

Autismo infantil:

Reflexiones sobre diagnóstico, etiología y tratamiento



Juan Rodríguez Abellán.

Psicólogo, pedagogo y terapeuta familiar.
Presidente de la Asociación Española de
Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantiles

Higini Sales Miralles.

Psicólogo, profesor de Pedagogía Terapéutica,
presidente de la Asociación-Escuela El Cau

M.ª Montserrat Segarra Montserrat.

Profesora de Pedagogía Terapéutica,
vicepresidenta de la Asociación-Escuela El Cau,
directora educativa del Centro El Cau

A pesar de su corta historia, el estudio del autismo infantil representa, en estos momentos, uno de los esfuerzos más importantes de la psiquiatría y psicología infantiles, para la comprensión del comportamiento humano, las funciones psicológicas superiores y las limitaciones actuales de los tratamientos, ya sean éstos psicofarmacológicos, comportamentales o psicodinámicos.

Para realizar una aproximación al concepto de autismo analizaremos, en primer lugar, su evolución histórica y las aportaciones al diagnóstico de los distintos autores, para pasar posteriormente a evaluar los datos disponibles sobre la etiología del autismo y los diferentes enfoques terapéuticos.

TÉRMINO introducido en la literatura psiquiátrica por Eugenio Bleuler (1906) para describir una de las características sintomáticas de los pacientes esquizofrénicos, consistente en referir y relacionar cualquier acontecimiento del entorno a sí mismo. Esta alteración del pensamiento se acompaña de una retirada al mundo de la fantasía ante estímulos de tipo social.

Este término es retomado en 1943 por el Dr. Leo Kanner para describir un síndrome clínico con identidad propia, distinto a la esquizofrenia o psicosis infantil. Partiendo del estudio sistemático de once niños, Kanner señala como rasgos más sobresalientes: Dificultades para desarrollar relaciones con la gente desde el nacimiento, alteraciones graves del lenguaje (mutismo, atraso en la adquisición del lenguaje verbal, uso no comunicativo de la palabra, ecolalia diferida, inversión pronominal), juegos repetitivos y estereotipados, insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambios, ausencia de imaginación, facilidad para aprender de memoria y apariencia física normal.

A partir de esta primera definición del síndrome se inicia un proceso de estudio y matización de los síntomas característicos del autismo (Kanner 1946; Kanner y Eisenberg, 1956; Despert 1951; Van Krevelen, 1952), surgiendo ciertas dificultades para la puesta en común sobre los síntomas esenciales. Frente a la reducción de Eisenberg y Kanner en 1955, quienes resaltan como criterio diagnóstico la extrema soledad y la invarianza o insistencia en mantener sin cambios el entorno estimular, Timbergen y Timbergen, 1962, pone el acento en la peculiar forma de evitar la mirada; Lovas, 1965, destaca la importancia del retraso intelectual; Rutter y Lockyer, en 1967, realizan un estudio comparativo con otros trastornos, con el fin de perfilar los síntomas específicos y diferenciales del autismo: 1.º Fracaso en el desarrollo del contacto social. 2.º Retraso en el lenguaje, con deficiente comprensión, ecolalia e inversión pronominal. 3.º Conductas rituales. Señalaban también en este estudio otros síntomas específicos del autismo, pero no presentes en toda la población estudiada: movimientos estereotipados, atención fugaz, autoagresión y retraso en el control fecal. Debiendo aparecer este cuadro antes de los treinta meses de edad. Ornitz y Ritvo (1968) centran su atención en las peculiaridades perceptivo-motrices del autista, completando así los criterios de Kanner:

— Edad de comienzo, antes de los

treinta meses.

— Perturbaciones perceptuales, que pueden manifestarse como hipohipersensibilidad ante los estímulos en un mismo niño.

— Perturbaciones de relación con personas y objetos.

— Perturbaciones de motricidad.

— Alteraciones del lenguaje.

Posteriormente se han realizado nuevos intentos para redefinir el autismo infantil, como el que hacen la Asociación Norteamericana para el Autismo Infantil (1978) y la Asociación Americana de Psiquiatría (1978), proponiendo una serie de criterios unificadores (ver diagnóstico del autismo).

ASPECTOS CLINICOS

Durante el primer año de vida pueden aparecer una serie de conductas indicativas del autismo. Con frecuencia los bebés autistas son extraordinariamente tranquilos, sin llanto ni demanda de atención, pudiéndose dar en ocasiones el extremo opuesto, con inquietud, llanto inconsolable, continuo balanceo y golpeo de cabeza; resalta una clara falta de interés ante los contactos sociales; a menudo no presentan una postura anticipatoria ni levantan los brazos cuando alguien los va a coger; muestran escaso interés por explorar su entorno, contrastando a veces con una intensa fascinación ante ciertas experiencias sensoriales; del mismo modo, no aparecen ciertos esquemas de comunicación prelingüística, como la imitación social, el uso significativo de objetos o el balbuceo.

De uno a cinco años es el período en el que más claramente se presenta la sintomatología típica enumerada en los criterios diagnósticos, siendo difícil que un niño muestre todos los rasgos juntos al mismo tiempo.

En lo referente al nivel de inteligencia, en el autismo, contrariamente a la opinión inicial de Kanner, varios estudios indican que unas tres cuartas partes de los niños autistas tienen un coeficiente intelectual catalogable como retraso mental (Rutter y Lockyer, 1967; Lotter, 1967, DeMyer et al. 1974).

Un rasgo especialmente relevante de la conducta autista es el peculiar deterioro de las relaciones sociales. Los trabajos de Wing (1969) y Bartak y cols. (1975) indican la falta de juego comunicativo y el típico aislamiento social de estos niños.

En cuanto a los aspectos lingüísticos, junto a un marcado retraso, presentan un patrón muy diferente al de otros niños, con perturbaciones del lenguaje; aproximadamente la mitad de los niños autistas no llegan a adquirir un lenguaje útil, y en aquellos que se desarrolla aparecen ciertos rasgos característicos, como la ecolalia, repetición retardada de frases estereotipadas o inversión pronomi-

nal (Rutter 1965, 1966; Ricks y Wing 1975).

Otros aspectos estudiados en la conducta autista son la insistencia en que permanezca estable el entorno estimular, la resistencia al cambio y las frecuentes conductas rituales y estereotipadas, siendo de especial interés los resultados de las investigaciones sobre las dificultades de respuesta ante estímulos sensoriales y el déficit en el pensamiento de secuencias temporales (O'Connor y Hermelin, 1970).

EPIDEMIOLOGIA

De los estudios realizados en Inglaterra por Lotter en 1967 sobre una amplia muestra de 78.000 niños destacan los siguientes datos: La detección de un grupo A, con quince casos de autismo «nuclear»; un grupo B, con diecisiete casos de autismo no «nuclear»; y un grupo C, con veintiocho casos con numerosas conductas autistas, sin llegar a perfilar un cuadro completo. Estos resultados indicaban una proporción de dos por diez mil en el grupo A, 2'5 por diez mil en el B y 3'3 por diez mil en el C. Otros datos de interés fueron la aparición de 1/3 parte de niños con disfunciones neurológicas, 2/3 partes de niños con alteraciones desde el nacimiento, 1/3 parte sin lenguaje comunicativo y 1/3 parte con un habla muy limitada; siendo el autismo más frecuente en niños que en niñas.

Otros estudios posteriores han indicado proporciones parecidas. Así, Aharus y Brack, 1970, señalan una incidencia del 4'3 por diez mil, y Trefert, 1970, una frecuencia de 3'1 por diez mil. Tal vez, entre estos interesantes estudios epidemiológicos, hubiera sido deseable una unificación generalizada de los criterios diagnósticos utilizados.

BIBLIOGRAFIA

- BARTAK, L.: *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder*. I. The Children British Journal of Psychiatry, 1975.
- BLEULER, E.: *Dementia Praecox or the group of schizophrenics*. International Universities Press, Nueva York, 1950.
- DESPER, J.L.: *Some considerations relating to the genesis of autistic behavior in children*. American Journal of Orthopsychiatry, 1951, 21, 335-350.
- HERMELIN, B. y O'CONNOR, N.: *Psychological experiments with autistic children*. Pergamon Press, Londres, 1970.

KANNER, L.: *Autistic disturbances of affective contact*. Nervous child. 1943.

KANNER, L. y EISENBERG, L.: *Early infantile autism, 1943-55*. American Journal of Orthopsychiatry, 1956, 26.

LOTTER, J.: *Epidemiology of autistic conditions in young children*. Soc. Psychiat., 1967.

LOVAAS, O.I.: *Experimental studies in childhood schizophrenia: Building Behavior in autistic children by the use of electric shock*. Journal of Experimental Research in Personality, 1965, 1, 99-109.

ORNITZ, E.M.: *Perceptual inconstancy in early infantile autism*. Archives of General Psychiatry, 1968, 11, 76-98.

ORNITZ, E.M. and RITVO, E.R. and Cols.: *Autism, Diagnosis, Current research and Management*. New York: Spectrum Publications, Inc. New York, 1976.

RUTTER, M et al.: *A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis*. I. Description of sample. British Journal of Psychiatry, 1967.

DIAGNOSTICO DEL AUTISMO

El diagnóstico del autismo es una tarea difícil y compleja, dada la variedad de criterios establecidos por los diferentes autores desde su primera descripción (Kanner, L. 1943) y su frecuente confusión con otros cuadros.

Rutter, M. y Cols. (1969) proponen un sistema de diagnóstico triaxial, analizando el autismo desde tres ejes: a) la conducta, b) el intelecto y c) la etiología. Expresándose en términos parecidos Alpern (1967); De Myer, Norton y Barton (1971) proponen igualmente un triple diagnóstico, pero diferenciándose de Rutter y Cols. en el tercer nivel, considerando más relevante una aproximación neurobiológica. Por su parte, Polaino Lorente, A. (1982), continuando con el triple ángulo de aproximación diagnóstica, indica un primer nivel clínico y/o comportamental, un segundo nivel neurológico y un tercer nivel, bioquímico. Dentro del primer nivel clasifica los síntomas en: 1.º Alteraciones sensorio-perceptivas y atencionales; 2.º alteraciones motoras; 3.º alteraciones de la inteligencia; 4.º conducta social y etología o fijismo estimular; 5.º alteraciones morfológicas, y 6.º alteraciones del lenguaje.

Un esquema general de aproximación diagnóstica puede incluir una primera parte de exhaustiva recogida de datos anamnésticos y observacionales (cuestionarios, observación directa, pruebas psicométricas, re-

gistros conductuales, estudios médicos, biológicos y bioquímicos, situación sociofamiliar....).

Una segunda parte valorativa de la sintomatología clínica observada dentro del conjunto globalizado de datos.

Por último, y desde una perspectiva psicopedagógica, un cuidadoso análisis funcional de la línea base en la que se encuentra el sujeto, seguido de las orientaciones terapéuticas y educativas propias de un plan concreto y globalizado de rehabilitación.

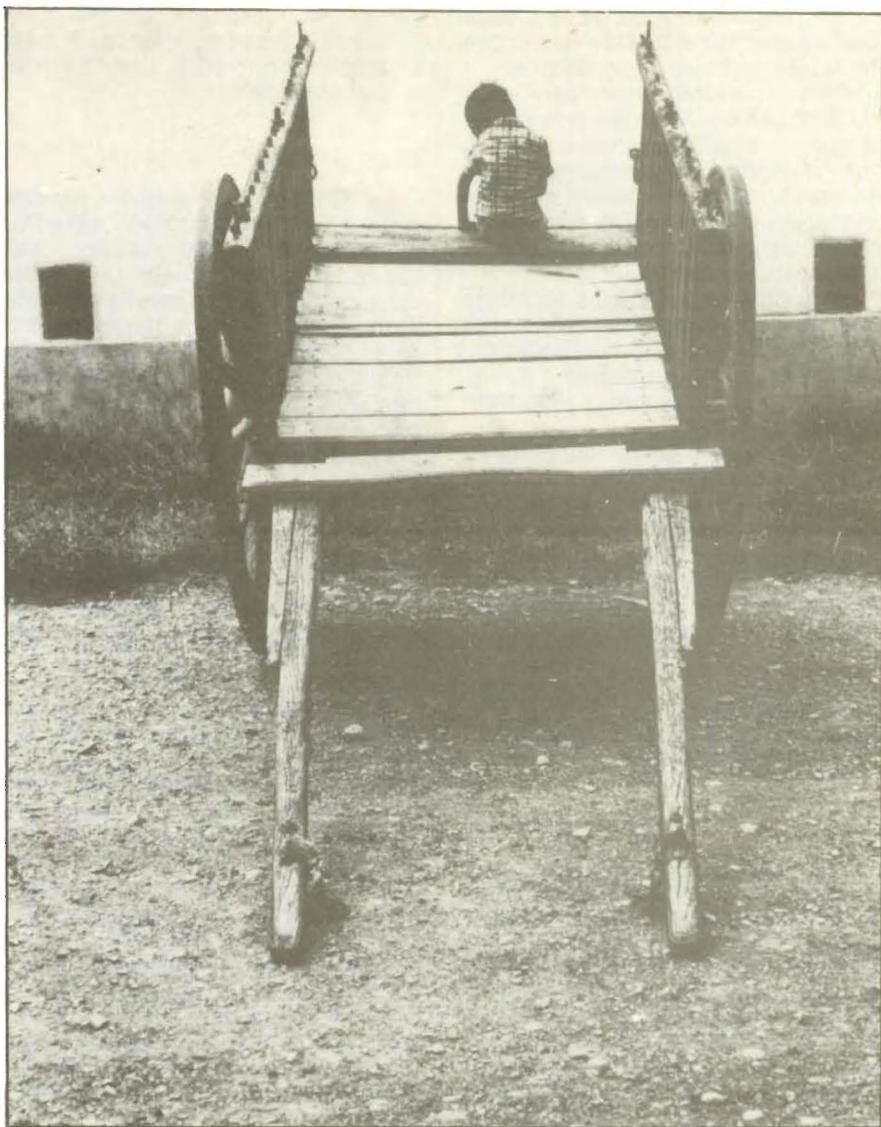
En el autismo es especialmente importante la identificación sintomatológica del síndrome: Los criterios diagnósticos de Leo Kanner incluían como factores primarios el aislamiento extremo y la obsesiva insistencia en la invarianza, y como secundarios la inhabilidad para relacionarse con personas y situaciones, el uso del lenguaje sin propósito de comunicación y buenos potenciales cognitivos.

Rutter, M. (1972) divide los síntomas en tres grandes apartados: 1.º Una especial incapacidad profun-

da y general para desarrollar relaciones sociales; 2.º Un retraso en el lenguaje que implica un deterioro de la comprensión, ecolalias e inversiones pronominales; 3.º Fenómenos ritualistas o compulsivos, con insistencia en que el entorno estimular permanezca estable (invarianza estimular). Estos síntomas deben aparecer antes de los primeros treinta meses de vida.

La Sociedad Norteamericana para los Niños Autistas define el autismo como un síndrome conductual, cuyos rasgos esenciales se manifiestan antes de los primeros treinta meses de edad e incluyen:

- 1.º Perturbaciones en las secuencias y relaciones del desarrollo.
- 2.º Perturbaciones de las respuestas a estímulos sensoriales.
- 3.º Perturbaciones del habla del conocimiento, del lenguaje y de la comunicación no verbal.



4.º Perturbaciones de la capacidad de relación adecuada con la gente, las situaciones y los objetos.

Como características asociadas, no necesariamente presentes para el diagnóstico, señalan: humor lábil, lloros no explicados y no consolables, sonrisa y risa sin estímulo aparente, autoagresiones, falta de apreciación de los peligros y movimientos este-reotipados.

Por último, los criterios aconsejados por la Asociación Americana de Psiquiatría: Criterios diagnósticos DSM-III, son los siguientes:

1.º Comienzo anterior a los treinta meses.

2.º Ausencia global de respuesta a otros seres humanos.

3.º Déficit severos en el desarrollo del lenguaje.

4.º Si existe el habla, tipo peculiar de la misma, con ecolalia inmediata y diferida, lenguaje metafórico e inversión pronominal.

5.º Extrañas respuestas a diferentes aspectos del entorno, como resistencia al cambio, o lazos e intereses peculiares hacia objetos animados o inanimados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El autismo infantil a veces es confundido con otros síndromes, como el retraso mental, la esquizofrenia infantil, el mutismo selectivo, la afasia receptiva del desarrollo, ciertos déficit sensoriales (ceguera, sordera), la psicosis atípica de la infancia, secuelas de traumas físicos y/o psíquicos, cuadros degenerativos cerebrales, síndrome de Rett, síndrome de Klüver y Buly; no obstante, un cuidadoso análisis de los síntomas específicos y comunes, así como la indicación del criterio diagnóstico utilizado, permiten una clara identificación.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-III. Diagnostic criteria*. Draft, 1978.
- KANNER, L.: *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, 1943.
- POLAINO, A.: *Introducción al estudio científico del Autismo Infantil*. Alhambra Universidad. Madrid, 1981.
- RITVO, E.R.: *Autism: diagnosis, current research and management*. Spectrum Publications. New York, 1976.
- RITVO, E.R.; FREEMAN, B.J.: "The National Society for Autistic Children's. Definitions of the Syndrome of Autism." *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, n.º 4, 17, 565-575.

RUTTER, M.: *Infantile autism. Concepts, characteristics and treatment*. Churchill. Livingstone. Londres, 1972.

ETIOLOGIA DEL AUTISMO

La etiología del autismo ha sido objeto de numerosos estudios científicos en los últimos años, realizados sobre todo desde una óptica neurobiológica. Los resultados obtenidos y las hipótesis barajadas han abierto nuevas expectativas de investigación, a pesar de que los datos son parciales, referidos a muestras muy pequeñas y con ciertos problemas metodológicos y técnicos de aplicación.

Existe una práctica unanimidad en el abandono de las hipótesis psicógenas, que mantenían como agente causal del autismo a la patología relacional de los padres; no obstante, algunos autores resaltan en la actualidad estos aspectos, (Bettelheim, 1967; Clancy et al. 1975).

Probablemente, los supuestos etiológicos más frecuentes y con mayor apoyatura experimental sean los referidos a disfunciones cerebrales como indicadores de patología neurológica; así, Hermelin y O'Connor (1970); Ornitz (1973, 1977), y Schagas (1979) indican en sus trabajos sobre codificación y decodificación de modalidades sensoriales, que sería el sistema vestibular el responsable de las alteraciones del comportamiento autista. Por su parte, Deslauriers-Carlson (1978) indica que una lesión en el sistema reticular sería la causante de dicho comportamiento.

Otros datos de interés son la observación de ataques epilépticos en la adolescencia, aun no habiéndose detectado patología cerebral durante la infancia, o la aparición de esclerosis tuberosa en esta misma etapa (Lotter, 1974).

Otros autores indican como agentes causales diferentes localizaciones cerebrales, dañadas en algunos subgrupos de niños autistas. McCulloch (1971) la ubica en la región posterior del tronco cerebral; Dalby (1975) señala una dilatación de los ventrículos y del asta temporal, o malformaciones en el lóbulo temporal medio; Ney (1979), por el contrario, sostiene que los niños autistas no presentan ninguna alteración neurofisiológica, sino que su conducta es debida a una hiperactividad auditiva, que hace imposible su adaptación a los sonidos del medio.

La moderna tecnología de investigación neurológica, basándose en técnicas especiales de sondeo mediante implantación profunda de electrodos, tomografía axial computarizada, TAC; C.T SCANS, ventriculografía o visualización videográfica y análisis por computadora de reacciones químicas cerebrales mediante

substancias radiactivas (emisión tomográfica del psitrón, PET) podrán dar luz a las numerosas incógnitas aún pendientes de respuesta.

Si tenemos en cuenta la revisión de m. Coleman (1976-1978), podemos indicar también la estrecha relación entre el autismo y ciertos desórdenes de tipo infeccioso (rubeola), metabólico (fenilcetonuria, alteraciones de las purinas, enfermedades celíacas), genético (transmisión genética recesiva autosómica), cromosómico... La conclusión a la que llega este autor es que, probablemente, sería más propio hablar de diferentes subtipos de autismo, con diferentes etiologías.

Por último, en apoyo a las tesis biológicas, me referiré a los antiguos estudios de Kallman (1956) sobre gemelos y, más recientemente, los de Folstein y Rutter (1977), que muestran una tasa muy superior de concordancia en gemelos monocigóticos (del orden del 70%) que en dicigóticos (7%).

Como conclusión, podemos decir que las hipótesis neurobiológicas están marcando la pauta actualmente y que tendremos que esperar, probablemente algunos años, hasta tener datos más seguros. A título informativo, anunciaré que en nuestro país, y más concretamente en la Ciudad Sanitaria La Fe, de Valencia, se ha iniciado un diseño de investigación que intentará probar las relaciones entre el autismo y alteraciones estructurales cerebrales localizadas a nivel de lóbulo frontal, sistema límbico y ganglios basales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BETTELHEIM, B.: *The empty fortress-infantile autism and the birth of the self*. The Free Press, Collier-Macmillan, Nueva York, 1967.
- CLANCY, H. et al.: *The isolation syndrome in childhood*. *Devel. Med. Child Neurol.*, 1975, 17, 198.
- COLEMAN, M.: *Biochemical and Organic Abnormalities Associated with the Cognitive Defects of Infantile Autism*. *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness* (G. Serban, ed.), Bruner/Mazel Inc., Nueva York, 1978.
- COLEMAN, M.: *Celiac autism: Calcium studies and their relationship to celiac disease in autistic patients*. M. Coleman (ed.) *The Autistic Syndromes*. North Holland, Amsterdam, 1976.
- DALBY, M.: *Air studies of speech-retarded children; evidence of early lateralization of language function abstract*. First international congress of child neurology, Toronto, 1975.

FOLSTEIN, S. et al.: «Infantile Autism: a genetic study of 21 twin pairs». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1977, 11, 297-321.

HERMELIN, B. y O'CONNOR, N.: *Psychological experiments with autistic children*. Pergamon Press, Oxford, 1970.

KALLMAN, F.J. et al.: *Genetic aspects of pre-adolescent schizophrenia*. *Amer. J. Psychiat.* 1956, 112, 599-606.

LOTTER, V.: «Factors related to outcome in autistic children». *J. of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1974, 4, 263-277.

MCCULLOCH, M.J. et al.: *On the nature of infantile autism*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1971, 47, 295-314.

NEY, P.G.: «A Psychopathogenesis of autism». *Child psychiatry and human development*, 1979, 9, 4, 195-205.

ORNITZ, E.M.: «Childhood autism: A review of the clinical and experimental literature». *California Medicine*, 1973, 118, 21, 47.

SALES, y Cols.: *II Symposium Nacional de Autismo*. Centro Rehabilitación Autismo Infantil El Cau. Diputación de Castellón. Castellón, 1985.

SHAGASS, CH.: «Sensory evoked potentials in Psychosis». En H. Begleiter (ed.) *Evoked brain potentials and behavior*, p.p. 467-499. Plenum Press. Nueva York, 1979.

TRATAMIENTOS ACTUALES DEL AUTISMO

Podemos considerar el autismo como uno de los más graves trastornos psiquiátricos de la infancia, del que aún se desconoce su etiología y del que únicamente se barajan hipótesis sugestivas y datos relativos a algunos subgrupos de pacientes, con conclusiones en permanente revisión; tal vez por esta circunstancia, los mayores esfuerzos se han dirigido a posibilitar formas de intervención.

A modo de apretada síntesis, dividiremos el tratamiento del autismo en cuatro grandes bloques:

- Tratamientos psicofarmacológicos.
- Tratamientos conductuales.
- Tratamientos de orientación psicodinámica.
- Tratamientos psicopedagógicos.

Ciertamente, existen otros procedimientos o técnicas, que posteriormente comentaremos, utilizadas de forma independiente o combinada en el tratamiento del autismo, pero que no llegan a configurar una corriente general de la psiquiatría, psicología o pedagogía.

TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLOGICOS

Aun teniendo en cuenta las dificultades y limitaciones metodológicas de los estudios de laboratorio llevados a cabo en el tratamiento mediante administración de fármacos a pacientes autistas, podemos resumir algunos datos de interés.

— La utilización de neurolépticos es útil en las primeras etapas del tratamiento del autismo, pero los efectos son notablemente inferiores a los obtenidos en las psicosis infantiles.

— La clorpromacina es aconsejable en autistas con excitabilidad motora, pero contraindicada en hipocinéticos y apáticos.

ria limitación, dada la escasez de laboratorios especializados que realicen el análisis de serotonina en sangre.

— Finalmente, los tratamientos psicofarmacológicos son insuficientes como instrumento terapéutico único, siendo su aplicación combinada y revisada interdisciplinariamente la mejor opción.

TRATAMIENTOS CONDUCTUALES

Sin lugar a dudas, las terapias de conducta son los procedimientos con mayores tasas de éxito en el tratamiento del autismo infantil.

Existen numerosos trabajos que demuestran la eficacia de estas téc-



— El uso del haloperidol es positivo, sobre todo si se asocia a técnicas de modificación de conducta.

— Existen otros fármacos con posibilidades de tratamiento coadyuvante del autismo, como difenidramina, la triyodotironina (t3), molidona o piperadina, pero sus efectos no están claramente especificados conductualmente.

— Por otro lado, el empleo de fenotiacinas y anfetaminas es poco recomendable o contraindicado.

— Probablemente, una de las aportaciones farmacológicas más estudiadas sean las derivadas del tratamiento de las alteraciones metabólicas de la serotonina, E. R. Ritvo, en nuestro país (1983), expuso los positivos resultados obtenidos con un subgrupo de autistas hiperserotonémicos a los que se les administró fenfluramina.

En España se están iniciando estos tratamientos a base de fenfluramina (Ponderal) durante largos periodos, encontrándose con una se-

nicas en cada una de las áreas deficitarias del autismo; así, para la adquisición de respuestas verbales y de imitación, las aportaciones de Carr, Schreiberman y Lovaas (1975) proporcionan datos y estrategias de probada validez, aunque, lógicamente, no exentas de dificultades y limitaciones en su aplicación y generalización. La ruptura del aislamiento mediante entrenamiento en hábitos sociales, de interacción y de juego, han sido estudiados por Foxx y Azrin (1973), Koegel et al. (1974).

Las aportaciones al tratamiento de conductas autolesivas y autoestimuladoras han sido igualmente fructíferas y positivas (Garr y Lovaas, 1982; Anderson et al., 1975; Jones et al. 1974; Solnick et al., 1977, Fawell et al. 1982, Johnson et al. 1982, Abellan, Sales, Segarra, 1985).

Un apartado especial de las terapias de conducta ha sido la formación de padres y profesores como terapeutas, con probada eficacia.

(Risley, 1968; Schreibman y Koegel, 1975; Marcus et al. 1978; Koegel et al. 1977; Strain et al., 1979; Schopler et al. 1980).

Los datos anteriores, aunque positivos, resultan insuficientes y limitados para un tratamiento globalizado del autismo, sobre todo en pacientes con bajo nivel cognitivo. No obstante, en estos momentos son la mejor forma de aproximación terapéutica.

TRATAMIENTOS PSICODINAMICOS

Desgraciadamente, los trabajos de orientación psicodinámica han sido poco afortunados a nivel de hipótesis etiológicas, y con pocos resultados científicamente transmisibles en el área de tratamiento. Si bien es cierto que al menos en las primeras etapas de tratamiento y con niños pequeños o muy deteriorados, un acercamiento relacional tónico afectivo de maternaje terapéutico puede ser de extraordinaria ayuda, lo que no podemos excusar es la falta de rigor en las descripciones terapéuticas, la imposibilidad de contrastación de resultados por diferentes terapeutas.

TRATAMIENTOS PSICOPEDAGOGICOS

La psicopedagogía, aparte de utilizar las técnicas y aportes de las diferentes ciencias de la educación, permite el diseño de programas estructurados de aprendizaje, adecuando los contenidos curriculares a las posibilidades del niño y permitiendo un control y seguimiento de los avances obtenidos.

OTROS APORTES.

Únicamente me limitaré a enumerar algunas técnicas y procedimientos que, por su carácter, tienen una entidad propia en el tratamiento del autismo.

Las técnicas alternativas de comunicación no vocal. Sistemas de gestos, Método BLISS, etcétera, aplicadas a autistas sin lenguaje oral.

Las técnicas de reeducación psicomotriz, tanto en su vertiente convencional de ejercicios pautados, como en las nuevas orientaciones relacionales.

Y las técnicas de terapia familiar sistémica, donde existen serios intentos de globalización terapéutica y contextualización de las intervenciones en la ecología familiar y sistemas sociales de referencia. (Abellán, J.R., 1985). Lamentablemente, ésta es un área muy poco estudiada en nuestro campo y de la cual cabe es-

perar importantes investigaciones de clínica aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABELLÁN, J.R.: «Terapia Familiar Sistémica y sus aportaciones al tratamiento conductual de las psicosis infantiles». *Actas de las VI Jorna-*



das Nacionales de Terapia Familiar. Valencia, nov. 1985 (sin publicar).

ABELLÁN, J.R., SALES, H., SEGARRA M.: «Autoagresiones: un reto terapéutico en el autismo y las psicosis infantiles». *Actas del III Congreso Nacional de Autismo.* Madrid, 1985 (en prensa).

ANDERSON, L.T., HERRMANN, L., ALPERT, M., DANCIS, J.: «Elimination of self-mutilation in Lesch-Nyhan Disease (Abstract)». *Pediatric research*, 1975, 9, 257.

AZRIN, N.: «The elimination of autistic self-stimulatory behavior by over-correction». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1973, 6, 1-14.

CARR, E.G.: «Control of echolalic speech in psychotic children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1975, 3, 331-351.

JOHNSON, W.L., BAUMEISTER, A.A.; PENLAND, M.J., INWALD, C.: «Experimental analysis of self-injurious, stereotypic, and», y

JONES, F.H., SIMMONS, J.Q., FRANKEL, F.: «An extinction procedure for eliminating self-destructive behavior in a nice year-old autistic girl». *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1974, 4, 241-250.

KOEGEL, R.L.: «Autism: a defeatable horror. How parents can treat their troubled children». *Autism Review*, 1975, 7-11.

«A behavior modification approach to the treatment of autistic children». *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1974, 4, 111-129.

«Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with artistic children». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1977, 10, 197-205.

MARCUS, L.M.: «Improvement of teaching effectiveness in parents of autistic children». *American Academy of Child Psychiatry*, 1978, 625-634.

RISLEY, T.R.: «The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child». *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 1968, 1, 21-34.

SCHOPLER, E.: *Improvement of teaching effectiveness in parents of autistic children.*

Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children, vol. II. University Park Press, Baltimore, 1980.

SOLNICK, J.V.; RINCOVER, A., PETERSON, C.R.: «Some determinants of the reinforcing and punishing effects of timeout». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1977, 10, 415-424.