

UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA EL AUTISMO

Gerardo E. Fonseca Retana

INTRODUCCION

A finales de la Revolución Francesa, el Dr. Jean Maro Gaspard Itard intentó enseñar al "niño salvaje de Aveyron" —Víctor—, quien había sido abandonado en el bosque a temprana edad, destrezas básicas de supervivencia.

La descripción que en aquella época se hacía de la conducta de Víctor guarda gran semejanza con un síndrome que, en 1943, el Dr. Leo Kanner empieza a describir y que hoy día se conoce como AUTISMO.

La descripción que Kanner hacía de los niños, reflejaba conductas totalmente extrañas y que causaban estupor tanto a padres como a profesionales. No se encontraba explicación para tales conductas bizarras, en niños cuyo nacimiento había sido dentro de límites normales y que en muchos casos, habían tenido un desarrollo normal durante el primer año de vida, aparte de que un buen número de casos se mostraron "excepcionales" pues, por ejemplo, eran capaces de aprender números, nombres, versos y otras actividades poco comunes en niños tan pequeños. Pero generalmente antes del tercer año de vida dejaban de realizar esas conductas o las realizaban de una manera estereotipada y repetitiva lo que confundía a quienes se relacionaban con ellos.

Actualmente, la descripción dada por Kanner (1943) ha sufrido pocas variaciones; especialmente se han visto cambios en cuanto al origen del síndrome y también sobre la prognosis. Lo anterior por cuanto las técnicas de intervención han mejorado notablemente, tanto desde el aspecto conductual como orgánico (Lovaas, 1981; Ritvo y Freeman, 1984).

Es de destacar que en los últimos años la investigación sobre el origen del autismo se ha orientado hacia la presencia de desórdenes metabólicos y su impacto sobre la neurotransmisión (Iwasa, 1984; Campbell, M.; Anderson, L.; Deutch y Green, W. H., 1984).

Los nuevos descubrimientos están promoviendo una asombrosa recuperación de las personas autistas.

El presente artículo tiene como objetivos primordiales: a) brindar información sobre las características conductuales de los autistas y b) mostrar algunos de los resultados obtenidos por medio del uso de un programa estructurado de intervención que combina el uso de técnicas de intervención conductual con el control dietético y la ingesta de complementos alimenticios esenciales.

DEFINICIONES

La Asociación Americana para Niños Autistas define el autismo de la siguiente manera:

"El autismo es un trastorno irreversible que inhabilita el normal desarrollo intelectual y emocional de la persona y que generalmente se manifiesta en los primeros tres años de vida" (NASC, 1980, p. 2).

A su vez, La Asociación Psiquiátrica Estadounidense considera que:

"La sintomatología primordial consiste en una falta de respuesta ante los demás (autismo), deterioro importante en las habilidades de comunicación y respuestas raras o extrañas a diferentes aspectos del medio ambiente, todo ello desarrollado en los primeros 30 meses de vida" (APA, DSM III, 1980).

Las características conductuales más sobresalientes en las personas autistas son las siguientes (DSM III, 1980; Newsom y Rincover, 1981; NSAC, 1982; Kauffman, 1981):

1. Falta de respuesta e interés hacia la gente, manifestado por:

- a. Incapacidad para iniciar o aceptar contacto físico, por ejemplo, abrazar.
- b. Falta o fuga de contacto visual (ojo-ojo).
- c. Falta o muy limitada respuesta facial.

d. Indiferencia o aversión al afecto y al contacto físico.

2. Deterioro en la comunicación, incluyendo tanto habilidades verbales como no verbales, en aspectos como:

- a. Ausencia o limitación del uso del lenguaje.
- b. Estructura gramatical inmadura, con o sin ecolalia (demorada o inmediata); inversión de pronombres ("tú" en vez "yo"); afasia nominal (dificultad para nombrar los objetos); dificultad para usar términos abstractos; lenguaje metafórico (expresiones de uso idiosincrático y cuyo significado no es claro); entonación anormal en el lenguaje.

3. Respuestas extrañas o inadecuadas al ambiente, que se manifiestan por:

- a. Resistencia, y en algunos casos reacciones desproporcionadas, ante pequeños cambios ambientales; por ejemplo, cambio de posición de la cama.
- b. Vinculación exagerada con objetos inanimados.
- c. Comportamientos rituales como: dar palmadas, realizar movimientos peculiares y repetidos con las manos, cabeza o cuerpo.
- d. Serie de secuencias fijas como preámbulo para realizar determinadas conductas, por ejemplo: tocar varios objetos antes de tomar uno específico.
- e. Fijación de la mirada en objetos o al "vacío"; se da con mayor frecuencia ante objetos giratorios.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

1. Estado de ánimo generalmente lábil, caracterizado por: llanto inexplicable o inconsolable, risa tonta o sin causa aparente
2. Frecuente sobre o infrarreactividad a los estímulos sensoriales (calor, luz, dolor o sonido).
3. Ausencia de reacción ante peligros reales.
4. Con frecuencia presentan hábitos como arrancarse el cabello, morderse o golpearse diferentes partes del cuerpo; por ejemplo: la barbilla, manos, brazos.
5. Balanceo o movimientos rítmicos del cuerpo.
6. En cuanto a cociente intelectual se encuentra que alrededor de 40% de ellos presentan CI menores a 50; un 30% CI mayores a 70. Se encuentra

una variabilidad extrema en su capacidad intelectual; con marcado déficit en tareas que requieran pensamiento simbólico o abstracto y secuencias lógicas.

En tareas que requieran habilidades manipulativas o espacio-visuales o memoria inmediata tienen una ejecución apropiada.

EDAD DE INICIO

Dos criterios básicos en cuanto a la edad en que se manifiestan síntomas claros de autismo, son los que utilizan la Sociedad Estadounidense para Niños Autistas (NSAC) y la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA), las cuales consideran que los síntomas se presentan entre los 30 y los 36 meses de edad, este criterio es muy importante para realizar diagnósticos diferenciales. Cabe señalar que hay dos períodos básicos de inicio: temprana (a los pocos meses de nacido) y tardía (después de los 24 meses de edad).

CURSO

El autismo se considera como un trastorno crónico; por lo general *uno* de cada *seis* niños logra una adaptación social adecuada, con capacidad para realizar algún tipo de trabajo en forma regular en la vida adulta (DSM III, 1980).

Uno de cada seis individuos logrará una mediana adaptación a su ambiente.

Dos tercios del total permanecerán con un déficit importante e incapacidad para llevar una vida independiente, por lo que se requerirán servicios asistenciales en la comunidad.

DETERIORO

El autismo es considerado como uno de los trastornos más incapacitantes, que la mayoría de las veces requiere de educación especial.

COMPLICACIONES

La mayor complicación que se presenta es el desarrollo de crisis epilépticas secundarias a un trastorno somático subyacente.

Alrededor de un 25% o más presentan crisis convulsivas durante la adolescencia o en la etapa inicial de la vida adulta.

PREVALENCIA

El síndrome del autismo se presenta de 4 a 15 casos por cada 10.000 nacimientos (NSAC, 1980; APA, 1980), y se ha encontrado que la proporción de niños es mayor que la de niñas, en una relación de 4 a 1.

FACTORES PREDISPONENTES

La rubeola materna se ha considerado como uno de los factores predisponentes para la presentación del síndrome del autismo, especialmente si va asociada con sordera o ceguera infantil; otros factores asociados son la fenilcetonuria, encefalitis y esclerosis tuberosa.

CAUSAS

A pesar del avance científico logrado en nuestra época, en la mayoría de los casos las causas son desconocidas. Ningún factor conocido en el ambiente psicológico del niño ha demostrado ser la causa del autismo. Cabe apuntar que la investigación realizada en los últimos años, se ha orientado hacia la búsqueda de factores metabólicos que expliquen el autismo (Iwasa, 1984; Retvo y Freeman, 1984).

TRATAMIENTO

Diferentes procedimientos han sido utilizados; dentro de ellos, el que más se ha destacado por los resultados, es el análisis aplicado de la conducta (NSAC, 1980).

En Japón, la Dra. Iwasa (1984) ha logrado impresionantes resultados utilizando una dieta rica en vitaminas, minerales, lecitina y polen de naranja.

DATOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN COSTA RICA

El programa comprende cuatro áreas de trabajo:

1. Uso de la dieta K-P (Feingold, 1975), que involucra:
 - a. Eliminación de colorantes, saborizantes, edulcorantes artificiales y preservantes artificiales.
 - b. Eliminación de salicatos naturales y artificiales.

2. Entrenamiento a padres en el uso de técnicas de terapia de conducta para el aumento, disminución y mantenimiento de conducta (Harria, 1986).
3. Entrenamiento al niño, adolescente y adulto en:
 - a. Conductas básicas.
 - b. Conductas medias.
 - c. Conductas avanzadas.

4. Reforzamiento de la dieta diaria con la utilización de polen, lecitina y determinadas vitaminas del complejo B.

Este programa se inició en 1985 y actualmente se mantiene.

SUJETOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

1. Siete sujetos autistas: 6 varones y 1 niña.
2. Edades: menor: 3 años mayor: 24 años
3. Cuatro niños ecolálicos; uno mutista, dos con lenguaje apropiado; cuatro con conductas autoagresivas; dos sin control de esfínteres; siete con conductas autoestimulatorias y rituales obsesivo-compulsivas.
4. Cuatro con ingesta de medicamentos psicotrópicos.
5. Dos de ellos asisten regularmente a una escuela de Educación Especial.

RESULTADOS PRELIMINARES

AREAS

1. *Autoagresión*: disminución de conducta autoagresiva en un porcentaje promedio de 84,92%, con un límite inferior de 76,4% y superior del 100%.
2. *Autoestimulación*: disminución promedio de conductas autoestimulatorias durante sesiones de terapia de 87,56%. No se tiene el dato confiable de frecuencia de presentación en situaciones no controladas.
3. *Lenguaje*: aumentos en: a) Frecuencia de emisión de sonidos y palabras con un sentido práctico de comunicación (70%). b) Aumento de vocabulario (72%). c) Aumento en calidad de comunicación, manifestada a través de: disminución de emisiones ecolálicas, disminución de emisiones orales perseverantes; construcción de cadenas más complejas de lenguaje —uso apropiado de estructuras gramaticales; uso de pronombres y otras— (80%).
4. *Conducta social*: aumento de cantidad de

PREVALENCIA

El síndrome del autismo se presenta de 4 a 15 casos por cada 10.000 nacimientos (NSAC, 1980; APA, 1980), y se ha encontrado que la proporción de niños es mayor que la de niñas, en una relación de 4 a 1.

FACTORES PREDISPONENTES

La rubeola materna se ha considerado como uno de los factores predisponentes para la presentación del síndrome del autismo, especialmente si va asociada con sordera o ceguera infantil; otros factores asociados son la fenilcetonuria, encefalitis y esclerosis tuberosa.

CAUSAS

A pesar del avance científico logrado en nuestra época, en la mayoría de los casos las causas son desconocidas. Ningún factor conocido en el ambiente psicológico del niño ha demostrado ser la causa del autismo. Cabe apuntar que la investigación realizada en los últimos años, se ha orientado hacia la búsqueda de factores metabólicos que expliquen el autismo (Iwasa, 1984; Retvo y Freeman, 1984).

TRATAMIENTO

Diferentes procedimientos han sido utilizados; dentro de ellos, el que más se ha destacado por los resultados, es el análisis aplicado de la conducta (NSAC, 1980).

En Japón, la Dra. Iwasa (1984) ha logrado impresionantes resultados utilizando una dieta rica en vitaminas, minerales, lecitina y polen de naranja.

DATOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN COSTA RICA

El programa comprende cuatro áreas de trabajo:

1. Uso de la dieta K-P (Feingold, 1975), que involucra:
 - a. Eliminación de colorantes, saborizantes, edulcorantes artificiales y preservantes artificiales.
 - b. Eliminación de salicatos naturales y artificiales.

2. Entrenamiento a padres en el uso de técnicas de terapia de conducta para el aumento, disminución y mantenimiento de conducta (Harria, 1986).
3. Entrenamiento al niño, adolescente y adulto en:
 - a. Conductas básicas.
 - b. Conductas medias.
 - c. Conductas avanzadas.

4. Reforzamiento de la dieta diaria con la utilización de polen, lecitina y determinadas vitaminas del complejo B.

Este programa se inició en 1985 y actualmente se mantiene.

SUJETOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

1. Siete sujetos autistas: 6 varones y 1 niña.
2. Edades: menor: 3 años mayor: 24 años
3. Cuatro niños ecolálicos; uno mutista, dos con lenguaje apropiado; cuatro con conductas autoagresivas; dos sin control de esfínteres; siete con conductas autoestimuladoras y rituales obsesivo-compulsivas.
4. Cuatro con ingesta de medicamentos psicotrópicos.
5. Dos de ellos asisten regularmente a una escuela de Educación Especial.

RESULTADOS PRELIMINARES

AREAS

1. *Autoagresión*: disminución de conducta autoagresiva en un porcentaje promedio de 84,92%, con un límite inferior de 76,4% y superior del 100%.
2. *Autoestimulación*: disminución promedio de conductas autoestimuladoras durante sesiones de terapia de 87,56%. No se tiene el dato confiable de frecuencia de presentación en situaciones no controladas.
3. *Lenguaje*: aumentos en: a) Frecuencia de emisión de sonidos y palabras con un sentido práctico de comunicación (70%). b) Aumento de vocabulario (72%). c) Aumento en *calidad* de comunicación, manifestada a través de: disminución de emisiones ecolálicas, disminución de emisiones orales perseverantes; construcción de cadenas más complejas de lenguaje —uso apropiado de estructuras gramaticales; uso de pronombres y otras— (80%).
4. *Conducta social*: aumento de cantidad de

contactos sociales en el nivel: a) familiar; b) extra-familiar (94,7%).

5. *Participación en actividades rutinarias de:* a) el hogar (tender la cama, recoger utensilios propios y de otros) (95%); b) la escuela o ambiente de trabajo terapéutico (recoger materiales, ordenar los materiales y otros) (94,75%).

6. *Conductas de autocuidado* (lavarse los dientes, vestirse, alimentarse solo, y otras); aumentos superiores al 80%.

CONCLUSION

Los datos obtenidos con el procedimiento utilizado muestran resultados, muy halagüeños a la fecha, y plantean la necesidad de continuar con él y de ampliar su utilización en otros ambientes para fortalecer o modificar lo que sea necesario, de tal manera que las personas que presentan este síndrome sean tratadas de la mejor manera posible, y se logre que sus posibilidades de integración personal-social sean más amplias y justas.

También es necesario aumentar la muestra e involucrar a otros colegas y profesionales vinculados con el tratamiento de este síndrome.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: DMS, 1980.
- Campbell, M.; Anderson, L.T.; Deutsch, S.I. y Green, W.H. Psychopharmacological Treatment of Children with the Syndrome of Autism. *Pediatric Annals*, 1984, 13 (4): 309-316.
- Feingold, B. *Why your child is hiperactive*. New York: Random House, 1975.
- Foxx, R.M. *Decreasing Behaviors of Severely Retarded and Autistic Persons. Increasing Behaviors of Severely Retarded and Autistic Persons* Illinois: Research Press, 1982.
- Harris, S.L. Families of Children with Autism: Issues for the Behavior Therapist; en *The Behavior Therapist*. Association for Advancement of Behavior Therapy. Vol. 9; No. 9, 1986.
- Iwasa, K. Comunicaciones personales, 1984-1985, Tokyo, Japón.
- Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943; 2: 217-250.
- Kauffman, J.M. *Characteristics of Children's Behavior Disorders*. Second Edition. Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company, 1981.
- Loovas, O.I. *Teaching Developmentally Disabled Children*. Baltimore: University Park Press, 1981.
- National Society for Autistic Children. "How they grow: a Handbook for Parents of Young Children with Autism". Washington: The National Society for Autistic Children, 1980.
- Newsom y Rincover Autism. En Mash, E. y Terdal, L.G. (Eds) *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. New York: The Guilford Press, 1981.