

## EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA NIÑOS AUTISTAS

Margarita Martínez

El autismo infantil incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros treinta meses de vida. Las respuestas a los estímulos visuales y auditivos son anormales y de ordinario se presentan graves dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje y, si logra desarrollarse, se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas en las relaciones sociales antes de los cinco años son muy graves, e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde gravemente subnormal hasta normal o por encima. La actuación es en general mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.

(OMS, C.I.E. -8, 1976)

El autismo infantil es seguramente uno de los síndromes más actuales y polémicos en el campo la psiquiatría infantil. Desde su descripción por KANNER (1943), quien lo aisló de las demás psicosis infantiles, viene siendo tema de investigación en cuanto a su causa, diagnóstico y tratamiento. Además, los medios de comunicación han difundido unos conocimientos más o menos aproximados sobre el tema, haciéndolo ya de dominio público. Se pretende aquí dar una idea sobre la problemática y el trabajo con los niños autistas, sintetizando la literatura especializada y la práctica profesional.

## CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AUTISTA. DIAGNÓSTICO

En la práctica el niño autista es traído a consulta por su retraso en el habla y por rarezas de comportamiento. El problema del habla puede residir en ecolalia y agramaticalismo o en mutismo total, pasando por todos los grados intermedios; en la anamnesis puede verse que o bien el habla no llegó a constituirse nunca, o bien tras un período normal o precoz de verbalizaciones concretas, con significados, desapareció o sufrió graves alteraciones.

Entre los trastornos de conducta más frecuentes, se da un intenso aislamiento que apunta al nombre de trastorno (autismo, en griego, significa «uno mismo»), evitando la mirada y el contacto físico, a veces con crisis de angustia ante una aproximación del otro; o bien un contacto limitado a la mano del adulto, a la que se trata como algo independiente de la persona, como si fuese la mano que da, que alimenta, que ayuda, pero sin relacionarlo con el ser humano al que pertenece. Las situaciones nuevas pueden dar lugar a intensas angustias o, por el contrario, a una indiferencia total como si no se percibiese el cambio; por ejemplo ante la marcha de los padres, o ante su llegada imprevista, no se da reacción alguna.

Cuando tiene lugar un acceso de angustia suele escapársenos la causa, o bien parecemos desproporcionada a la conducta que ha desencadenado y que abarca gritos y/o llanto incoercibles, autoagresiones (golpearse la cabeza, moderse la mano, arrancarse el cabello) y, con menor frecuencia, heteroagresiones. Estos trastornos pueden presentarse en diferentes grados y combinaciones, sobre una base biológica afectada de encefalopatía (sobre todo rubéola materna durante el embarazo), epilepsia (hipsarritmia), metabolopatías (oligofrenia fenilpirúvica), o sobre un cuadro de privación psico-social u otra causa exógena. En estos casos se habla de un autismo secundario. Cuando se han descartado las posibles causas exógenas y endógenas conocidas, el cuadro recibe el nombre de autismo infantil primario.

Entre las varias escalas que se han desarrollado para facilitar el diagnóstico del autismo, cabe citar la de CLANCY y colaboradores (1969) que recoge 14 puntos de observación; el niño que presente la mitad o más de estas conductas podría ser diagnosticado con gran seguridad de autismo:

- gran dificultad en mezclarse y jugar con los otros niños;

- comportamiento como si fueran sordos;
- comportamiento distante y reservado;
- falta de contacto visual;
- no abrazan afectuosamente como los otros niños;
- indican sus necesidades sólo mediante gestos;
- risas extemporáneas sin motivo aparente;
- carencia de miedo a peligros reales;
- apego inadecuado a objeto/-s determinados;
- atracción por los objetos giratorios;
- juegos excéntricos prolongados y repetitivos;
- actividad física exagerada;
- gran resistencia a cualquier aprendizaje;
- resistencia a cambios en la rutina.

Resta añadir que, en los casos más graves se da una falta de conciencia y de respuesta adecuada al malestar fisiológico —dolor, hambre, cansancio, sueño.

En contraste con sus incapacidades y transtornos algunos niños presentan habilidades asombrosas, como «islotas» en un perfil de bajos rendimientos, en tareas visomotoras como puzzles, encajes, series y lotos, o un gran oído musical, o finas habilidades motrices, o bien una memoria prodigiosa, selectiva y limitada.

## ALGUNOS MITOS

Entre las preocupaciones familiares que derivan directamente del estado del niño figuran el retraso del habla y de la escolaridad, en particular de los aprendizajes de lectura y escritura. Al tratarse de niños con apariencia física normal, sin estigmas (excepto que haya una patología orgánica adicional), y con algunas habilidades —por ejemplo los rompecabezas o la música— se suele rechazar la necesidad de una educación especial, entendida como educación de infradotados.

En efecto, el primer mito que hay que aclarar es el de la supuesta buena inteligencia actual o potencial de estos niños. En los estudios realizados en EE.UU. sobre poblaciones relativamente amplias no se ha podido concluir la normalidad de la inteligencia en los grupos de niños autistas, pues, aunque en algunas áreas alcancen o sobrepasen el rendimiento propio de su edad cronológica (los «islotas» citados), lo cierto es que el 75 % de los niños afectados de autismo presentan un CI inferior a 50,

dándose por lo tanto una deficiencia mental, además del autismo, con mayor afectación en las áreas verbales que en las manipulativas.

Otro mito es el de la curación del autismo, que ha dado origen a grandes esperanzas y grandes desengaños en las familias afectadas: el autismo primario es de pronóstico grave; el autismo secundario es de pronóstico variable en función de su modo de aparición y patología subyacente. En ambos casos la evolución correlaciona fuertemente con el CI inicial y la afectación social.

Un tercer punto a aclarar es la supuesta culpabilidad parental en la génesis del autismo. Ya Leo Kanner habló de padres fríos, intelectuales y distantes que no daban calor humano a sus hijos, y ya el propio Kanner rectificó posteriormente sus afirmaciones en este sentido. No existe evidencia de que los padres de niños autistas tengan una patología intrínseca más definida que los padres de cualquier otro niño perturbado.

Enlazando con este punto, una última anotación sobre la etiología: autores de orientación psicoanalítica apuntan hacia el factor afectivo ambiental; otros apuntan hacia una organicidad a nivel macro o microscópico —lesión subcortical, alteraciones de la bioquímica cerebral—; otros insisten en los factores del aprendizaje, especialmente en los trastornos perceptivos y cognitivos. Desde el momento en que el autismo infantil se presenta cuatro veces más en varones que en hembras (AJURIAGUERRA, 1976), y frecuentemente asociado a deficiencia mental, epilepsia, etc., parece lógico conceder un peso importante al sustrato biológico en su génesis.

La cuestión aún no dilucidada es si debemos hablar del autismo o de los autismos, escondiendo este diagnóstico varios síndromes de origen diferente aún no identificados.

## EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA EL NIÑO AUTISTA

No se puede rechazar ninguna línea terapéutica para el autismo infantil, ni se puede tampoco abogar por una en exclusiva como panacea universal. Los diferentes autores presentan sus concepciones teóricas y los resultados de sus experiencias, y las corrientes más opuestas han conseguido resultados positivos. Lo correcto sería someter a estudio las necesidades de cada niño y la adecuación del método a cada caso.

Suele plantearse la dicotomía entre el enfoque clínico y el

enfoque educativo. Este último no sólo no excluye la terapia, sino que parece ser el mejor en los casos de autismo con deficiencia mental —que son mayoría—, como se ha indicado antes. El sistema escolar puede incidir globalmente sobre todas las áreas de la personalidad y la inteligencia del niño y comprenderlo totalmente como ser humano, sin la fragmentación que pueden suponer las reeducaciones especializadas.

En el momento de plantearnos la recuperación de un niño en concreto, hay que tener en cuenta tanto sus deficiencias, generalmente de carácter permanente, como sus capacidades, que suelen combinarse dando un perfil disarmónico que nos exigirá la individualización del programa educativo para cada caso.

La experiencia educativa en varios países, entre ellos el nuestro, apunta hacia la necesidad de una educación diferente a los métodos empleados con niños normales y deficientes, que quedan fuera de cuestión por falta de lenguaje interiorizado, o «lenguaje para uno mismo» (VIGOTSKY), que sirve para orientarse, comprender y vencer dificultades. El niño autista necesitará un ambiente estructurado que le proporcione seguridad.

Por situación estructurada HEMSLEY y HOWLIN (1982) entienden el mostrarle claramente al niño qué se espera de él, limitando sus posibles respuestas hacia una vía constructiva organizándole un entorno que controle parcialmente su conducta, mientras vaya apareciendo su autocontrol. La estructuración no tendría nada que ver con la disciplina, antes bien con una adaptación del momento al niño mediante facilitación de la comunicación con ayuda del gesto, selección individual de los materiales y actividades según su capacidad, uso de las motivaciones y recompensas adecuadas, control social del profesor sobre el niño si éste no tiene suficiente madurez, cambios muy graduales si se dan rasgos obsesivos, evitando que las capacidades aisladas se conviertan en la única actividad del niño e induciendo conductas positivas en la comunicación, el aula y el juego.

Como se desprende de lo anterior, a veces tendremos que descender a niveles preverbales para iniciar la relación: música, pintura, modelado, juegos corporales que faciliten una apertura afectiva, teniendo siempre en cuenta que es más necesario trabajar este elemento y que el niño autista, por su fragilidad, responde a la frustración y al fracaso con un agravamiento de sus problemas de conducta (rabietas, aislamiento, autoagresión). El ambiente de que se rodee el niño es un arma que debe ir más allá de la escuela y la educación. BRAUNER (1982) habla del «clima

terapéutico» y de la ausencia de oposición entre terapia y educación: las experiencias en cada campo de aprendizaje se matizan de afectividad para vencer el desinterés, la irritabilidad, el negativismo y la incompreensión; el objetivo básico ha de ser establecer unas relaciones normales por medio de actividades escolares que incidan en los aspectos cognitivo y emocional. Es necesario fijar unas actuaciones y unos fines para arrancar al niño de su estado autístico: procurarle una vida tranquila y feliz mediante una actitud muy permisiva responde a un enfoque asistencial pero no educativo.

## OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Antes de fijar los objetivos educativos para el niño autista se debe proceder a su evaluación empleando tanto la observación libre y el juego como instrumentos estandard (escalas de desarrollo, de madurez social, de lenguaje y de inteligencia verbal y no verbal). Los niveles de rendimiento son desiguales y existe la duda de qué motivación ofrecer al niño para que su rendimiento refleje al máximo sus posibilidades. Durante mucho tiempo se creyó que el niño autista no era medible psicométricamente, pero sí lo es, siempre y cuando le hagamos comprender qué deseamos. No es lícito pasar una batería de tests en dos o tres sesiones de psicometría: el niño autista sólo se nos revelará tras un período de adaptación al nuevo medio. Un test bien pasado tiene valor predictivo que correlaciona con la evolución posterior. El perfil obtenido no será el saldo resultante de capacidades y deficiencias, sino el punto de partida necesario para establecerle un programa de adquisición de destrezas y control de sus trastornos de conducta.

Los niños autistas necesitan ayuda, en diferente grado, en las siguientes áreas:

- comportamiento social;
- lenguaje y comprensión;
- juego imaginativo y cooperativo;
- hábitos de trabajo y atención;
- destrezas académicas y de autocuidado;
- trabajo ocupacional o protegido.

Como consecuencia de sus problemas de lenguaje el niño

autista se enfrenta a mayores dificultades en el aprendizaje, por lo cual es necesario que el ambiente, el medio, pueda organizar la conducta del niño, dependiendo menos de la comunicación verbal.

SCHOPLER (1982) destaca la correlación del CI con el grado de mejoría. En general un autismo con deficiencia mental leve (CI de 50 a 70) puede evolucionar a una autosuficiencia como para vivir en una comunidad normal y desarrollar un lenguaje funcional, además de ser académicamente educables. Un CI de retraso mental medio (entre 30 y 50) puede alcanzar un lenguaje funcional, quizás no bien inteligible, rudimentos académicos y trabajo en un taller protegido, pero su grado de autonomía requerirá una vida tutelada.

El retraso mental grave implica que no hay hábitos de autosuficiencia o que sólo son parciales, carecen en general de lenguaje y las relaciones sociales están muy trastornadas, necesitando siempre de la tutela de un adulto; el trabajo para ellos sólo puede concebirse como terapia ocupacional. Este cuadro es meramente orientativo, ya que los niveles más altos de C.I. suelen aumentar con un tiempo de tratamiento al normalizarse la relación con el medio.

## EVOLUCIÓN

Los resultados de la educación están en fuerte correlación con el C.I. inicial y con el lenguaje presente a la edad de 5-6 años. La carencia de lenguaje correlaciona con graves problemas de conducta, retraso y mal pronóstico.

La curación total queda lejos de las posibilidades de la mayoría, quienes sin embargo alcanzan grados importantes de adaptación social, inserción familiar y escolar, mejoría en los desórdenes emocionales y conductuales, creación de hábitos de trabajo y comunicación. La mejoría no será lineal ni armónica, se darán más avances en algunas áreas y la evolución puede verse jalonada de crisis en determinados momentos, ya ligados a acontecimientos externos, ya a fases vitales (la pubertad, por ejemplo). Con la edad los síntomas propios del autismo van desapareciendo y aumenta la semejanza con los deficientes mentales de su nivel.

Para potenciar la labor educativa es necesario prolongar el ambiente estructurado y acogedor en la familia y en el centro, pero esta colaboración sólo es posible desde ópticas que no

culpabilicen a los padres y que los involucren activamente en el progreso del niño. En EE.UU. es donde se ha llegado más lejos en este terreno, al recibir los padres asesoramiento y formación específicos para trabajar en casa los factores de sociabilización y cognitivos del niño. En todos los casos deben plantearse en común, esto es, padres y educadores las expectativas por ambas partes, la evolución y las crisis, las posibilidades y los déficits, los objetivos a corto y largo plazo, aclarando falsos mitos y tecnicismos y centrando el problema nuclear del autismo, que va más allá de los trastornos del habla y del aprendizaje de la lectoescritura, ya que amenaza la propia humanización del niño si no se interviene a edad temprana.

Los padres suelen venir con actitudes diferentes que varían entre el recelo y la desesperanza, pasando también por las ilusiones exageradas. La raíz de estas actitudes se halla generalmente en el largo peregrinaje que ha sido necesario, de médicos a psicólogos y de éstos a especialistas, antes de hallar quien les diera una explicación segura de la afección del hijo, sus necesidades y su gravedad. En unos casos, abrumados por las consultas sin resultados y por la difícil convivencia familiar, están inmersos en una pasividad y desesperanza totales. En otros, la información publicada por algún artículo divulgativo en una revista cualquiera y el aspecto sano y hermoso del niño les hace concebir falsas esperanzas, aceptando con agrado un diagnóstico de autismo, que creen totalmente alejando de la deficiencia mental y curable en pocos días. Lo dramático de estas situaciones y la frecuencia con que las encontramos en la práctica diaria nos hace pedir una vez más que el trabajo en favor de los niños autistas comience por la información y sensibilización de la opinión pública, y en particular de pediatras, maestros, puericultores y de todos aquellos que tengan relación con la infancia para poder establecer antes y mejor la afección y las necesidades del niño autista.

## RESUMEN

El autismo infantil constituye un cuadro psiquiátrico de aparición precoz que afecta la personalidad y los aspectos cognitivos del niño, en grado variable y desigual. Existe una polémica en cuanto a su etiología y, por tanto, en cuanto a la mejor terapéutica. Tanto conductistas como psicoanalistas (las corrientes más enfrentadas) han aportado valiosas contribuciones a su tratamiento. Se presenta la opción educativa con sus limitaciones, pues se trata de un síndrome de la psiquiatría infantil, insistiendo en el valor de un ambiente acogedor y estructurado y la máxima coherencia de trato entre la escuela y la familia. El sistema debe gozar de una gran flexibilidad para adaptarse a cada niño, ya que el autismo se da sobre bases biológicas y caracteriales muy diferentes y debe respetarse con gran cuidado la individualidad de cada niño, que presenta siempre grandes problemas de adaptación a la vida familiar y escolar, constituyéndose en sujeto de una educación diferencial.

## ABSTRACT

Child autism constitutes a psychiatric illness which appears in the early stages of life and affects the personality and cognitive aspects of the child in varying on unequal degrees. Its ethiology is controversial and, therefore, so is the subject of what would be the best therapeutical treatment. Education is presented as an option, with its obvious limitations since we are referring to a syndrome in the field of child psychiatry, and importance is placed on the value of a structured and protective atmosphere as well as the importance of maximum coherence in the treatment received at home with the family and in school. The method must be extremely flexible in order to allow adaptation to every child, given that autism is based on very different biological and character traits which imply great care and respect for the individuality of every child. Each one of these children presents serious of adaptation to family and school life, and must therefore be the object of differential education.

## BIBLIOGRAFÍA

- AJURLAGUERRA, J., *Manual de psiquiatría infantil*, Toray-Masson, 1976.
- BETTELHEIM, B., *La fortaleza vacía*, Laia, Papel 451, Barcelona.
- , *Fugitivos de la vida*, FCE, Madrid, 1976.
- BRAUNER, A y F., *Vivir con un niño autístico*, Paidós, Barcelona, 1981.
- , *Les enfants des confins*, Grasset, 1976.
- COPELAND, J., *Pour l'amour d'Anne*, Fleurus, 1974.
- FURNEAUX, B. y ROBERTS, B., *El niño autista*, Buenos Aires, El Ateneo, 1982.
- GRAZIANO, A. M. (edit.), *Terapéutica de conducta en la infancia*, Barcelona, Fontanella, 1977.
- KENT - BASIL - DEL RÍO PAPEL (*Programa para la adquisición de las primeras etapas del lenguaje*), Madrid, Siglo XXI, 1982.
- LOVAAS, O. I., *El niño autista*, Madrid, Debate, 1981.
- MAHLER, M. y FUHRER, M., *Smbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación*, México, Joaquín Mortiz, 1972.
- MISES, R., *Consideraciones sobre las psicosis infantiles*, Madrid, Secretariado Nacional de Educación Especial, 1977.
- MYER, M. K. de, *Autismo: padres e hijos*, Alcoy, Marfil (en prensa).
- MELTZERE, D. y otros, *Exploración del autismo*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- MULLER, J., *El niño psicótico. Su adaptación familiar y social*, Barcelona, Herder, 1976.
- PARK, C. C., *La ciudadela sitiada*, Madrid, FCE, 1979.
- POLAINO, A., *Introducción al estudio científico del autismo infantil*, Madrid, Alhambra, 1982.
- PÉREZ, F. y RIVIERE, A. (comp.), *Autismo infantil. Cuestiones actuales*, Actas del I Simposio Internacional sobre Autismo, Madrid, SEREM-APNA, 1979.
- POSER, E. y ASHEN, B. A. (comp.), *Autismo, esquizofrenia y retraso mental*, Barcelona, Fontanella, 1979.
- RUTTER, M. (comp.), *Infantile autisme: concepts, characteristics and treatment*, Churchill, Londres.
- TUSTIN, F., *Autismo y psicosis infantiles*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
- WING, L., *La educación del niño autista. Guía para padres y maestros*, Buenos Aires, Paidós, 1974.
- WING, L. y otros, *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*, Madrid, Santillana, 1982.
- WING, L. y ELGAR, S., *Teaching autistic children*, College of Special Education-NSAC, Londres.