aprendan a interaccionar eficazmente con su hijo son con frecuencia factores importantes para reducir las perturbaciones comportamentales del niño.

Los padres también pueden necesitar ayuda para comprender

cómo las perturbaciones del comportamiento del niño han afectado a la unidad familiar y han creado ciertos problemas en la vida de toda la familia. Así, el padre y la madre pueden beneficiarse de una terapia familiar encaminada a ayudarles a interactuar de forma diferente en la situación familiar con el niño autístico y a facilitar un comportamiento más adaptativo en otros niños.

Los padres a medida que van siendo más conscientes de la variedad de factores etiológicos que intervienen en el autismo, sienten menos culpa y pueden participar más plenamente en un programa de tratamiento que esté encaminado a reducir la conducta perturbada del niño. Con esto, se puede decir que los mismos padres pueden llegar a formar parte del equipo terapéutico con las oportunas orientaciones, supervisión y asesoramiento necesario.

Es evidente que sean cuales sean los factores etiológicos, el esfuerzo de colaboración con los padres es una parte esencial del tratamiento del niño autista.

No puede cuestionarse el efecto terapéutico que se produce en las madres y los padres cuando aprenden a estimular adecuadamente a su hijo. Pueden observar la modificación del comportamiento de su hijo en respuesta a sus esfuerzos.

Todos los padres se sienten mucho más competentes cuando su intervención altera el comportamiento del niño y su evolución ult

rior y sus propias actitudes (algunas) pueden también modificarse.

Para esforzarse en ayudar al niño a superar los problemas evolutivos de la etiología, es necesario trabajar dentro de la unidad familiar. Como los trastornos del comportamiento surgen en el contexto de la familia, es preciso que los padres, junto con el niño, estén implicados terapéuticamente.

El grado de amplitud en que es necesario entrenar a los padres de un niño depende probablemente del grado de perturbación o de retraso del niño. Como los niños autistas tienen un amplio retraso comportamental, es probable que sus padres requieran un amplio entrenamiento para que éste tenga un efecto medible.

Cuando se acepta un niño para el tratamiento, se informa a los padres sobre el tiempo que será preciso dedicar al tratamiento, a saber que uno de los padres (normalmente la madre, ya que el padre sale a trabajar) deberá trabajar con el niño durante la mayor parte del día.

Es posible que los niños autistas asistan a casas de enseñanza especial, pero es muy importante que los padres no deleguen totalmente la educación de ellos, porque es absolutamente esencial que los mismos estén íntimamente familiarizados con la forma en que se trata a su hijo.

Los padres también deben de estar conscientes de que en algunas ocasiones los niños se hacen más retraídos como consecuencia de su asociación con otros niños atípicos, pero esto no significa que tengan que sacar de la escuela a su hijo.

Cabe mencionar que toda ayuda que venga de los padres debe estar basada en la comprensión y en la paciencia. Comprensión porque los niños autistas no tienen la culpa de ser individuos en desventaja, y paciencia porque es una cualidad exigida en el desarrollo de tareas concretas y en la aceptación de la vida con sus incomodidades e inclemencias. La paciencia permite acabar una obra a ritmo seguro y mantenerse en la vida con el ánimo incommovible.

"No sólo se pretende afectar el comportamiento de los familiares hacia el sujeto, sino también aprovechar todas las posibilidades que ofrece el medio natural, para el establecimiento de conductas funcionales y de interacción social significativa". (29)

Es difícil encontrar pruebas de los efectos que se producen sobre los hermanos y hermanas que tienen en su familia a un niño autista, pero de cualquier forma, ellos también se enfrentan con -

(29) GALGUERA, Isabel., et al., El retardo en el desarrollo., p. 176

una cantidad de problemas específicos. Es posible que en su razonamiento no acepten que sus padres tengan que prestar tanta atención al hermano en desventaja y que los demás no reciban su justa participación; en este caso se recomienda que los padres organicen mejor su tiempo dedicado a cada uno de ellos.

Dentro de lo posible, es recomendable que los padres expliquen con franqueza y sencillez las desventajas del niño autista, contestando en forma cordial y sincera las preguntas que los hermanos hacen al respecto. Debe procurarse que los hermanos y familiares del niño autista participen en las actividades del mismo; pero también debe cuidarse que los hermanos tengan bastante tiempo para sus actividades infantiles comunes.

El análisis de las dificultades que encuentran los hermanos, subraya la importancia de enseñar a un niño autista una conducta social razonable. No existen motivos para que las desventajas del niño deban mantener efectos perjudiciales duraderos sobre sus hermanos. Todos los problemas surgen a causa de desórdenes de conducta secundarios que desorganizan la vida familiar, estos inconvenientes deben ser llevados al mínimo con un manejo correcto.

Una solución para que los padres puedan criar a sus hijos normales y a su hijo autista al mismo tiempo, es la de organizar una rutina de modo que todos tengan algo de atención de los padres cada

día. Pero también es recomendable que los padres no se olviden de ellos mismos en el horario que establezcan, ya que también necesitan descansar y distraerse como lo hacen otros padres de familia.

Las buenas relaciones de familia tienen un efecto beneficioso sobre la conducta del niño autista, en parte porque cualquier niño está más contento y es más fácil de llevar dentro de una familia - unida, y en parte porque el manejo adecuado de la conducta difícil exige un enfoque coherente de ambos padres; éstos deben respaldarse mutuamente en sus decisiones frente al niño y reservar las preguntas y los análisis sobre métodos para cuando estén solos.

La unión entre padres e hijos crece a través de la experiencia diaria de cuidar y ser cuidado. A pesar de todas las dificultades, la misma debilidad y dependencia de un niño en desventaja, a menudo vuelve este vínculo especialmente fuerte.

III.4 AYUDA DE LOS EDUCADORES

Se puede definir a la orientación como el proceso de ayuda - que se le da al individuo para conocerse a sí mismo y a la sociedad en que vive, a fin de que pueda lograr su máxima ordenación interna y la mejor contribución a la sociedad. La orientación por

tanto, forma parte del quehacer de todo maestro y de toda escuela.

Para elaborar el plan de estudios educacional óptimo para el niño autista, el educador también necesita saber qué destrezas, - si el niño las adquiere, le permitirán funcionar mejor, con independencia del ambiente en que se encuentre.

¿Que métodos educacionales especiales les permitirán mejor adquirir nuevas destrezas e informaciones?

Es una pregunta que el educador deberá formularse para saber qué programa educacional servirá a cada niño en especial.

Es importante tener en cuenta que cada niño autista es un mundo diferente y por tanto necesita ser tratado diferente de los demás. Los procedimientos tienen que adaptarse a las necesidades individuales de cada niño y a los detalles prácticos de los ambientes de su hogar y su escuela.

No sólo el manejo de la conducta, sino también los objetivos de la educación especial, sólo pueden lograrse adaptando las técnicas a las pautas de aprendizaje de cada niño dentro de las circuntancias y la forma de vida peculiares de su propia familia.

Hay que reconocer que los estudios estadísticos que permiten tener una idea precisa sobre la evolución de los niños autistas -

son muy difíciles de realizar y, por tanto, no son frecuentes. To
dos debemos hacer grandes esfuerzos y extender un punto de vista -
de manera global que permita nuevos progresos en el tratamiento del
autismo. Sólo la preocupación de precisión, tan simple en aparien
ca, permitirá a cada uno ir un poco más lejos y, en conjunto, ayu-
darse mutuamente, gracias a las informaciones basadas en sólidas -
observaciones.

Por ultimo, hay que saber que como educadores, no se deben em
prender al azar las distintas técnicas que se ofrecen a los niños
autistas. Hay que tener en cuenta el punto de vista y las precisio
nes del conjunto interdisciplinario que está en contacto con el ni-
ño.

Por eso, un pedagogo puede ayudar en la educación de un niño
autista: podemos ayudar a perfeccionar técnicas, elaborar progra-
mas de educación basándonos en la edad del niño y tomando las carac
terísticas propias que como persona autista tiene. También pode-
mos ir dando a conocer el tema del autismo como tal con todas sus
implicaciones y a su vez podemos ayudar a que los padres no se -
sientan menos por tener un hijo con este síndrome; a ellos se les
puede orientar y se les puede dar a conocer los avances o progre-
sos que algunas personas autistas han alcanzado.

El pedagogo puede dar a conocer todo lo que el concepto de -
educación encierra para que de este modo los terapeutas que van a

tratar a los niños autistas, logren una perfección más satisfactoria como seres humanos en dichas personas.

III.5 METODOS DE TRATAMIENTO

Existe una amplia gama de posibilidades terapéuticas. La variedad refleja el hecho de que en el estado actual de la técnica no hay una terapia adecuada que resista una investigación controlada.

Específicamente se pueden distinguir cuatro tipos de intervención (30), aunque dentro de algunas se pueden dar modalidades de terapia:

1. Intervención farmacológica: no existen tratamientos farmacológicos que resuelvan del todo satisfactoriamente el problema del autismo. Únicamente, y sólo en determinados casos, pueden utilizarse los "neurolépticos" (medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central) para reducir sintomatologías que entrañan peligro tanto para el niño mismo como para los otros; sintomatologías que además van revestidas de una gran aparatosidad.

(30) GARANTO ALOS, Jesús., El autismo., p. 78-93

Los neurolépticos disminuyen los niveles de ansiedad, de agresividad, de excitabilidad, y al mismo tiempo posibilitan un abordaje - psicoterapéutico de los problemas subyacentes a tales sintomatologías.

Sin embargo, es importante señalar que con estos medicamentos se priva al sujeto de sus mecanismos defensivos y por lo mismo no se le permite existir a su modo y manera. Con frecuencia, cuando cesa el tratamiento con medicamentos, los síntomas comportamentales de tipo agresivo reaparecen.

Hasta que las entidades diagnósticas estén definidas con más precisión mediante criterios históricos, demográficos, comportamentales y biológicos, la psicofarmacología infantil seguirá teniendo una base empírica.

Cuando se requiere esta intervención farmacológica, se hace - necesaria también la psicoterapia (ya sea individual o colectiva), para ayudar al paciente a reestructurar su configuración personológica, le ponga en contacto con su contorno y le proporcione elementos positivos para entrar en comunicación con otras personas.

Recientemente también se ha empezado a investigar y a utilizar la vitamina B₆, ya que se obtiene respuestas clínicas positivas en los niños con síntomas autísticas.

Rimland (1973)

Rimland, Callaway y Dreyfus (1978)

y más recientemente Martineau y un grupo

de profesionales (1981); son los que han utilizado esta vitamina con un suplemento de lactato de magnesio (producto químico) - que es añadido porque la administración de la vitamina B₆ en dosis largas puede provocar irritabilidad y enuresis (incontinencia de es fínter urinario nocturna, o micción nocturna).

Rimland en un estudio que realizó con 200 niños con características autísticas administrándoles dosis de vitamina B₆, notó - que ésta producía cambios de conducta en los niños. Estos cambios eran beneficiosos en ciertos casos, y algunos padres le reportaron que cuando a los niños se les retiraba la vitamina, éstos reincidían en sus conductas comportamentales complejas.

A partir de Rimland se han seguido haciendo estudios al respecto, pero todavía no se puede determinar si masivas dosis de vitamina B₆ han sido o pueden ser perjudiciales.

2. Intervención psicoterapéutica: la psicoterapia procura - ayudar al niño a responder al mundo entorno en forma realista. Con esta intervención se hará referencia a las terapias de orientación analítica, que aunque en muchos de los casos de autismo no pueden utilizarse de forma ortodoxa, sí muchos de sus conceptos y recursos son perfectamente utilizables en la elaboración y reestructuración del yo autista.

Inicialmente, resulta un tanto difícil lograr el descubrimiento de lo que "no es él". Si se logra, y más si se logra integrar en uno mismo, su consecución es muy positiva, ya que de lo contrario el "no yo" aparecerá como algo hostil que automáticamente provocará vivencias persecutorias y amenazantes. Es importante recalcar que no se trata de que el "no yo" se asimile, se funda y confunda con el yo, porque de ser así no dejarían de ser objetos - autistas.

El elemento familiar dentro de esta intervención es muy importante y sobre todo necesario. Principalmente los padres y los hermanos son quienes paralelamente deben acoger la psicoterapia como un recurso muy positivo para ellos mismos y para la "normalización" del niño autista.

3. Intervención psicopedagógica: con esta intervención se - pretende ayudar al niño autista para que "crezca" a partir de él - mismo. El término crecer hace referencia a un crecimiento global a nivel de persona humana, de unidad total y absoluta; no a un crecer biológico o fisiológico.

Es ayudar al niño a que pueda ser y no sólo estar. Es ayudar lo a que logre una autonomía y no siempre dependa de una institución o de alguien más.

Es un esfuerzo por conseguir para el niño autista un mundo -

más acogedor y ayudarlo a no ser tan autista, es decir, a no tener un nivel más profundo de autismo.

4. Intervención a través de las terapias de conducta: estas terapias tratan de modificar la conducta una vez establecidas las leyes que la rigen; bien sea:

- * Reforzando o recompensando determinadas conductas. Los refuerzos son utilizados para producir algunos cambios en la conducta de los niños autistas, antes de comenzar a enseñarles algo en concreto. El reforzamiento es utilizado sobre todo en aquellos niños autistas que tienen grandes posibilidades de adquirir el lenguaje oral (por limitado que sea), y antes de comenzar en la enseñanza del lenguaje, se deben eliminar las conductas interferentes y suprimir algunas de las conductas autoestimulatorias (balancearse, dar vueltas sobre sí mismos, etc.), para que muchos de los niños puedan avanzar significativamente en el aprendizaje.
- * Modelando conductas que por aproximaciones sucesivas conducen a la conducta final deseada.
- * Extinguiéndolas al no reforzarlas e ignorarlas mediante puniciones o por la presencia masiva de tales conductas problemáticas en presencia de los objetos o situaciones a las que van asociadas hasta que éstas se ven saturadas.

* O también reforzando conductas incompatibles.

Las técnicas de modificación de conducta están demostrando que sirven para la rehabilitación de los niños autistas, sin embargo - poseen inconvenientes como:

1. Un reforzador artificial se extingue cuando ese reforzador desaparece; y desaparece cuando el niño abandona el medio en el que se le enseña.
2. Son inadecuados en comparación con la inmediatez, el poder y la disponibilidad de los reforzadores naturales de la vida diaria que son probablemente los que constituyen la comprensión y el habla flexible de los niños normales.

Para concluir sobre el tema de los métodos de tratamiento, po demos señalar que todo aquel que pretenda ser terapeuta sin presentar sus instrumentos de investigación y sus resultados, hace lo - que cualquier persona humanista haría por otra persona, pero si - presenta sus resultados de forma científica para que el público - los examine y los juzgue con normas más precisas, podrá incremen-
tar nuestros conocimientos.

Hasta que nustos datos sean más firmes, seguirá habiendo mu-
chas terapias. Además, los padres buscarán con ansiedad diversas
ayudas, y algunos incluso obtendrán considerables beneficios -

temporales de una gran variedad de profesionales. Debemos tomar -
en cuenta que las terapias siempre serán instrumentos parciales -
que ayudan a reestablecer un proceso.

IV MANUAL DE ORIENTACION PARA PADRES DE HIJOS AUTISTAS

Este manual fue elaborado para proporcionar mediante un lenguaje sencillo y adecuado a los padres de niños autistas, la información básica acerca del desarrollo de estos niños, de los problemas que afrontan y de cómo dichos problemas deberían ser abordados.

Se espera que el desarrollo del contenido que se hace a lo largo del manual cumpla con la finalidad de servicio y de orientación para que los padres tengan una perspectiva más sobre cómo poder ayudar a su hijo una vez que él esté incluido en el cuadro del síndrome de autismo.

También se incluyen algunas bibliografías recomendadas, para profundizar en el tema del autismo, así como lugares en México donde se pueden obtener mayores informaciones por tener a niños autistas a su cargo.

Cabe mencionar que este manual fue elaborado como derivación práctica de una tesis profesional para obtener el título de Licenciada en Pedagogía, después de haber realizado una investigación profunda sobre este síndrome y bajo la preocupación por saber cómo se puede ayudar a las personas autistas.

I N D I C E

	Pág.
I N T R O D U C C I O N	110
I. CARACTERISTICAS Y DESCRIPCIONES DEL NIÑO AUTISTA	104
II. PRIMERAS SEÑALES Y SINTOMAS	106
III. HABILIDADES ESPECIALES Y TEMORES ESPECIALES EN LOS NIÑOS AUTISTAS	113
IV. EL ARTE EN LOS NIÑOS AUTISTAS	115
V. COMO AYUDAR AL NIÑO AUTISTA	116
VI. SUGERENCIAS GENERALES	126
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	129
VIII. DONDE OBTENER MAYORES INFORMACIONES	151

INTRODUCCION

Existen niños que con el paso del tiempo, permanecen detenidos en cierto estudio del desarrollo emocional e intelectual; son niños que sufren de autismo.

Generalmente los padres de hijos autistas se refieren a ellos como niños que jamás hablan o responden; que gritan incesantemente; que se balancean de la mañana a la noche; que parecen no dormir - nunca; que miran de fijo un objeto durante horas; que caminan en las puntas de los pies; que agitan sus brazos de un modo no usual o que tratan de hacerse daño a ellos mismos.

Sin embargo, el autismo desafía las generalizaciones. El comportamiento de los niños autistas pueden variar en cada caso y es posible que los ejemplos de conductas autistas nombradas anteriormente no se observen todas y/o ninguna de estas conductas extremas ocurran todo el tiempo.

El autismo ocurre sin ningún patrón aparentemente; se da en todo el mundo, y en familias de todo tipo de condiciones sociales, económicas y raciales.

La palabra autismo viene del griego autos que significa sí -

mismo y se refiere a alguien que está retraído y absorto en sí mismo.

Podemos considerar a Leo Kanner como el primer psiquiatra que reportó una investigación sistemática de esta enfermedad, publicada en 1943. Dió a conocer casos de niños que denotaban tendencia al retraimiento antes de haber cumplido el primer año de edad. De finió al síndrome como una inhabilidad inadecuada del niño para relacionarse desde el principio de su vida; consigo mismo, con otras personas y a situaciones que se le presentaran.

Actualmente se puede asegurar que el orden del nacimiento no es un factor, y casi siempre los otros niños en una familia con un hijo autista son normales.

La causa o causas del autismo no son conocidas. Desde el momento en que se empezó a estudiar este síndrome, surgieron diversas teorías que se clasificaron en dos principalmente:

1. Teoría que expresa que los niños autistas son normales al nacer, pero que su desarrollo está perturbado debido a la forma de criarlos (teoría ambiental-emocional).

Algunas sugerencias que se hicieron en el pasado respecto de que los padres de niños autistas eran personas muy intelectuales, reservadas, frías y eficientes; están ahora enteramente científicamente desacreditadas.

Algunos autores pensaron que el autismo era el resultado de un retraimiento psicológico de lo que el niño percibía como un ambiente frío, hostil y castigador. Así se culpó a estos padres - "refrigeradores" cuyas relaciones con sus hijos eran frías y físicamente distantes. Esta teoría no explica por qué los demás hijos de la pareja no muestran ninguna tendencia a ser anormales, y ha sido enteramente descartada por rigurosas investigaciones científicas que han demostrado que los padres de niños autistas son tan cálidos y afectuosos como cualesquiera otros padres.

Sin embargo, esta teoría ha sido responsable de conceptos erróneos que todavía hoy mantienen unos pocos profesionales respecto de los padres y todavía puede crear problemas en la búsqueda de ayuda adecuada y apropiada. Poco a poco en la bibliografía de los últimos años sobre el autismo, se va sosteniendo que los comportamientos de los padres son consecuencias y no causas de las conductas de los niños autistas.

2. Teoría que propone que el autismo se origina por alguna malformación física (teoría organicista).

Se puede decir que algunos estudios han sugerido un factor genético. Se sabe que si en una familia hay un niño autista, es un poco más probable que entre los miembros de la misma familia (primos, hermanos, sobrinos) haya otro niño autista. Pero esto también es muy poco frecuente.

Otra posibilidad es un daño fetal en el útero o en el momento del nacimiento. Esta teoría se apoya en un extenso estudio de niños autistas que relaciona la hemorragia uterina en el segundo trimestre del embarazo con el autismo; y en otra investigación que hace notar que, a menudo, las madres de niños autistas, tienen dificultades al darles a luz. También se propone que una proporción alta de padres de niños autistas ha estado expuesta a sustancias químicas que podrían haber alterado el ambiente físico prenatal o postnatal temprano.

Todos los ejemplos anteriores se presentan como posibilidades; pero si el autismo es en realidad una clase de trastornos es probable que nunca pueda encontrarse una causa única.

Ninguna de estas teorías explica con seguridad el origen del autismo; en el mejor de los casos ellas contienen señales y claves que algún día podrían responder la pregunta de cómo se origina; cómo la química del organismo está afectada y cuáles son las partes del cerebro que están comprometidas.

En la actualidad no hay una forma de curar el autismo. Se trata de una deficiencia de por vida. Sus víctimas viven el tiempo normal de vida de una persona. Sus síntomas pueden cambiar y algunas de ellas desaparecen con la edad y dependiendo de la ayuda que se les dé.

I. CARACTERISTICAS Y DESCRIPCIONES DEL NIÑO AUTISTA

Aunque no conozcamos sus causas, el comportamiento autista es relativamente fácil de reconocer y la experiencia demuestra que si prestamos atención a este comportamiento y tratamos de cambiarlo, podemos hacer mucho para ayudar al niño autista.

Estudios realizados por Clancy, Dugdale y Rendleshort sostienen que la presencia de siete de las siguiente catorce conductas eran importantes indicios de autismo:

1. Gran dificultad para tratar y jugar con otros niños.
2. Actúa como sordo.
3. Se resiste a aprender cualquier cosa.
4. Falta de miedo a peligros reales.
5. Se resiste a cambiar de rutina.
6. Prefiere indicar sus necesidades mediante ademanes, gestos.
7. Se ríe y carcajea sin motivo evidente.
8. No se deja mimar como los bebés o niños normales.
9. Muestra marcada hiperactividad física.
10. No mira directamente a los ojos, evita las miradas.
11. Se aficiona extraordinariamente a un objeto u objetos determinados.
12. Dar vueltas a los objetos, los hace girar.

13. Se dedica repetida y sostenidamente a juegos raros.

(no usuales).

14. Se muestra completamente indiferente al medio ambiente.

Actitud altanera.

Diversos autores han querido seguir con la descripción de las características conductuales de los niños autistas, sin embargo, todos llegan a las mismas conclusiones y agrupan al autismo en las siguientes características.

a) Aislamiento; dificultades en el afecto emocional.

b) Incapacidad de utilizar el lenguaje con fines comunicativos.

c) Movimientos motores hábiles y rápidos.

d) Insistencia o persistencia en la monotonía.

Recientemente se ha aconsejado para el diagnóstico la observación directa del niño en situaciones estructuradas o en ambiente natural del sujeto.

II. PRIMERAS SEÑALES Y SINTOMAS

II.1 CONDUCTA DE LOS NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PRIMER MES DE NACIMIENTO, HASTA ANTES DEL PRIMER AÑO DE VIDA

Aunque el autismo por lo general no se diagnóstica en el primer o segundo año de vida, muchos padres creen que el niño exhibe un comportamiento diferente casi desde su nacimiento.

A menudo los niños autistas son "buenos" bebés; exigen poco, pasan mucho tiempo solos, pero no responden a los estímulos. Un niño normal le sonríe a su madre, explora su rostro con las manos, llora cuando la madre lo deja. El niño autista rara vez la mira.

Pero no todos los bebés autistas son "buenos". Algunos gritan día y noche; parecen no dormir nunca y no se les puede reconfortar. Estos bebés se ponen rígidos cuando se les toca y lo rechazan todo, desde el cambio de pañales hasta la alimentación.

* De uno a tres meses: las anomalías que se presentan son:

a) Anomalía en la mirada; el niño no sigue con la mirada, no

hay sonrisa como respuesta al rostro humano, pero esto puede no ser constante. Se puede presentar el estrabismo, el cual es un padecimiento oftálmico que impide fijar la mirada.

- b) Particular sensatez; el niño no se relaciona con el mundo de los objetos, como ocurre normalmente hacia las cuatro semanas. Se empieza a notar una indiferencia hacia el mundo exterior. También se advierte la ausencia o retraso de la sonrisa, la tristeza o la indiferencia del rostro.

* De tres a seis meses: Las anomalías que se presentan son:

- a) Defecto de actitud anticipatoria de ajuste postural. Es tos niños no se inclinan hacia los objetos a su alcance, cuando se les sostiene en brazos escapan, resbalan como una "muñeca de trapo".
- b) Hipotonía: se denota la deflexión de la cabeza hacia atrás, y el retraso en la adquisición de la postura seden te.
- c) Hay una predominancia exclusiva de los juegos con las ma nos ante los ojos y un desinterés por los juguetes (ejem- plo sonajas).

* De los seis a los doce meses:

- Las alteraciones alimentarias persisten. Algunos niños tienen preferencias definidas por ciertos alimentos, rechazando algunos y comen esporádicamente.

- Las alteraciones visuales y auditivas son más visibles e importantes. Lo que ven les resulta tan confuso como lo que oyen. Se pueden fascinar con los objetos brillantes, molestarse con luces muy fuertes o mirar un objeto sólo cuando éste se mueve. Parecen reconocer formas sólo por sus contornos generales lo que sugiere que tal vez no utilizan la parte del ojo que ve los detalles finos. Tienden a confundirse al ver situaciones complicadas y cambiantes.

Las respuestas a los sonidos pueden ser desusados, y pueden inclinar a las personas a creer que el niño autista es sordo. Un niño así puede aparecer como si no escuchara el agudo sonido de una sirena, pero puede fascinarse con el sonido que hace un papel al arrugarse. Algunos sonidos molestan al niño autista de modo que éste se encoge y se tapa sus oídos.

- Ausencia de angustia y de llanto cuando su madre se va o -- cuando se acerca un extraño.

La mayoría de los pequeños normales siguen a sus madres a todas partes y lo exploran todo; los niños autistas están satisfechos estando solos, normalmente se interesan en un solo objeto, repitiendo una misma acción con él. Si esta soledad es interrumpida o se les altera su rutina, responden con un berrinche.

- Hay padres que dicen que el vestirlos puede ser una verdadera batalla ya que a muchos niños autistas les molesta que los toquen.

II.2 CONDUCTA DE LOS NIÑOS AUTISTAS A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIDA.

El desarrollo motor de los niños autistas es a menudo normal, aunque puede ser disparejo. Pueden saltarse una etapa como el gateo, o el tratar de ponerse de pie.

Algunos niños exhiben movimientos desusados como el balanceo de su cuerpo o el caminar en las puntas de los pies; los cuales sus padres esperan que superarán con el tiempo.

Sus movimientos son inmaduros, aunque algunos pueden trepar -

palabras, casi siempre más tarde que lo normal. Algunos tratan de "comunicarse" repitiendo lo que acaban de escuchar; a esto se le llama ecolalia. Si los padres preguntan "¿quieres una galleta?" y el niño contesta "quieres una galleta", es muy posible que quiera una. Algunos exhiben ecolalia retrasada y pueden repetir palabra por palabra algo que oyeron tiempo atrás. Algunos son capaces de repetir un vasto repertorio de avisos comerciales de la televisión. Algunos aprenden a decir palabras y oraciones con sentido, pero las oraciones pueden estar abreviadas, las palabras confusas y mutiladas, los sonidos invertidos dentro de las palabras o las palabras invertidas dentro de las oraciones.

Tienen problemas con las preposiciones (a, ante, bajo, etc.), y con los pronombres, confunden "tú" con "yo". Algunos hablan bastante bien pero se expresan telegráficamente; por ejemplo: "quiero leche cocina", en lugar de "quiero tomar la leche en la cocina".

Tienen problemas con la pronunciación y tono de voz. No pronuncian las terminaciones de las palabras o usan sólo partes de ellas y frecuentemente no pueden producir una emisión fluida de palabras. Raramente usan una entonación correcta.

A menudo la enseñanza de control de esfínteres es un problema. Al comienzo, muchos niños gritan cuando se les sienta en el baño.

Su comportamiento parece expresar rabia y/o temor, pero no se

sabe si esto es lo que realmente sienten. Quizás hay momentos en que nada tiene sentido para ellos. Quizás sufren dolores físicos; pero simplemente es difícil saber lo que les ocurre.

Muchos padres opinan que pueden insistir en usar la misma ropa todos los días y el menor cambio en la vestimenta puede acabar en un gran berrinche. También pueden insistir en mantener su rutina inalterada, y recordarla aún en sus detalles más íntimos. El ir por una calle diferente, el ir a un lugar de visita distinto, o el cambiarles de lugar objetos o muebles puede hacerlos gritar para demostrar su desagrado.

Todos estos problemas se hacen más evidentes a medida que el niño crece y los padres a menudo dicen que los primeros cuatro años de vida son los más frustrantes.

Para finalizar con el punto sobre las conductas de los niños autistas, podemos tomar de la Doctora Lorna Wing la clave de los comportamientos autistas:

- * A menudo son niños retraídos y replegados en sí mismos, especialmente cuando más pequeños.
- * Se resisten a los cambios;
- * Muestran miedo a objetos inofensivos, pero no tienen conciencia de los peligros reales;

* Su comportamiento en situaciones sociales es inadecuado y;

* Rara vez pueden jugar y explorar como un niño normal.

III. HABILIDADES ESPECIALES Y TEMORES ESPECIALES EN LOS NIÑOS AUTISTAS

Algunos niños muestran habilidades tan desconcertantes como - las deficiencias en su desarrollo.

Algunos tienen una memoria excelente para detalles y triviali-
dades. Pueden saber inmediatamente si sus colecciones de objetos,
por ejemplo, han sido alteradas de algún modo. Puede darse el ca-
so de que algún niño autista le sea posible encontrar el camino pa-
ra ir a determinados lugares después de una sola visita al mismo.

Los niños autistas saben dónde encontrar los objetos de su in-
terés especial.

Por lo general pueden aprender a manejar los números más fá-
cilmente que las palabras.

Con frecuencia les gustan los juguetes mecánicos y hay quie--

nes aprenden a hacer funcionar por ejemplo, la radio y el tocadiscos mucho antes de poder aprender a decir algunas palabras.

Algunos niños autistas tienen una habilidad musical avanzada y pueden tocar trozos musicales complejos aún sin saber leer música.

Algunos manifiestan un sentido del equilibrio sobrehumano y asustan a sus padres con gracias tales como caminar por arriba de una muralla o reja.

Y otros niños pueden llegar a tener talento para las matemáticas.

Pero ninguna de estas habilidades dependen del lenguaje. La música, los números y la memoria topográfica son controlados por localizaciones cerebrales distintas de las que rigen a la palabra. Los niños autistas se desempeñan mejor en las habilidades que no necesitan del lenguaje. Estas actividades constituyen su principal fuente de alegría en la vida.

Así como se puede hablar de habilidades especiales que algunos pocos niños autistas poseen, también podemos hablar de temores que se les denomina especiales pues en realidad no son peligrosos pero les duran por años.

Todos los temores que llegan a adquirir crean dificultades dentro de la familia, sobre todo si éstos van relacionados con cosas que tienen que utilizarse cotidianamente. Son cosas que se usan como en cualquier hogar: licuadora, aspiradora, televisión, teléfono, etc.

En algunas ocasiones los niños autistas padecen de miedo y an gustía exagerados; pero a la recíproca, estos niños pueden no presentar ningún problema ante cosas o situaciones verdaderamente peligrosas por no comprender las consecuencias que puedan traer. El que un niño tome temores a ciertas circunstancias u objetos, hace que tenga una propia personalidad dentro de los niños con características autistas.

IV. EL ARTE EN LOS NIÑOS AUTISTAS

Las manifestaciones artísticas de los niños subnormales son tomadas como documentos utilizados con fines diagnósticos. El arte es un acto creativo y por lo mismo merece recibir ese nombre. Los niños que poseen un vocabulario muy limitado pueden descubrir que para ellos es más fácil pintar que hablar, y que, por medio de la pintura, son capaces de expresar ideas y reacciones ante determinadas situaciones y experiencias.

Los niños autistas en sus actividades han tomado un tema y lo han repetido una y otra vez; idéntico o casi similar, obteniendo evidentemente alguna satisfacción por el control que demuestran me diante la repetición con éxito. Sus representaciones de los seres humanos son figuras de aspecto extraño. Casi siempre al dibujar o pintar, copian las cosas como las ven o las recuerdan; no son creadores.

Para los niños autistas los cambios en el medio ambiente son difíciles de aceptar, incluso los cambios pequeños y aquí, tal vez, el arte puede ayudar si se les ofrece un programa de trabajo cuida dosamente meditado y que exija "ligeras" diferencias de enfoque.

El análisis de las pinturas de los niños autistas debe dejar se, en manos de expertos para su diagnóstico. Sin embargo, es pre ciso tomar en consideración que de ninguna creación artística realizada por estos niños pueden extraerse conclusiones definitivas.

V. COMO AYUDAR AL NIÑO AUTISTA

V.1 AYUDA MEDICA

Muchos padres coinciden en lo siguiente: "lo que los padres necesitamos es una afirmación definitiva del médico respecto del - diagnóstico de autismo de nuestros niños y no respuestas como

"es de desarrollo lento", o "lo va a superar", etc.

Pero como tantos padres lo pueden atestiguar, conseguir ese diagnóstico definitivo rara vez es fácil.

Mucho se atribuye este mal manejo profesional a varios factores: ignorancia, ya que mucho de lo que se sabe sobre el autismo se ha llegado a conocer sólo en la década pasada o un poco antes; la tendencia a evitar a los pacientes autistas porque poco puede hacerse para curar a estos niños; la inclinación a hacer recomendaciones inapropiadas como psicoterapia para los padres y medicamentos o internación en una institución para el niño.

En medicina el diagnóstico es el primer paso hacia la cura, pero para los niños autistas es el primer paso hacia la búsqueda de los servicios necesarios: acceso a especialistas y ubicación educacional.

Desafortunadamente, la experiencia nos muestra que mientras más buscan respuestas los padres, más posible es que obtengan diagnósticos múltiples. Existen razones válidas para que esto ocurra así:

- 1). No todos los niños que finalmente son llamados autistas se ven iguales a primera vista, y toma algún tiempo diagnosticar a un niño como autista y aún un experto sabe que puede equivocarse.

2). Otra razón es que los padres enfatizan un problema específico y el médico poco familiarizado con el autismo, hace un diagnóstico con base a las preocupaciones expresadas por los padres. - El niño puede ser visto como epiléptico si padece de convulsiones, como retardado mental por la lentitud de su desarrollo, o como afásico por su incapacidad para usar el lenguaje; cada diagnóstico - apunta a un solo aspecto de la deficiencia múltiple del niño.

3). Una razón más puede ser que los padres busquen la ayuda de especialistas que tienden a pensar y a diagnosticar en términos de lo que conocen mejor. Un psiquiatra podrá hablar de psicosis infantil o un neurólogo saca conclusiones sobre daño cerebral.

Puede ser necesario visitar una gran cantidad de consultorios antes de encontrar a alguien que sabe lo que anda mal con su niño y qué deberfan los padres empezar a hacer; pero si el diagnóstico es autismo, quizás ese sea el momento oportuno para parar las visitas. No existe ningún médico, en ninguna parte, que pueda curar el autismo.

Después de algún tiempo pasa la etapa del diagnóstico y el autismo es el rótulo, o uno de los rótulos que el niño ha adquirido. Lo que viene después es mucho más importante para el futuro del niño y, por supuesto, para la propia evaluación de los padres. Los padres tienen un papel preponderante en ayudar al niño autista a lograr el desarrollo de todo su potencial.

Este manual quiere ayudarlos en ese trabajo, con la esperanza que pueda servirles de apoyo y guía necesaria para hacer su tarea y vida un poco más fácil y mucho más satisfactoria.

V.2 AYUDA DE LOS PADRES

Trabajar con un niño autista es un desafío. Produce frustraciones y, a veces, es desilusionante y doloroso; sin embargo, a menudo, ofrece satisfacciones.

Requiere paciencia, dedicación, trabajo duro, y sobre todo, - amor. A pesar de sus deficiencias los niños autistas son niños. Ellos necesitan la misma ternura y seguridad que una familia cariñosa proporciona a sus otros niños.

También los niños autistas tienen el derecho a desarrollar todo su potencial humano. El desafío de trabajar con niños autistas es una tarea compartida, pero de manera más importante esta tarea le corresponde a los padres.

Debido a que los padres pasan casi las 24 horas del día con el niño, es fácil de suponer que ellos saben más sobre él que cualquier otra persona. Por lo tanto, son los padres los que necesi-

tan tener un rol activo tanto en el proceso de evaluación como en el tratamiento. Pero además, deben tener presente que debido a la fuerza de sus sentimientos hacia el niño y su falta de experiencia profesional, su juicio no es infalible.

Muchos padres necesitan ayuda principalmente para comprender los problemas de su hijo. A medida que van siendo más concientes de la variedad etiológica del autismo, van apartando su sentido de culpabilidad y pueden llegar a formar parte del equipo terapéutico con las oportunas orientaciones, supervisión y asesoramiento necesario.

Cuando se trabaja en conjunto con médicos o maestros o cualquier otro profesional que forme parte del equipo de tratamiento del niño, una buena comunicación es absolutamente esencial. Debido a que los profesionales a menudo usan un lenguaje propio, es posible que no se comprenda enteramente lo que dicen. Sin embargo, existen técnicas que pueden llegar a ayudar a comprender los consejos y la información que se van proporcionando:

- * Insistir en que se traduzcan los términos profesionales. A veces, los profesionales son impacientes pero hay que persistir en la demanda de clarificación hasta que se reciba una explicación que sea totalmente comprensible.

- * Guardar copias de todos los diagnósticos y antecedentes re

lacionados con el niño.

- * Tomar notas y guardarlas. Preguntar si es posible grabar - las conversaciones durante las consultas de modo que se pue da volver a escuchar su contenido sin el apuro y la presión que se experimentan en la oficina del especialista.

- * Mantener registro de las observaciones y experiencias con - el niño para compartirlo con los profesionales, y pedirles a ellos que compartan los suyos. El registro debe estar fe- chado y deberá incluir todos los cambios que experimenta el niño: palabras incorporadas a su léxico, habilidades que - haya aprendido, así como cualquier retroceso que se haya no tado.

- * Mantenerse en contacto con los profesionales que trabajan - con su hijo; hacerles las preguntas que sean importantes pa ra ustedes como padres.

- * Documentar cada hecho con los nombres, direcciones y números de teléfonos de todos los profesionales consultados. In- cluir las recomendaciones y referencias hechas en cada opor t unidad.

Los sacrificios en términos de tiempo y energía que demanda un niño autista son grandes. A no ser que uno haya vivido con un niño

autista es imposible saber lo que esto significa. Los padres lo describen de varios modos: doloroso, consume mucho tiempo, desilusionante, traumático, triste; pero también puede dar hondas satisfacciones.

Los padres manejan estos sentimientos de diferentes maneras.- Unos pocos rechazan al niño. Otros se van al extremo opuesto llegando a convertirse en padres sobre-protectores, ahogando al niño con su afecto, resguardándolo de experiencias vitales que él necesita tener. Algunos padres experimentan lo que los psiquiatras llaman dolor crónico, el duelo se mantiene vivo por las demandas incesantes de un niño deficiente. La mayor parte de los padres eventualmente se recuperan de la desilusión y del dolor y toman conciencia, finalmente, de lo que pueden hacer para ayudar a su hijo en el desarrollo del máximo de su potencial mientras viven una vida lo más cerca posible de lo normal.

El hablar con otros padres, quienes ya han pasado por esta experiencia, puede ayudarlos en su transición desde "¿por qué yo?" a "¿qué puedo hacer?", fases que son parte del aprender a vivir con un niño autista.

El proceso requiere tiempo, sin embargo, en las familias exitosas surge una fuerte decisión de ver al niño desarrollarse lo más plenamente posible. Esta determinación ayuda a la selección del mejor tratamiento posible y crea un deseo entusiasta de trabajar.

Las familias que tienen a un hijo autista tienen el desafío - de traspasar el retraimiento del niño y de enseñarle, con mucho trabajo y amor, lo que la mayoría de los niños aprenden por la simple razón de que están vivos.

Los padres necesitan aprender que "lento" no es sinónimo de "detenido" y que aún un poquito de progreso es muy gratificante. - No deben permitir que lo afectivo los lleve a ideas erróneas; poco a poco aprenderán a valorar más objetivamente lo que se hace por - su hijo autista; y deberán valorar al terapeuta como tal, aprovechando sus experiencias para formar parte del equipo terapéutico - de su hijo.

V.3 AYUDA INTERDISCIPLINARIA

La educación de una persona con autismo lleva años y debería durar toda la vida y tomar la forma no de un entrenamiento y apoyo impartidos al azar, sino de un programa educacional cuidadosamente elaborado por todos y cada uno de quienes son los responsables del progreso del niño.

Dicho programa debe estar basado en:

- Evaluación de las aptitudes del niño,
- De sus incapacidades,
- De sus necesidades y
- De habilidades que empiezan a emerger.

A medida que el niño cambia, también debe cambiar el programa. Es necesario reevaluar periódicamente.

Las personas involucradas en un caso de autismo, deberán reunirse para recopilar toda la información que se tenga y así formular tanto objetivos específicos inmediatos como también los de largo plazo.

La clave de un programa educacional exitoso es tener una persona paciente, dedicada e interesada, que tenga entrenamiento para trabajar con niños autistas y que esté deseosa de trabajar en estrecho contacto con los padres del niño y con otros miembros del equipo de tratamiento.

Para asegurarse que el programa educacional sea el adecuado para el niño, los padres deben visitar muchas veces el centro educacional. Cuando lo visiten, busquen claves que los ayuden a decidir si el ambiente educacional es el correcto y el más apropiado para su hijo. Si no quedan satisfechos con lo que observan o no

pueden desarrollar una relación de trabajo grata con los profesionales, es el momento de platicar con ellos y tener el rol activo - que sus hijos necesitan, recordando que una buena comunicación es absolutamente esencial.

V.4 METODOS DE TRATAMIENTO

Existe una gama amplia de posibilidades terapéuticas, específicamente nombraremos cuatro tipos de intervención, aunque dentro de algunas se pueden dar modalidades de terapia:

1. Intervención farmacológica: no existen medicamentos que resuelvan el problema del autismo; únicamente y sólo en determinados casos pueden utilizarse los "neurolépticos" (medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central) para reducir sintomatologías que entrañan peligro tanto para el niño mismo como para los otros.
2. Intervención psicoterapéutica: se hace referencia a las terapias de orientación analítica, que aunque en muchos de los casos de autismo no pueden utilizarse de forma ortodoxa, sí muchos de sus conceptos y recursos son perfectamente utilizables en la elaboración y reestructuración del yo autista.

3. Intervención psicopedagógica: con esta intervención se pretende ayudar al niño autista para que "crezca" a partir de él mismo. El término crecer hace referencia a un crecimiento global a nivel de persona humana, de unidad total y absoluta; no a un crecimiento biológico o fisiológico.

Es ayudar al niño a que pueda ser y no sólo estar, es ayudarlo a que logre una autonomía y no siempre dependa de una institución o de alguien más.

4. Intervención a través de la modificación de conducta: su propósito es desarrollar conductas apropiadas y enseñar habilidades que permitan al niño desarrollarse y aprender en la forma más normal - que le sea posible, así como también la eliminación de conductas inadecuadas.

Las técnicas generalmente son fáciles de aprender, de modo -- que muchos padres pueden ser entrenados a un mismo tiempo. Los padres con entrenamiento pueden proporcionarle al niño la continuidad que él necesita debido a que las mismas técnicas serán usadas tanto en el centro educativo como en el hogar.

VI. SUGERENCIAS GENERALES

- Buscar desarrollar una rutina estructurada para el cuidado de su hijo.

- No descuidar su propia salud, ya que una mala salud y el agotamiento afectan su capacidad para afrontar el problema. Encontrar tiempo para la recreación lejos de las demandas de su hijo.

- Los padres y el resto de la familia necesitan cooperar para que todos puedan tener un tiempo de descanso.

- Compartir lo que saben sobre el autismo, con profesores, médicos y otros padres que se encuentren en la misma situación.

- Las rutinas diarias deberán programarse de modo que haya tiempo para darle atención a los otros niños en la familia.

- Debe haber lugares seguros para el niño autista en la casa; puede ser necesario cerrar ciertas puertas con llave, esconder llaves y tener las ventanas peligrosas cerradas.

- Es importante no permitir que las rabietas o los berrinches del niño por cambios en su rutina diaria dominen su vida.

- Reconocer que el autismo es una deficiencia de por vida

y que, a pesar de los progresos, el niño probablemente nunca va a poder llevar una vida enteramente normal. Esto significa que también se tendrán que hacer planes para el futuro.

- Mientras los padres se esfuercen más, es probable que el niño esté mejor. Pero recuerden, no existen curas para esta enfermedad. Si se esfuerzan y el niño progresa muy lentamente o muy poco, esto no se debe a un fracaso de ustedes - los padres; hagan lo más que puedan y mantengan un sentido de la proporción. La vida de una familia no deberá girar para siempre alrededor de un solo miembro.

- Tratar de encontrar la forma de cómo el hijo aprende mejor.

- Evitar querer enseñar demasiadas habilidades al mismo tiempo.

- Si el niño ha logrado algún éxito en el aprendizaje de una tarea, hay que dejarlo que disfrute con la satisfacción que le produce el logro alcanzado antes de iniciarlo en otra tarea más difícil.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Con el fin de dar a conocer alguna literatura que en México se tiene sobre el tema de "autismo", a continuación se citan algunos ejemplos con sus respectivos autores, editoriales e índices, así como ciertos comentarios sobre los mismos.

EL AUTISMO

(Aproximación nosográfico-descriptiva
y apuntes psicopedagógicos)

GARANTO ALOS, Jesús.

Editorial Herder. Biblioteca de Psicología.

El autor es profesor en el Departamento de Pedagogía Experimental, Terapéutica y Orientación de la Universidad Central de Barcelona.

El trabajo que él ha llevado a cabo durante un largo tiempo con un grupo de educadores, pedagogos y psicólogos se ve reflejado en este libro, donde encierra su estudio sobre el autismo.

Todos estos profesionales trabajan en el campo del autismo y se reunieron para comunicarse sus experiencias, sus ideas, sus intentos en su hacer pedagógico, sus ilusiones y sus fracasos.

Garanto comienza su trabajo con el intento, primero, de clarificar el "hecho" y a ser posible delimitar el concepto y su posible etiopatogenia. En este aspecto de la cuestión, halla una gran variedad de opiniones, de hipótesis o teorías; las cuales hoy todavía son tomadas en cuenta.

El trabajo de Garanto es útil para los que deseen iniciarse - en el campo del autismo. Aporta algunas reflexiones con la finalidad de que sirvan para clarificar, comprender y actuar, en la medida de lo posible, con mayor efectividad en una categoría de niños que sigue siendo muy preocupante; la de aquellos que, al decir de muchos autores, no responden a las pautas de normalidad del desarrollo: niños autistas.

Con este libro, el autor pretende ofrecer una visión general del problema a los profesionales de la educación, especializados o no, y analizar, al mismo tiempo, aquellas características más relevantes del profesional de la educación que se dedica o vaya a dedicarse a tratar niños autistas.

Índice:

- Prólogo
- Introducción y objetivos
- * PARTE PRIMERA: aproximación nosográfica y descriptiva.
 1. Presupuestos de nuestra exposición
 2. Aproximación nosográfica

3. Definición y sintomatología
 4. Diagrama evolutivo de presentación
 5. Diagnóstico diferencial
 6. Etiología. ¿Por qué son así los niños autistas?
 7. Areas de intervención pedagógico-terapéutica
 8. Tipos de intervención
 - * PARTE SEGUNDA: apuntes psicopedagógicos
 9. Objetivos de la educación
 10. Perfil del profesional de la educación
 11. Metodologías y técnicas psicopedagógicas
 12. La familia del niño autista
 13. Los centros asistenciales y el equipo pedagógico-terapéutico
- Bibliografía

Por último, cabe mencionar que este libro es de tendencia pe
dagógica, esquemático para esclarecer los temas tratados, por lo -
cual se le considera sencillo para su lectura. Se basa en mostrar
una visión integralista en los diferentes puntos a tratar del -
"autismo".

AUTISMO

(Guía práctica para padres y profesionales)

PALUSZNY, María y otros.

Editorial Trillas.

María Paluszny: profesora asociada de psiquiatría en la Universidad de Michigan y jefa de servicios clínicos y directora asistente en el Instituto para el Estudio de Retardo Mental e Incapacidades relacionadas. Ha trabajado con niños con problemas emocionales, de desarrollo, retardo y autismo, y como consultora de problemas clínicos. Actualmente es decano asistente encargada de admisiones en la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan.

La presente obra ofrece una orientación clínica acerca del autismo desde la perspectiva de diversas disciplinas científicas. Los autores de esta obra muestran los cambios de dirección que ha experimentado el manejo del autismo.

El libro expone las teorías en torno al desajuste biológico - como causa del autismo, describe métodos alternativos de tratamiento y aborda diferentes aspectos de la educación del niño autista, - como la responsabilidad educacional para con éstos y los enfoques psicoeducacional y ambiental, así como la filosofía y la práctica de los padres como modelo de la terapia.

Asimismo, el texto muestra los resultados de las experiencias

realizadas en este campo, enfatizando la perspectiva de desarrollo del sujeto. Se hace también un análisis de los diferentes enfoques acerca del tratamiento de esta enfermedad, en distintas áreas del conocimiento, con el fin de que el lector pueda integrar el diagnóstico de cada especialista para comprender mejor al niño.

Contenido de la obra:

- Colaboradores
- Prólogo
- Prefacio
- 1. El niño autista
- 2. Diagnóstico
- 3. Etiología
- 4. Revisión de diversas terapias
- 5. Responsabilidad educacional
- 6. Programas educacionales
- 7. Compromiso de los padres
- 8. Educación para el futuro
- Bibliografía
- Índice onomástico
- Índice analítico

* En el capítulo uno, se muestran experiencias clínicas, pero también se pone énfasis en la perspectiva del desarrollo, necesario para cualquiera que se preocupe por los niños autistas.

- * En el capítulo dos, se hace un análisis detallado de los aspectos diagnósticos que influyen en los diferentes profesionales.
- * Los capítulos tres y cuatro, reflejan con mayor claridad la orientación teórica de la doctora Paluszny: no obstante que aún no se han demostrado la causa o causas específicas de la condición autista, existen evidencias que apuntan varios desajustes biológicos, cada uno de los cuales tiene la capacidad potencial de contribuir a la aparición del síndrome. En el capítulo cuatro, se resumen varios métodos de tratamiento.
- * Los capítulos cinco y seis presentan los puntos de vista cambiantes respecto del autismo, que se relejan en la incomprensión del papel que desempeñan los padres y educadores.
- * En el capítulo siete, se presenta una comprensión actual del papel que desempeñan los padres, además de un análisis de cómo dicho papel forma una unión integral con las nuevas tendencias de la educación.
- * En el capítulo ocho, se presentan puntos sobre lo que los padres deben hacer y sobre lo que no deben hacer; así como lo que los profesionales deben hacer y sobre lo que no deben hacer. Es indudable que los niños autistas también crecen, por lo cual este capítulo se refiere a los asuntos implicados en la planeación de su futuro.

En resumen, el libro de la doctora Paluszny es una guía práctica que ayuda a explicar las controversias y a disminuir la confusión; es una guía del avance obtenido en la comprensión y el tratamiento de niños autistas y de sus familiares durante las últimas décadas.

La obra es sencilla de leer y está dirigida a maestros, peditas, trabajadores sociales, terapeutas del lenguaje y padres de niños autistas, quienes encontrarán una valiosa orientación en su contenido.

Sin embargo, es preciso mencionar que a pesar de que este libro se llama "Guía práctica....", no se llegan a encontrar consejos prácticos de qué hacer cuando un niño autista se encuentra en determinada situación.

INTRODUCCION AL ESTUDIO CIENTIFICO DEL AUTISMO INFANTIL

POLAINO, Aquilino.

Editorial Alhambra.

El autor es catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid. Se le puede considerar antipsicoanalítico, organicista con ideas conductuales.

Indice:

- Prólogo
- 1. Acotaciones a la terminología y breve recuerdo histórico
- 2. La personalidad de los padres, ¿causa o consecuencia del comportamiento autista de sus hijos?
- 3. A propósito de la "Double-Bind Theory"
- 4. Los padres como agentes etiológicos o modificadores: revisión de algunos modelos
- 5. El problema de la etiología
- 6. Los pasos para el diagnóstico
- 7. El diagnóstico diferencial
- 8. El peso de los factores transculturales en la investigación diagnóstica y epidemiológica del autismo infantil
- 9. Algunas hipótesis neuropsicobiológicas y etiopatogénicas recientes
- 10. Psicofarmacología del autismo infantil
- 11. Procedimientos comportamentales para el cambio de la conducta autista: análisis de algunos resultados

12. El continuismo observacional en el análisis funcional de la conducta autista
13. Estrategias para la adquisición y el mantenimiento del contacto ocular: estudio de un caso
14. Una etapa en el entrenamiento y la adquisición de destrezas sociales
15. Efectos de la supresión de un programa de intervención sobre la adquisición y la extinción comportamentales en un niño autista
16. La adquisición del lenguaje en el autismo infantil
17. Actitudes de los padres, ventajas y limitaciones de estos - programas
18. Perspectivas de las futuras investigaciones sobre la terapia familiar en el autismo infantil
19. Evaluación de un programa de terapia familiar en el autismo infantil: un estudio controlado
20. El futuro de la investigación sobre el autismo infantil: un programa piloto de Neuropsychiatric Institute de la Universidad de Los Angeles (UCLA)

En esta obra, el Dr. Polaino (médico y psiquiatra) habla mucho de aproximaciones interdisciplinarias a los problemas concretos, - que pocas veces pueden ser resueltos desde una sola especialidad.

El autor pretende ir de lo interdisciplinar a lo trasdisciplinar. Al tratar de formular el concepto de autismo infantil, al re

visar las técnicas de diagnóstico, los métodos de investigación o los procedimientos terapéuticos; la intención de Polaino apunta a un mismo fin: recoger todas las opciones válidas sin quedarse en ninguna de ellas. Lo que él pretende es asumirlas todas en una forma superior que las trascienda por lo tanto, no llega a formular una sola manera de tratar a un niño autista.

Introducción al estudio científico del autismo infantil, es un libro donde el autor va aportando sus puntos de vista, da conclusiones y todo lo va subdividiendo y esquematizando con el fin de que sea un libro sencillo de leer por parte de especialistas en el tema del autismo.

EL NIÑO AUTISTA

(El desarrollo del lenguaje mediante
la modificación de conducta)

LOVAAS, O Ivar

Editorial Debate

"El niño autista" es la primera exposición completa y sistemática de los trabajos sobre desarrollo del lenguaje en niños autistas realizados por O. Ivar Lovaas.

El trabajo realizado por este autor se basa en la elaboración de un programa sistemático para enseñar el lenguaje a los niños autistas y, en general, a todos aquellos que tienen graves dificultades para aprenderlo en su medio natural. El programa, que se presenta en este libro, tiene en cuenta las dificultades y necesidades reales y concretas que se plantean al enseñar el lenguaje a los niños retrasados. Es también un programa empírico: en relación con él se presentan datos y hechos experimentales que apoyan sus sugerencias y dan sentido y dirección a la enseñanza del niño autista.

Finalmente, Lovaas relaciona su trabajo con la teoría del aprendizaje y se ocupa de las diversas concepciones teóricas acerca del lenguaje que se debaten en el seno de la psicolingüística actual.

Es preciso mencionar que la traducción al castellano de esta obra ha presentado algunos problemas especiales. Los programas de

entrenamiento se desarrollaron en el Proyecto de Autismo de la Universidad de California, en Los Angeles (UCLA), y por tanto están dirigidos a la adquisición del inglés como lenguaje y condicionados por las características estructurales peculiares a esa lengua. Para que la metodología sea enteramente aplicable al castellano, es necesario tener en cuenta las diferencias de estructura gramatical y fonética entre los dos idiomas.

En algunos casos se ofrecen sugerencias para el posible entrenamiento de conceptos lingüísticos; éstas por tanto, están basadas en las características del idioma, la metodología generalmente utilizada en el manual y las ideas que el autor y el traductor han desarrollado conjuntamente.

Por todo esto, se puede decir que el libro es un poco complejo de leer, es técnico y por lo mismo sólo se puede recomendar a aquellas personas que van a fungir como terapeutas en la adquisición del lenguaje.

Indice:

- Prefacio del traductor
- Agradecimientos
- Prólogo

Capítulo 1. Principios básicos

Capítulo 2. La construcción de las primeras palabras y rótulos

Capítulo 3. La construcción de términos abstractos

Capítulo 4. La elaboración de un lenguaje social

Capítulo 5. Implicaciones y especulaciones

Capítulo 6. Manuales de entrenamiento del lenguaje

Capítulo 7. Estudio de casos: adquisición del lenguaje en tres niños autistas; Dean Alexander, Paul Dores y Paula Firestone

- Resumen

AUTISMO

(Reevaluación de los conceptos y el tratamiento)

RUTTER, M., SCHOPLER, E.

Editorial Alhambra, Universidad.

Es un libro de recopilación de datos de 1976, y su objetivo es ofrecer al lector una visión general "actualizada" de los conocimientos, la investigación, la educación y la práctica clínica en el campo del autismo, desde una perspectiva internacional. En to da la obra se hace incapié en los aspectos en que se están ampliando los conocimientos y se están logrando nuevos adelantos en la práctica. Los autores han tenido el propósito de recopilar adelantos y progresos que se han tenido en el tema partiendo de 1976, año en que se celebró el Simposio Internacional sobre el autismo, celebrado en St. Gallen, Suiza.

Michel Rutter se encuentra en la Universidad de Londres en el departamento de psiquiatría para niños y adolescentes. Es psiquiatra inglés, organicista y piensa que el déficit es cognoscitivo.

Eric Schopler se encuentra en la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, en el departamento de psiquiatría.

Índice general:

- Relación de colaboradores
- Prólogo

- Prólogo a la versión castellana

1. Diagnóstico y definición
2. Características sociales, comportamentales y cognitivas: enfoque epidemiológico
3. La parcial incomunicación de la cultura a los niños autistas.
Aplicación de la etiología humana
4. Evaluación de la conducta social
5. Lenguaje: el problema más allá del condicionamiento
6. Trastornos del lenguaje y autismo infantil
7. Lenguaje: problemas y causas
8. Estudios neurofisiológicos
9. Imágenes y lenguaje
10. Metodología de investigación: ¿cuáles son los "controles correctos"?
11. Estudios bioquímicos y hematológicos: revisión crítica
12. Informe sobre los síndromes autistas
13. Estrategias y conceptos bioquímicos
14. Interpretación neurofisiológica del autismo infantil
15. Estudio de individuos gemelos con autismo infantil
16. Homogeneidad o heterogeneidad biológica?
17. Características de personalidad de los padres
18. Factores familiares
19. Límites de las diferencias metodológicas en los estudios familiares
20. Trabajo psicoterapéutico con padres de niños psicóticos
21. Juegos, símbolos y desarrollo del lenguaje

22. Etiología y tratamientos: causa y curación
 23. Farmacoterapia
 24. Terapia con niños autistas
 25. Los padres como terapeutas
 26. Tratamiento de niños autistas en un contexto familiar
 27. Modificación de la participación parental en el tratamiento comportamental
 28. Enfoques educacionales
 29. Educación individualizada: un modelo de la escuela pública
 30. Objetivos y métodos educacionales
 31. Seguimiento a largo plazo de 100 niños "atípicos" de inteligencia normal
 32. Estudios de seguimiento
 33. Cuestiones evolutivas y pronóstico
 34. Los subgrupos varían según el propósito de la selección
- Índice de materias

Por último, es necesario señalar que no es un libro fácil de entender si no se tienen muchos conocimientos sobre el autismo. Sin embargo, los autores presentan cuadros, gráficas y conclusiones para facilitar su lectura.

LA EDUCACION DEL NIÑO AUTISTA

(Guía para padres y maestros)

WING, Lorna.

Editorial Paidós - Educador

Lorna Wing, centra su enfoque en la educación y describe paso a paso las técnicas que a su ver deben utilizarse frente a todas las formas de conducta y de incapacidad. Acentúa la necesaria empatía del educador, además de su familiarización con los datos científicos para la educación de estos niños.

Como su título lo dice, es una guía práctica con consejos prácticos para hacer con los niños autistas, sin embargo, en muchas - ocasiones éstas sugerencias resultan demasiado obvias de realizar con cualquier niño, sea autista o no.

Lorna Wing es psiquiatra inglesa y se encuentra actualmente en Inglaterra, en la Asociación Nacional para niños autistas. Se le puede considerar como organicista con enfoque educacional.

Índice:

- Prólogo

- Prefacio

PRIMERA PARTE: Descripción del niño autista

1. Introducción

2. Historia

3. ¿Cuántos son los niños autistas?
4. La conducta de los niños autistas
5. Teorías sobre las causas
6. Comparaciones con otras desventajas y problemas de la niñez

SEGUNDA PARTE: Educación y conducción

7. Qué pueden hacer los médicos
8. Qué pueden hacer los maestros
9. Qué pueden hacer los padres
10. La familia del niño autista
11. Servicios para los niños autistas
12. Función de las sociedades de padres
13. Perspectivas

PSICOSIS Y AUTISMO DEL NIÑO

(Clínica y tratamiento)

DE VILLARD, Régis.

Editorial Massón.

Régis de Villard recalca en su libro que éste no es una exposición de un nuevo método, pues no se puede hablar aún de método ya que no se conoce la causa. Lo que pretende con esta obra es sobre todo dar consejos prácticos en situaciones determinadas que se viven con los niños autistas. Por esto se puede decir que es un libro sencillo de leer y entender pues cada tema está tratado con un lenguaje sencillo y con divisiones y subdivisiones para facilitar-lo aún más en su lectura.

Se puede decir que Villard hace una reemplantación del conocimiento por su nueva clasificación, la cual hace ver que el autismo funciona a diferentes niveles. A su obra se le considera una exposición de enfoque novedoso, muy recomendado para padres de niños - autistas y para personas que se dedican al trato del niño autista.

Índice:

- Prefacio
- Introducción
- 1. Descripción clásica de las psicosis infantiles
- 2. Los criterios de diagnóstico
- 3. Los signos precoces

4. Clasificación de las diversas formas de psicosis infantil

5. Las posibilidades del tratamiento

6. ¿Cómo es el futuro?

EL APRENDIZAJE Y LA CONDUCTA EN LA INFANCIA

(Problemas y tratamiento)

KOZLOFF, Martín A.

Editorial Fontanella.

El presente libro explica cómo evaluar las habilidades infantiles, cómo preparar un programa educativo, cómo desarrollar la didáctica de los programas de cada área de experiencias y cómo mantener los progresos del niño. Es un complemento manual asequible a todos los dedicados a la asesoría, educación y enseñanza de niños autistas, deficientes mentales, negativistas, con dificultades en el habla y el lenguaje, etc.

"El aprendizaje y la conducta en la infancia" es un libro totalmente teórico, complejo y más que ser un texto de lectura básica se puede tomar como documento de consejo en el momento de realizar programas de enseñanza y educación.

El autor, Martín A. Kozloff es profesor asistente de Sociología de la Universidad de Boston y Profesor asociado de la Universidad Central de Boston para ciencias sociales aplicadas. También es director de un programa oficial de investigación en el adiestramiento de padres y maestros de niños con problemas de aprendizaje y comportamiento. En 1969 fue director asociado del programa de sistemas de instrucción para Cemrel, Inc., St. Ann, Missouri.

Indice:

- Prefacio
- Consejos al lector
- 1. El enfoque de la modificación de conducta
- 2. Cómo se enseñan mutuamente padres, maestros y niños
- 3. Las recompensas: qué son y cómo utilizarlas
- 4. Planificación de un programa educativo
- 5. Medición de la conducta o cómo mantenerse informado de la evolución del niño
- 6. Cómo planificar y aplicar el primer programa educativo
- 7. Cómo resolver los problemas que se plantean habitualmente al educar
- 8. Como planificar y aplicar programas educativos avanzados
- 9. Habilidades de disposición para el aprendizaje
- 10. Mirar, escuchar y moverse
- 11. Imitación motora
- 12. Imitación verbal: enseñar a un niño a imitar sonidos, palabras, frases y oraciones
- 13. Lenguaje funcional
- 14. Deberes o trabajos domésticos y habilidades de autonomía
- 15. Situación de conductas problemáticas

VIII. DONDE OBTENER MAYORES INFORMACIONES

A continuación se dan a conocer los nombres de algunas personas que se dedican al estudio del autismo y que también tienen a su cargo a niños autistas:

- **DR. CARLOS MARCIN S.** Fundador Director de la Comunidad Especial de Desarrollo e Integración. Presidente fundador de la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA). Vicepresidente de la SOMAC (Sociedad Mexicana de Autismo, A.C.)

Dirección: Francisco de la Maza No. 94

Tel. 683-40-34

- **LIC. RAQUEL JELINEK.** Profesora de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Directora del Centro de Investigación y Servicios en Educación Especial. Miembro de la SOMAC.

Dirección: Cerrada de Micros No. 62

Tel. 539-39-59

- **DRA. MARGARITA GOMEZ PALACIO.** Rectora de la Universidad de las Américas A.C. Fundadora y Presidente de la SOMAC.

Dirección: Av. Chapultepec No. 372

Tel 525-40-66

- **PSIC. JUDITH VAILLARD M.** Directora del Centro Educativo **DOMUS A.C.** Fundadora y Vicepresidenta de la **SOMAC.**
Dirección: Málaga Sur No. 44
Tel. 563-99-66

- **DRA. ROSA CORZO-SUAREZ.** Fundadora y Directora del Centro de Aprendizaje Infantil (CAI). Fundadora y Tesorera de la **SOMAC.**
Dirección: Torcuato Tasso No. 335-402
Tel. 545-72-05 al 09

- **DR. ENRIQUE OTERO SILICEO.** Jefe de la División de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. Miembro fundador de la **SOMAC.**
Dirección: Torcuato Tasso No. 335 - 401
Tel. 545-72-05

- **LIC. PATRICIA MORALES G.** Coordinadora del Área de Autismo del Centro Educativo **DOMUS A.C.** Miembro de la **SOMAC.**
Dirección: Málaga No. 44
Tel. 563-99-66

- LIC. LUZ MA. PEREZ GOROSTIETA. Directora de Fomento de Educación Especial A.C. Consejera y Asesora de TEMPLE. Instituto para la Promoción del Minusválido de Nuevo León.

Dirección: Francisco Garza Sada No. 2810 Pte.
3er. piso
Monterrey, N. L.
Tel. 91-83-33-44-71

- LIC. EDNA LAURA RHODES. Directora de "Nuestros Niños". Instituto de Desarrollo Infantil. Consultor del Programa de Intercambio con el AUTISM CENTER - Austin Texas.

(Teléfono del SOMAC)

- HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL. "Dr. Juan N. Navarro".

Dirección: San Buenaventura S-N- 14000
Director General Tel. 573-91-61
Oficina Tel. 573-28-55
573-97-74

CONCLUSIONES

Quién supiera escribir y conocer las verdades de todas las interrogantes que hasta hoy en día se hacen sobre el síndrome de autismo; quién saber hacer a un lado los mitos que existen sobre la enfermedad.

Hasta hoy, lo único concreto y seguro sobre el tema es el significado de la palabra "autismo". Dicha palabra se deriva del - griego autos que significa uno mismo y tiene como patología carácter de quien se repliega sobre sí mismo, reduciendo al extremo sus contactos con otras personas y, en general, con el mundo exterior.

En nuestra joven ciencia, lo más difícil es lo complejo que resulta establecer la correspondencia entre lo pensado de nuestros descubrimientos y lo real del fenómeno investigado. En los últimos veinte años, el interés por el autismo ha emergido en nuestro mundo con una fuerza inusitada y, desgraciadamente, no siempre con la propiedad y la seriedad que se debiera. Ahora, no sólomente se habla de niños autistas, sino de personas con conductas autistas o con razgos de autismo, por decir aislamiento o timidez. Se habla del autismo como se habla de neurosis o de psicosis, corriendo el peligro de utilizar el vocablo en forma banal a la vez de restarle la importancia que merece el autismo.

Indudablemente, entre profesionales hay posiciones muy diversas, tanto en la formulación teórica como en los sistemas prácticos para combatirlo o remediarlo. Sin embargo, algo positivo es - el deseo y la buena disposición de unir esfuerzos para enfocar ca da uno el problema de la mejor manera posible.

Estamos concientes de que aún falta un largo trecho por andar respecto a formas de diagnóstico y tratamiento, como también concientes de que debemos perfeccionar nuestros distintos marcos teóricos, los métodos de análisis y de evaluación utilizados. No obstante, lo que uno pueda aportar, investigar y concluir respecto al autismo puede ser considerado como contribución valiosa, no sólo - por el simple hecho de saber más, sino porque humanamente se puede dar y hacer más por las personas consideradas como autistas.

Aunque la tarea es inmensa, nuestro trabajo debe ser adaptado a la realidad, sin olvidar nunca que los padres -sean quienes sean- siempre hacen todo y lo dan todo por sus hijos. No es verdad que los padres sean ciertamente culpables, pues para ello tendrían que reconocer la intencionalidad y la conciencia de lo que transfieren a sus hijos; por el contrario, su forma de relación parece ser producto de omisión o comisión inconciente, siendo esta la premisa de la que partimos para analizar los lazos existentes entre los padres y el hijo autista.

Los padres, apoyados en terapias preliminares, una vez aleja-

dos de toda culpa y teniendo un equilibrio interior, deben ser colaboradores decisivos e imprescindibles en el tratamiento de sus hijos. Los padres, deben probarse a sí mismos que pueden ser activos protagonistas de mejores soluciones en la toma de decisiones - en aquellos aspectos que afectan su vida cotidiana y su experiencia social. Así, la familia debe intentar dar inicio a prácticas de - comunicación e intercambio de información que permita ampliar la capacidad de comprensión, interpretación y acción de una persona - autista.

De igual forma, es vital reconocer que no toda la responsabilidad de crear mejores condiciones de vida para las personas que padecen el síndrome de autismo, recae únicamente en los padres. Los profesionales de la medicina, psicología y educación, los investigadores en los campos de la Biología, Bioquímica y Neurología, - así como la sociedad en su conjunto, tienen su participación activa.

Todos ellos, con un diagnóstico acertado, pueden brindar una orientación adecuada. En su desempeño profesional, tienen la oportunidad de detectar, en sus comienzos, los primeros síntomas. Por que como todos sabemos, un diagnóstico precoz es decisivo en una posterior evolución favorable. ¿Cuántos niños hoy afectados, tal vez de manera irreversible, tendrían otras posibilidades si unos - ojos atentos hubieran lanzado la voz de alerta?.

Importante sin duda, es escuchar la voz de las personas que a diario conviven con autistas, sobre todo la de los padres y hermanos, pues sus vivencias cotidianas se convierten no sólo en enseñanzas sino también en retos para los profesionales dedicados a apoyar a superar el síndrome del autismo.

Por otra parte, indiscutiblemente en los educadores, pedagogos, terapeutas y psicólogos se encuentra la mayor posibilidad efectiva de recuperación de una persona afectada por el autismo. A base de dedicación y a través del tiempo, los ejercicios de las diferentes disciplinas involucradas para formar grupos de trabajo multidimensionales o interdisciplinarios en favor de la salud mental del niño autista y de su familia, ayudan a sobreponerse y salir adelante.

Las personas autistas, tratándose de seres humanos diferentes en algunos aspectos con respecto al resto de la sociedad, pero después de todo humanos, requieren diversos y adecuados instrumentos para favorecer su educación y la ejecución de diversas tareas. Por ello, el conocimiento de las diferencias en dichos instrumentos es de suma importancia para su correcto empleo. Así, es conveniente recalcar que el trabajo unido de todos los profesionales ayudará a crear mejores condiciones de vida, tanto para las personas que padecen el síndrome de autismo como para sus familias.

Durante muchos años, los hombres de ciencia han conservado - sus experiencias en expedientes privados. Afortunadamente, en la

actualidad, en todo el mundo y a través de conferencias, seminarios, libros, manuales y diversos medios informativos, se pretende unificar criterios y estimular la publicación de trabajos, experiencias y vivencias referentes al autismo.

Es difícil y casi se puede asegurar que una persona autista - nunca podrá salir completamente de su enfermedad. Sin embargo, es to no nos debe detener para proponer nuevas perspectivas. Algún - día, uniendo esfuerzos se logrará que el autismo ya no sea una enfermedad tan aislada de cuadros clínicos y la comunicación, tan re servada hoy en día al respecto, se abrirá para dar a conocer pro gresos y avances en torno a las personas autistas.

Aunque parezca reiterativo, conviene recordar e insistir en la regunta planteada en estas conclusiones, así como en sus primeras líneas:

¿Cuántos niños hoy afectados, tal vez de manera irreversible, tendrían otras posibilidades si unos ojos atentos hubieran lan zado la voz de alerta?

Quién supiera escribir y conocer las verdades de todas las in terrogantes que hasta hoy en día se hacen sobre el síndrome - de autismo; quién saber hacer a un lado los mitos que existen sobre la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1). AUTISM RESEARCH REVIEW (INTERNATIONAL)
A quarterly publication of the Institute for Child
Behavior Research.
Año 1989
- 2). BETTELHEIM, Bruno
Fugitivos de la vida
México, D. F.
Ed. Fondo de Cultura Económica
1975., 531 p.
- 3). BETTELHEIM, Bruno
La fortaleza vacía
España - Barcelona
Ed. Laia
1981., 582 p.
- 4). BEREITER, Carl., ENGELMANN, Sigfried.
Enseñanza especial preescolar
Barcelona
Ed. Fontanella, S. A.
1977., 413 p.
- 5). CASTANEDO SECADAS, Celodonio
Deficiencia mental (Aspectos teóricos y tratamientos)
Sn. José Costa Rica.
Ed. Texto Lida
1981., 482 p.
- 6). CLARIZIO, Harvey F., MC. COY, George F.
Trastornos de la conducta en el niño
México, D. F.
Ed. El Manual Moderno, S. A.
1981., 697 p.
- 7). CHESS, Stella
Introducción a la psiquiatría infantil
Buenos - Aires
Ed. Paidós
1974., 254 p.

- 8). CHUSID, Joseph G.
Neuro anatomía correlativa y neurología funcional
México, D. F.
Ed. El Manual Moderno, S. A.
1980., 518 p.
- 9). D S M III.
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association)
Barcelona
Ed. Masson
1980., 660 p.
- 10). DESPERT, Juliette Louise
El niño y sus perturbaciones emocionales
Buenos Aires
Ed. Paidós
1965., 334 p.
- 11). DE AJURIAGUERRA, J.
Manual de psiquiatría infantil
México, D. F.
Ed. Masson
1983., 984 p.
- 12). D' AMBROSIO, Richard Anthony
No language but a cry
Garden City, N. Y.
Ed. Doubleday
1970., 252 p.
- 13). DE LA FUENTE MUÑIZ, Ramón
Psicología Médica
México, D. F.
Ed. Fondo de Cultura Económica
1976., 444 p.
- 14). GALGUERA, Isabel., et al.
El retardo en el desarrollo. (Teoría y práctica).
México, D. F.
Ed. Trillas
1988., 407 p.

- 15). GALINDO, Edgar., et al.
Modificación de conducta en la educación especial
México, D. F.
Ed. Trillas
1973., 322 p.
- 16). GARANTO ALOS, Jesús
El autismo
Barcelona. Biblioteca de Psicología.
Ed. Herder
1984., 155 p.
- 17). GARCIA HOZ, Víctor
Principios de pedagogía sistemática
España - Madrid
Ed. Rialp.
1981., 694 p.
- 18). HARMS, Ernest., et al.
Psicología del niño anormal
Buenos - Aires
Ed. Paidós
1964., 239 p.
- 19). HASSENSTEIN, Bernhard
Biología del comportamiento infantil
México, D. F.
Ed. Siglo XXI
1979., 437 p.
- 20). HEUYER, Georges
Introducción a la psiquiatría infantil
España - Barcelona
Ed. Luis Miracle
1976., 219 p.
- 21). KANNER, Leo
Autistic Disturbance of afective contact
Ed. Nervous Child, 2
1943., 250 p.
- 22). KANNER, Leo
Early infantile autism
Ed. Journal of Pediatrics
1944., 763 p.

- 23). KOLB, Laurence C.
Psiquiatría clínica moderna
México, D. F.
Ed. La Prensa Médica Mexicana
1983., 1016 p.
- 24). LARROYO, Francisco
Diccionario porrúa de pedagogía
México, D. F.
Ed. Porrúa, S. A.
1982., 601 p.
- 25). LOPEZ, Raúl Miguel
Elementos metodológicos y ortográficos básicos
para el proceso de investigación
México, D. F.
UNAM., 1987., 134 p.
- 26). LOVAAS, Ole Ivar.
El niño autista. (El desarrollo del lenguaje mediante
la modificación de conducta
Madrid
Ed. Debate
1983., 286 p.
- 27). MAHLER, M. S.
Simbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación
México, D. F.
Ed. Joaquín Mortiz
1972., 304 p.
- 28). MANNONI, Maud., WINNICOTT, D.W., et al.
Psicosis infantil
Buenos - Aires
Ed. Nueva Visión
1980., 161 p.
- 29). PARK, Clara Calerborne
Ciudadela sitiada
México, D. F.
Ed. Fondo de Cultura Económica
1982., 147 p.

- 30). POLAINO, Aquilino
Introducción al estudio científico del autismo infantil
Madrid, España
Ed. Alhambra
1982., 204 p.
- 31). RUCH, Floyd L., ZIMBARDO, Philip G.
Psicología y vida
México, D. F.
Ed. Trillas
1982., 559 p.
- 32). RUTTER, M., SCHOPLER, E.
Autismo
España
Ed. Alhambra, Universidad
1984., 505 p.
- 33). SARASON, Irwin., SARASON, Bárbara G.
Psicología Anormal
México, D. F.
Ed. Trillas
1988., 617 p.
- 34). SCHOPLER, Eric., et al.
The effects of autism on the family
New York and London
Plenum Press
1983., 395 p.
- 35). SOLOMON, Philip., PATCH, Vernon D.
Manual de psiquiatría
México, D. F.
Ed. El Manual Moderno, S. A.
1976., 466 p.
- 36). TUSTIN, Frances
Autismo y psicosis infantiles
Barcelona, España
Ed. Paidós
1977., 164 p.

- 37). TILLEY, Pauline
El arte en la educación especial
Barcelona, España
Ed. CEAC
1978., 164 p.
- 38). VILLARD, Régis de
Psicosis y autismo del niño
(Clínica y tratamiento)
México, D. F.
Ed. Masson
1986., 157 p.
- 39). WING, Lorna
La educación del niño autista
Traducción de Andrés O. Bottaro
Barcelona
Ed. Paidós
1981., 177 p.