



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

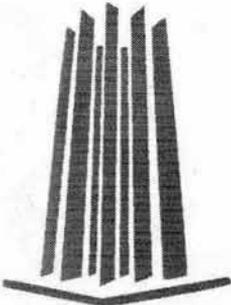
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGON

PROPUESTA PSICOPEDAGOGICA PARA FAVORECER LA
INTERACCION SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A :
DOMINGUEZ BOER ESTHER PAOLA

ASESOR: LIC. YOLANDA NAVARRETE CAMACHO



SAN JUAN DE ARAGON EDO. DE MEXICO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MIS PADRES:

ABELARDO DOMÍNGUEZ GARCÍA.
MARGARITA BOER DE DOMÍNGUEZ.

Con gratitud y amor.

Porque su paciencia, comprensión, apoyo
y cariño me permitieron lograr esta meta.

A MIS HERMANOS:

SELENE DOMÍNGUEZ BOER.
JORGE ABELARDO DOMÍNGUEZ BOER.

Por encontrarse en el momento justo, en el lugar
apropiado siempre que los necesite.

A MI ASESORA DE TESIS:

LIC. YOLANDA NAVARRETE CAMACHO.

Por ser mi amiga incondicional.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ARAGÓN.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I ¿QUÉ EL AUTISMO?	4
1.1 Concepto de autismo	5
1.2 Historia del autismo	7
1.3 Etiología del autismo	18
1.4 Características del autismo	35
1.5 Clasificación del autismo	48
CAPÍTULO II ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES DEL AUTISMO	56
2.1 Aspectos biológicos	57
2.2 Aspectos psicológicos	60
2.3 Aspectos sociales	63
2.3.1 La interacción social del niño autista y su percepción	82
CAPÍTULO III EL AUTISMO EN MÉXICO	86
3.1 El autismo desde la perspectiva de los profesionales	87
3.2 El autismo desde la perspectiva de los padres de familia	99
3.2.1 La madre ante su hijo autista	113
3.2.2 El padre ante su hijo autista	114
3.3 El autismo en México y la interacción social	117

CAPÍTULO IV PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA	120
4.1 Fundamentación teórica	121
4.2 Propuesta psicopedagógica	139
CONCLUSIONES	153
BIBLIOGRAFÍA	156

INTRODUCCIÓN.

Durante muchos años el autismo ha sido un enigma para los profesionales que se han interesado en este síndrome debido a su etiología multicausal y a la sintomatología que puede variar entre un paciente y otro. Pese a estos obstáculos el síndrome autista cuenta con una extensa investigación por parte de los profesionales entre los que se encuentran médicos psiquiatras, psicólogos, especialistas en educación especial y pedagogos, esta exhaustiva investigación se ha concentrado en el estudio de las causas del autismo, donde se han originado diversas hipótesis, que se ejemplificarán en el presente trabajo de investigación; sin embargo las teorías que actualmente han tenido más empuje son aquellas que atribuyen el síndrome a alteraciones del Sistema Nervioso Central, y de los receptores de sensaciones aferentes, a la percepción y a las respuestas eferentes que el niño tiene hacia su medio.

Ahora bien, mi investigación se basa en la teoría que sostiene que el autismo es originado por la sobreestimulación alternada con la sobreinhibición del suministro sensorial que provoca en el niño autista una percepción alterada de su realidad y por lo tanto una reacción de forma agresiva a su medio o que no presente reacción. Esto significa que el niño en ocasiones recibe la información sensorial que es alterada o desorganizada en algún nivel de su proceso perceptual, por lo tanto la información llega al cerebro del niño de forma distorsionada o no llegue.

Así pues el niño autista presenta problemas perceptuales, que producen dificultades para interactuar con otros, así como para utilizar un lenguaje comunicativo que le permita relacionarse con las personas y las situaciones desde el comienzo de la vida.

Por lo que en la presente investigación se construirá una propuesta psicopedagógica que disminuya o elimine los problemas perceptuales, aunada de

forma integral a todo el conjunto de terapias farmacológicas, nutricionales, psicológicas, de lenguaje, etc. Para que el niño logre establecer un concepto perdurable de sí mismo y su ambiente al desarrollar los sentidos dentro de un equilibrio.

Esta propuesta psicopedagógica, que favorezca la interacción social del niño autista, estará basada en una etiología perceptual, sustentada en la teoría psicológica de la Gestalt, la cual estudia a la percepción como un proceso que reestructura los datos sensoriales obtenidos del medio ambiente, configurándolos en una forma o gestalt que se destruye cuando se intenta analizar por partes. Esta destrucción de la forma es lo que ocurre con el niño autista, ya que no todas las sensaciones que produce un estímulo son capturadas por los receptores emocionales o codificadas por el Sistema Nervioso Central, lo que provoca en el niño autista una visión alterada de su entorno. Cabe mencionar que el término visión no se restringe al sistema sensorial visual, sino al proceso cognoscitivo de extracción de información del medio ambiente.

Esta investigación nace de la necesidad de abrir un mayor campo de trabajo para el pedagogo en la educación especial, puesto que considero que hace falta una atención psicopedagógica que contribuya, de forma integral con los tratamientos anteriores a la disminución de la alteración perceptual del niño autista y que por consiguiente mejore la interacción social del niño.

Por ello el presente trabajo aborda dentro de su primer capítulo la definición del autismo y sus características desde una perspectiva gestaltista perceptual, sin olvidar que también se retomaron elementos de la teoría psicogenética de Piaget; también se analizan su historia y la jerarquización del síndrome según, en primera instancia, los antecedentes psicoanalíticos y actualmente según el nivel de profundidad del autismo.

En segundo capítulo se concebirá al niño como un agente bio-psico-social y describiré como afecta el autismo a cada esfera (biológica, psicológica y social). Será en el área social donde se hará mayor énfasis en el efecto que produce la percepción a la interacción social del niño.

El capítulo tres abordará la concepción del autismo que se maneja en México, tanto como de parte de los profesionales como de los padres de familia.

Finalmente, con todo el panorama que se abrió en los capítulos anteriores se realizará la propuesta psicopedagógica que favorezca la interacción social del niño autista fundamentada teóricamente por las teorías gestaltista y psicogenética.

CAPÍTULO I
¿QUÉ ES EL AUTISMO?

CAPÍTULO I ¿QUÉ ES EL AUTISMO?

El síndrome autista ha despertado la curiosidad de infinidad de especialistas de diferentes áreas, incluyendo el campo de la pedagogía, puesto que es desconcertante la conducta del niño y la falta aparente de un vínculo entre él y su alrededor.

Como pedagoga he tenido contacto con investigaciones acerca del autismo y ha surgido en mí una fascinación por este extraño síndrome que ha sido muy poco difundido entre la población en general. Considero necesario el conocer más a fondo todo lo relacionado con el autismo por lo que en el presente capítulo he tratado de retomar los puntos más relevantes del autismo, como son: su concepto, historia del término, etiología, etc. , esperando dar una visión más amplia de lo que es el autismo y los alcances que tiene.

1.1 CONCEPTO DE AUTISMO.

En esta investigación definiré el autismo como "un síndrome de la niñez que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio"¹, entendiéndolo como un conjunto de síntomas o características que se presentan de forma más o menos uniforme en todos los casos. El inicio de este síndrome se presenta normalmente en la infancia, y algunas veces desde el nacimiento, pero se hace evidente con certeza durante los primeros tres años de la vida, es decir, el niño nace con este síndrome, el cual se puede desencadenar en cualquier momento de la vida del niño ya sea desde que nace o hasta la edad de tres años. Un niño con estas características no se relaciona con las personas que se hallan a su alrededor y prefiere, en cambio, jugar de manera repetitiva con

¹ PALUZNY, M., "Autismo: guía práctica para padres y profesionales", p. 15.

un objeto, un juguete o con su propio cuerpo. El lenguaje, si lo hay, sufre desajustes severos. El niño está consciente de su medio, a tal grado que si se interfiere con el juego ritual del niño, o si los objetos conocidos a su alrededor se cambian de lugar, él se molesta y hace berrinches.

El niño es de apariencia normal en el momento del nacimiento, es a veces despierto y de gran vitalidad, otras veces es apático y llorón. Solamente entre el cuarto y octavo mes se observa la ausencia de movimientos anticipatorios al ser cogidos en brazos, es decir, el niño no responde alzando los brazos hacia la persona que lo va a cargar, ni siquiera lo mira, no se aproxima al cuerpo para adaptarse a la persona que lo sostiene. Por otra parte se manifiestan "hábitos motores importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás; progresivamente se encierra cada vez más en juegos ritualizados"². A partir de este momento, los padres comienzan a inquietarse por la conducta de su hijo, de su falta de reacciones a los acontecimientos que se producen a su alrededor, de su falta de valoración social hacia el mundo que lo rodea.

El área evolutiva que está afectada principalmente es la percepción del medio ambiente, es decir que el autismo es un síndrome originado por "una perturbación de la percepción. Ésto implica sobreexcitación alternada con sobreinhibición del suministro sensorial, predominio poco común de algunos receptores sensoriales sobre otros y dificultad para interpretar las sensaciones internas. Debido a estos problemas perceptuales, el niño no es capaz de establecer un concepto perdurable de sí mismo y de su ambiente, y dado este problema de la integración del suministro perceptual, no puede aprender a interactuar con otros o emplear un lenguaje comunicativo, es decir el niño presenta una incapacidad para relacionarse con las personas y las situaciones desde el comienzo de la vida"³.

² AJURIAGUERRA, J., "Manual de Psiquiatría infantil", p.678.

³ PALUZNY, M., op. cit., p. 81.

Por lo tanto, dada esta definición, es necesario comprender que la problemática del niño autista debe ser tratada desde la perspectiva de minimizar los trastornos perceptuales, puesto que éstos son los que producen las dificultades del niño para interactuar con otros individuos, es decir provocan la deficiencia que tiene el autista para incorporarse en su medio social. Esta problemática es el punto central de la presente investigación, cabe mencionar que la propuesta de este trabajo estará fundamentada en la Psicología de la Gestalt, la cual trabaja a la percepción de los seres humanos como un todo y no como la suma de los datos sensoriales que conforman un estímulo.

Para comprender mejor el concepto de autismo es necesario hablar de cómo se originó dicho concepto y de la historia de la ardua investigación que se dio para llegar a catalogar el autismo como un síndrome.

1.2 HISTORIA DEL AUTISMO

El autismo cuenta con un extenso pasado, si bien su historia es por demás corta. En el siglo XVIII los textos médicos describían casos de niños que no hablaban, que manifestaban un distanciamiento extremado y que poseían habilidades memorísticas fuera de lo común. Pero no fue hasta 1943 que esa condición recibió un nombre. En ese año, el doctor Leo Kanner, psicólogo infantil en la escuela de medicina de la Universidad Johns Hopkins, describió las características en común, de las cuales la más notable era su extremo aislamiento del contacto humano, mismo que se iniciaba prematuramente durante el primer año de vida. Era tal la convicción de Kanner en cuanto a que el autismo se hallaba presente desde el nacimiento, o apenas un poco después, por lo tanto adoptó el término de autismo infantil precoz. Todavía hay algunos especialistas que emplean los términos "autismo infantil" y "autismo infantil precoz".

Para designar con ese nombre a dicha condición, Kanner en 1943 le tomó prestado el término autismo a Eugen Bleuler, psicólogo suizo que había acuñado el término en 1911 "con este término el autor describió una alteración del pensamiento, específica de los pacientes psicóticos, consistente en referir a sí mismo cualquier acontecimiento que sucediese"⁴. Ese préstamo terminológico resultó ser una desafortunada elección de muy diversas maneras. En sus escritos, Bleuler empleaba el término "autismo" para designar el alejamiento activo de sus pacientes esquizofrénicos adultos que "elegían" actuar así para confinarse en la fantasía, apartados de la interacción social. Desde la década de los cuarenta hasta la de los sesenta, muchos especialistas llegaron a suponer que el niño autista decidía apartarse conscientemente de un mundo humano hostil y poco estimulante y que adolecía de un trastorno similar a la esquizofrenia. Sin embargo, como se señaló anteriormente, el autismo es un síndrome que afecta al niño a partir de la percepción de su medio ambiente por lo que las respuestas del niño hacia el medio se ven afectadas.

Después de describir detalladamente los casos de 11 niños, Kanner comentaba sus características comunes especiales que se referían principalmente a tres aspectos:

1. Las relaciones sociales. Para Kanner, el rasgo fundamental del síndrome de autismo era "la incapacidad para relacionarse con los demás desde el comienzo de sus vidas"⁵, sobre la que hacía la siguiente reflexión: desde el principio hay una extrema soledad autista, algo que en lo posible desestima, ignora o impide la entrada de todo lo que le llega al niño desde fuera. El contacto físico directo, o aquellos movimientos o ruidos que amenazan con romper la soledad, se tratan como si no estuvieran ahí o, si no basta con eso, se sienten dolorosamente como una penosa interferencia. Como se puede observar Kanner ya vislumbraba problemas

⁴ POLAINO A., "Introducción al estudio científico del autismo infantil" p.1.

⁵ ROBERTS, B., "Qué es el autismo y las teorías acerca de sus causas", en Revista Psicología, Nú. 49, p. 2.

en la percepción del niño autista, sin embargo no los mencionaba como tales.

2. La comunicación y el lenguaje. Kanner destacaba también un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas, a las que dedicó un artículo monográfico en 1946 titulado "Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil precoz". Tanto en este artículo como en el de 1943 se señala la ausencia de lenguaje en algunos niños autistas, su uso extraño en los que lo poseen como si no fuera una herramienta para recibir o impartir mensajes significativos y se definen alteraciones como la ecolalia (tendencia a repetir emisiones oídas, en vez de crearlas espontáneamente), la tendencia a comprender las emisiones de forma muy literal, la inversión de pronombres personales, la falta de atención al lenguaje, la apariencia de sordera en algún momento del desarrollo y la falta de relevancia de las emisiones.
3. La "insistencia en la invarianza del ambiente". La tercera característica era la inflexibilidad, la rígida adherencia a rutinas y la insistencia en la igualdad de los niños autistas. Kanner comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y cómo la conducta del niño está gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la igualdad, que nadie excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones. Perspicazmente relacionaba esta característica con otra muy propia del autismo: la incapacidad de percibir o conceptualizar totalidades coherentes y la tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.

Pocos meses después de que Kanner publicara su influyente artículo sobre autismo, otro médico vienés, el doctor Hans Asperger, dio a conocer los casos de varios niños con "psicopatía autista", vistos y atendidos en el Departamento de Pedagogía Terapéutica (Heipadagogische Abteilung) de la Clínica Pediátrica

Universitaria de Viena. Parece claro que Asperger no conocía el artículo de Kanner y que "descubrió" el autismo con independencia. Publicó sus propias observaciones en un artículo de 1944, titulado "La psicopatía autista en la niñez". En él destacaba las mismas características principales señaladas por Kanner. El trastorno fundamental de los autistas -decía Asperger- es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación. Además Asperger señalaba las extrañas pautas expresivas y comunicativas de los autistas, las anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje (su peculiar melodía o falta de ella, su empleo muy restringido como instrumento de comunicación), la limitación, compulsividad y carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones, y la tendencia de los autistas a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio.

Además de estas semejanzas, había algunas diferencias entre el enfoque del artículo de Kanner y la perspectiva del de Asperger. Me interesa destacar ahora una de ellas: mientras que Kanner no se preocupó en 1943 de la educación, Asperger sí lo hizo. Su interés educativo debe entenderse históricamente en el contexto de la idea de *Hellpädagogik*, o pedagogía terapéutica, tal como esa idea se entendía por el equipo de la Clínica Universitaria de Viena: como una especie de síntesis entre ideas educativas y otras originarias de la biología o la medicina. Para Asperger el autismo era un trastorno de la personalidad que planteaba un reto muy complejo para la educación especial: el de cómo educar a niños que carecerían de esos requisitos motivacionales que llevan a las criaturas de nuestra especie a establecer profundas relaciones afectivas e identificarse con los miembros adultos de ella, incorporando la cultura y humanizándose a través de un proceso abonado por las emociones y los afectos intersubjetivos. Así, Asperger jugó un papel muy importante para la pedagogía al considerarla como parte del tratamiento del niño autista.

Sin embargo, los intereses educativos de Asperger no fueron dominantes en los primeros veinte años de estudio y tratamiento del autismo infantil. Ello se

debió a dos razones principales: (1) el artículo de Asperger fue prácticamente desconocido fuera de círculos restringidos de habla alemana; hasta 1991 ese artículo no se tradujo al inglés. Además, (2) en la primera época de investigación del autismo predominaron concepciones dinámicas, muy teñidas de equívocos y mitos, que no hacían fácil un enfoque educativo coherente del autismo. Merece la pena que comentemos brevemente este segundo aspecto, diferenciando tres épocas principales de estudio del autismo: la primera se extendió de 1943 a 1963, ocupando los primeros veinte años de estudio del síndrome; la segunda abarcó las dos décadas siguientes, de 1963 a 1983, la tercera se ha perfilado en los últimos diez o quince años, en que se han hecho descubrimientos muy importantes sobre el autismo y se han definido enfoques nuevos para su explicación y tratamiento.

Hoy sabemos que nada de eso es verdad. Los niños autistas no se aíslan porque se sientan rechazados sino porque padecen de "una dificultad extrema para desarrollar hábitos que sirvan al contacto interpersonal"⁶. La descripción pionera de Kanner se basaba en la observación minuciosa de once niños que padecían extrañas alteraciones, hasta entonces no incluidas en la literatura psiquiátrica vigente.

Por desgracia, muchos padres –y en particular las madres- recibieron los calificativos de fríos, egoístas y poco estimulantes; en una palabra, se les etiquetó como "padres refrigerantes" y se les hizo sentir que en buena medida ellos eran los causantes del autismo de su hijo. También prevalecía la idea de que el autismo era más común en las familias de elevado nivel socioeconómico. Casi resulta innecesario mencionar que hoy día sabemos que todo ello era falso: el autismo afecta a niños de todas clases, nacionalidades y razas.

Estas primeras creencias equivocadas sobre las causas del autismo dieron lugar a la estrategia de tratamiento que consistía en separar al niño de su familia

⁶ POLAINO, A., op. cit., p.1.

para atenderlo en una institución, a la vez que se sometía a psicoterapia a los padres. Por fortuna, han surgido nuevos criterios basados en investigaciones bien fundamentadas. En la actualidad se ha alentado la ayuda decisiva que los padres pueden prestar como parte del equipo que se ocupa del niño. A la familia se le hace ver que el mejor lugar para su hijo autista es casi siempre el seno familiar. Cuando las circunstancias no permiten esta opción y el alojamiento en una institución es lo mejor para los intereses de los involucrados, con frecuencia lo mejor es ubicar al niño autista en una comunidad, trátase de un hogar comunitario supervisado o de cualquier otra opción similar de alojamiento. Esas instituciones sirven como medio para alentar y apoyar la continua compenetración entre la familia y el niño.

Otros autores, después de Kanner, propusieron nuevos conceptos para designar el mismo síndrome: Laretta Bender en 1947 habló de "esquizofrenia infantil"; B. Rank en 1949 de "desarrollo atípico del yo"; M. Mahler en 1952 de "psicosis simbiótica"; etc. Ninguno de ellos prosperó, por lo que en la actualidad no se emplean.

Al iniciarse la década de los sesenta "dos son los síntomas principales que sirven como criterios para la inclusión o no de un sujeto en el diagnóstico del autismo: la soledad extrema o dificultad para desarrollar conductas de interacción personal y la insistencia de estos niños en mantener rígidamente invariables los estímulos ambientales, hasta el punto de que algunas modificaciones del flujo estimular en el entorno que les es familiar, se sigue de respuestas de protesta y desadaptación"⁷.

De 1960 a 1970 se inicia un fecundo periodo de observación y decantación de la sintomatología autista. Tinbergen en 1962 enfatiza la falta de contacto ocular (sostenimiento y fijeza de la mirada) de estos niños; Lovaas en 1965 hace hincapié en el retraso intelectual, Makista en 1966 se detuvo en la investigación de la edad en la que comienzan estas alteraciones; Rutter y Lockyer en 1967 sintetizan los

síntomas del autismo en tres grandes grupos: al aislamiento y resistencia al cambio del entorno se le agregan el retraso del lenguaje, caracterizado sobre todo por: disminución de la comprensión, ecolalia e inversión pronominal; Ornitz y Ritvo en 1968 sistematizaron las alteraciones de la percepción y de la psicomotricidad autistas, determinaron que "el niño autista presenta una incapacidad para mantener la constancia de la percepción, es decir que percepciones idénticas que vienen del entorno no son experimentadas de la misma forma"⁷; Rendle - Short en 1969 reelabora los aspectos criteriosales que se deben tomar en cuenta en el diagnóstico del autismo infantil, los cuales son: elevación del umbral de sensibilidad ante las situaciones peligrosas, muecas abundantes, hiperactividad, risas estereotipadas sin conexión con la situación, dificultades para jugar con otros niños de la misma edad, irresponsividad ante estímulos familiares y gran resistencia a cualquier tarea de aprendizaje.

De 1970 a 1980 se incorporan las investigaciones neurológicas pormenorizadas y sistemáticas, se analiza la relevancia que puede tener la dimensión del desarrollo sobre la patología de esta enfermedad, se estudian las posibles relaciones entre autismo y epilepsia, se incorporan las investigaciones metabólicas, psicofarmacológicas y bioquímicas. Dentro de esta década se incorporan las técnicas neurofisiológicas y las técnicas de modificación de conducta al diagnóstico y tratamiento del autismo.

En los últimos años se han producido cambios importantes, que nos permiten definir una tercera etapa en el enfoque del autismo.

Afectan al enfoque general del cuadro de autismo las explicaciones que se dan de él, los procedimientos para tratarlo y el desarrollo de nuevos focos de interés. El cambio principal en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo.

⁷ Ibidem, p. 2

⁸ AJURIAGUERRA, op. cit. , p. 706.

Si el autismo supone una desviación cualitativa importante del desarrollo normal, hay que comprender ese desarrollo para entender en profundidad qué es el autismo. Pero, a su vez, éste nos ayuda paradójicamente a explicar mejor el desarrollo humano, porque hace patentes ciertas funciones que se producen en él, capacidades que suelen pasar desapercibidas a pesar de su enorme importancia, y que se manifiestan en el autismo precisamente por su ausencia. No es extraño entonces que el autismo se haya convertido en los últimos años en un tema central de investigación en Psicología Evolutiva y no sólo en Psicopatología. Ni que en las definiciones diagnosticas la consideración tradicional del autismo como "psicosis infantil" haya sido sustituida por su encuadre como "trastorno profundo del desarrollo".

En los procedimientos para tratar el autismo también se han producido cambios importantes.

En una caracterización muy rápida, podemos decir que la educación se ha caracterizado en los últimos años por un estilo más pragmático y natural, más integrador y menos "artificial" que en los años anteriores, más centrado en la comunicación (o interacción social) como núcleo esencial del desarrollo, más respetuoso con los recursos y capacidades de las personas autistas.

Por lo que es necesario trabajar tratamientos enfocados en el organismo del niño, donde se disminuya el mecanismo de subestimulación - superestimulación de sensaciones.

Actualmente, en nuestro país como en otros de Europa, existe un desfase importante entre los recursos asignados a los niños autistas y los dedicados a los adultos. Mientras que las administraciones educativas y los profesionales de la educación se han hecho relativamente conscientes de las necesidades específicas de los primeros, los adultos autistas no cuentan aún con los recursos mínimos para una atención adecuada. Debemos tener en cuenta que la mayoría de las

personas autistas requieren atención, supervisión y apoyo durante toda su vida. El autismo no se "cura" actualmente, aunque pueda mejorar muy significativamente, gracias al constante trabajo de la educación. En este rubro, es importante señalar, que la educación especial, en el caso de los niños autistas, está abriendo un gran campo de trabajo para el pedagogo que desee estar a la Vanguardia en cuanto a tratamientos y que a su vez pretenda comprometerse y dar propuestas para mejorar el nivel de vida del niño autista.

Pasando a otro punto, en el DSM-IV (Diagnostical Statical Manual), el trastorno autista es parte de una clase de problemas conocidos como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Y lo describe como la presencia de un marcado desarrollo anormal o deteriorado en la interacción y comunicación social y un repertorio marcadamente restringido de actividades e intereses. El trastorno autista también se conoce con otros términos, como autismo o autismo infantil temprano.

Es demasiado complicado el observar si el bebé se desarrolla normalmente o no, sin embargo se debe hablar de la sintomatología que presenta el niño autista en esta edad tan temprana, y puesto que ésta "consiste en que, desde su nacimiento el niño jamás demuestra el deseo o la capacidad típicamente normales para comunicarse haciendo uso de medios verbales o no verbales"⁹ es muy difícil de evaluar. Así que en las historias de los niños con autismo es muy común encontrar dos grupos: "aquellos que no presentan conducta normal excepto en cuanto a una capacidad común o excelente en un área (pero no en el lenguaje), y aquellos que parecen haber tenido hasta dos años de evolución normal y después desarrollan un comportamiento autista"¹⁰.

La edición más reciente del DSM enfatiza tres clases de síntomas centrales del trastorno: problemas de interacción social, que desde la perspectiva de esta

⁹ROBERTS, B., op. cit., p. 2.

¹⁰ Ibidem. p 3.

investigación, estas deficiencias son originadas por la disfunción del uso de los receptores sensoriales, problemas de comunicación, y conducta estereotipada y repetitiva. El inicio de estos síntomas debe ocurrir a los tres años de edad. Para hacer un diagnóstico el criterio del DSM establece la presencia mínima de un total de seis síntomas, de los cuales al menos uno debe de pertenecer a cada una de las tres clases de problemas. Además deben de estar presentes por lo menos dos de los síntomas de la clase de problemas de interacción social.

Los síntomas de interacción social incluyen:

1. - Falla para establecer relaciones mediante conductas no verbales apropiadas como contacto visual, expresión facial, postura corporal y gestos sociales.
2. - Desarrollo deficiente de relaciones con los otros niños.
3. - Falla para compartir intereses placenteros, actividades o logros con otros.
4. - Falla de reciprocidad social.

Los síntomas de comunicación incluyen.

5. - Desarrollo tardío del lenguaje hablado.
6. - Cuando el habla está presente, incapacidad para iniciar o mantener una conversación.
7. - Utilización del lenguaje estereotipado o repetitivo.
8. - Falta de juego imaginativo.

Problemas con juego estereotipado y repetitivo incluyen:

9. - Preocupación por uno o más patrones de conducta.
10. - Preocupación por rutinas no funcionales o rituales.
11. - Movimientos motores inapropiados.
12. - Preocupación por objetos específicos.

Estos síntomas nos dan la idea de que existen problemas perceptuales en determinado nivel del Sistema Nervioso, que dificultan que el niño autista se desenvuelva en su medio ambiente de una forma social aceptable. Por lo tanto los síntomas de la interacción social se deben tratar en primera instancia, para después continuar con un tratamiento integral que incluya, el lenguaje, la motricidad, etc. comenzando por el proceso perceptual, pues es éste elemental para desarrollar tanto la respuesta al medio ambiente (motricidad), como otros procesos cognoscitivos más complejos (lenguaje, aprendizaje, pensamiento, etc.).

La aparición de las alteraciones puede estar favorecida, pero no determinada, por cierto número de factores desencadenantes, en particular todo lo que transforme brutalmente el cuadro de la vida física, relacional y afectiva del niño: una separación, una hospitalización, una defunción, una enfermedad, etc.

El cuadro ya clásico reagrupa el autismo (aloneness), la necesidad de inmutabilidad (sameness), los estereotipados y las alteraciones de lenguaje. El autismo se caracteriza por ser un trastorno etiológicamente diverso, pero, quizá de modo más importante, no se han identificado agentes etiológicos específicos. Algunos estudios han encontrado que factores como sangrado vaginal, infección materna, uso de medicamentos durante el embarazo, poco peso de acuerdo con la edad de gestación e hiperbilirrubinemia se asocian con una gran incidencia de autismo.

Por otra parte, también se ha argumentado que el autismo es un trastorno heterogéneo que se beneficia de subtipos (Castelloe y Dawson, 1993). De hecho, se han identificado tres subgrupos de autismo con base en las diferentes cualidades de interacción social. Un subgrupo apartado de individuos rara vez inicia la interacción social excepto para satisfacer sus necesidades básicas y no responden a las proposiciones sociales no solicitadas. De modo similar, un subgrupo pasivo no inicia la interacción pero responderá a las proposiciones sociales estructuradas por otros. El subgrupo activo pero excéntrico inicia

interacción social con otros, pero lo hace de modo particular, ingenuo o en un solo sentido.

La historia del autismo nos muestra lo complejo que ha sido la comprensión de este síndrome, desde el enumerar los trastornos o síntomas que presenta, hasta el conocer las causas que originan este síndrome, y a pesar de que los investigadores aún no se han puesto de acuerdo en las causas del autismo, podemos notar que la postura que afirma a la percepción que tiene el niño autista del medio ambiente, determina la interacción social de éste, tiene gran fuerza entre los expertos, debido a que los estudios dentro de esta rama etiológica han enfatizado la certeza de esta hipótesis.

En el siguiente apartado se mencionan las causas más importantes o sobresalientes que se cree originan el autismo, sin embargo se le darán mayor peso a las causas que tratan el trastorno perceptual como propio.

1.3 ETIOLOGÍA DEL AUTISMO.

El conocer las causas del autismo se ha convertido en todo un reto para los investigadores de diversas áreas interesados en este síndrome. Es importante destacar que el tratamiento que se le dé al autista, sea psicológico, farmacológico, o en este caso psicopedagógico, estará basado en la o las teorías de las causas que producen el síndrome autista, por lo tanto, teniendo en cuenta la importancia de establecer las causas del autismo daremos un recorrido entre diferentes causas, sin embargo al finalizar el presente apartado se tratarán a profundidad las teorías que sustentarán el trabajo de investigación de esta tesis.

La investigación actual ha demostrado que la etiología del autismo está vinculada con un desajuste orgánico. Se desconoce la causa de tal desajuste, pero varias causas diferentes pueden producir el defecto fundamental del Sistema

Nervioso Central (SNC) que origina los síntomas del autismo. Por ello, se considera que las primeras investigaciones que asignaban a los padres la culpa de la etiología del autismo han perdido valor dentro de las investigaciones del autismo.

Generalmente, a una enfermedad se la define basándose en la especificación de signos y síntomas que le son característicos, además de la anomalía subyacente, la causa etiológica y los mecanismos patogénicos que dan lugar al trastorno. Sin embargo, en el autismo infantil su definición viene siendo condicionada, casi únicamente, por la existencia de esos signos y síntomas característicos que afectan, fundamentalmente, a la comunicación, el desarrollo social y los procesos cognitivos, de una manera distintiva y característica, donde no importa tanto el retraso o el déficit, sino la distorsión o desviación profunda del desarrollo, permaneciendo ocultos la etiología, la causa subyacente y los mecanismos patogénicos que conlleva este síndrome.

Hasta la fecha, se ha intentado identificar y reducir el problema a un déficit básico unitario de tipo neurofisiológico, neuropsicológico o neuropatológico, sin lograr el propósito, al comprobar que el autismo infantil es un síndrome general que puede encontrarse en una gran variedad de trastornos clínicos, sospechándose que la base orgánica subyacente sea tan sutil y compleja que no resulte fácil detectarla, al menos en el momento actual de nuestros conocimientos.

Sin embargo, en la última década, la investigación ha empezado a dar resultados, aunque todavía tímidos y necesitados de más comprobaciones, y han posibilitado la explicación de un porcentaje todavía pequeño de casos. Así, se han descrito anomalías estructurales del cerebro, modelos específicos metabólicos, alteraciones histológicas cerebrales, trastornos genéticos y bioquímicos, procesos infecciosos, etc., todos ellos sin lograr decir la última palabra, pero que ya comienzan a interrelacionarse con éxito aunque, luego, la existencia de esas mismas causas, en muchas ocasiones, no van a originar autismo infantil.

Con una intención fundamentalmente investigadora voy a exponer las diferentes causas etiológicas que fundamentarán este trabajo de investigación las cuales podrían conducir a la aparición de autismo infantil y que, a su vez, podrían explicar las diferencias en la fenomenología, la evolución o las características cognitivas en el sujeto afectado con distinta intensidad.

ANOMALÍAS GENÉTICAS

Esta hipótesis sostiene que:

Sin llegar a admitir la afirmación de Hanson y Gottesman (1976) quienes sostienen que "los factores genéticos son necesarios para el desarrollo de este trastorno", parece de gran interés prestar atención a este tipo de investigaciones, sobre todo después de los estudios realizados por Folstein y Rutter (1977 a, 1977 b), en 21 pares de gemelos del mismo sexo (11 pares monocigóticos y 10 pares dicigóticos) donde existían 25 niños con autismo infantil. En cuatro pares monocigóticos, ambos gemelos presentaban autismo infantil, mientras que entre los dicigóticos nunca aparecía el trastorno en ambos gemelos. Un par de gemelos monocigóticos era concordante para el autismo, pero marcadamente discordante para la edad de aparición, lo que resulta sorprendente.

Era muy significativo, además, que los hermanos gemelos monocigóticos no autistas presentaran frecuentes trastornos cognitivos y dificultades en la adquisición del lenguaje, mientras que entre los hermanos gemelos dicigóticos no autistas no se manifestase ese tipo de trastorno.

Esas observaciones parecen avalar la hipótesis de que el autismo posee un fundamento causal genético, aunque estos factores no sean suficiente para

explicar por sí mismos el problema y, al mismo tiempo, que la transmisión hereditaria comporta una anomalía cognitiva que puede inducir al autismo, pero que no puede limitarse exclusivamente a esta afección (Vloebergh, 1977).

Más recientemente, Ritvo y col. (1985) publican los resultados de una investigación realizada sobre 40 pares de gemelos en los que uno o los dos eran autistas, encontrando una concordancia para el autismo del 95.7 por 100 en los gemelos monocigóticos (22 de 23) y el 23.5 por 100 en los dicigóticos (4 de 17), concluyendo que, aunque el autismo infantil es un síndrome definido conductualmente que puede estar ligado genéticamente a otros trastornos cognitivos, y tener etiologías heterogéneas, queda aún por determinar qué proporción de casos están causados por genes patógenos, si es que existe alguno. No obstante, la aceptación de que estén presentes genes patógenos, plantea la tarea fascinante de determinar dónde residen en el mapa genético, qué cifras patológicas exactamente transmiten y si se puede deducir su presencia desde indicadores clínicos.

Un mes más tarde, estos mismos autores (Ritvo y col., 1985) publican los hallazgos encontrados en 46 familias con más de un hijo autista (41 con dos hijos autistas, y cinco con tres), excluyéndose en esta investigación a los gemelos univitelinos, los casos de X-frágil y los hermanos de padre o madre únicamente. En el estudio de estos 97 niños autistas, no se pudo detectar que el trastorno fuera recesivo ligado al cromosoma X, ya que, aunque justificaría el aumento de número de varones sobre el de hembras, este modelo de mecanismo genético no era demostrable en todos los casos. Igualmente, pudo descartarse un modelo de umbral poligenético o multifactorial sugerido para muchas de las malformaciones congénitas, y un modelo hereditario autosómico dominante, llegándose a la conclusión de que la hipótesis genética más segura, de acuerdo con los resultados de estas 46 familias con incidencia múltiple de autismo, es una herencia autosómica recesiva, y que el autismo infantil representaría la forma más grave de un spectrum de trastornos cognitivos determinados genéticamente.

En mi opinión este tipo de estudios, aunque difícil de plantear por la escasa prevalencia del trastorno y, más aún, en gemelos, resulta sumamente interesante, ya que, los gemelos comparten el mismo ambiente intrauterino, por lo que la concordancia puede reflejar fundamentalmente herencia genética, además de daño gestacional o infección intrauterina, menos concordante en los resultados.

Sin embargo considero que las investigaciones llevadas a cabo no son suficientes para consolidar esta hipótesis como una teoría cien por ciento confiable.

ALTERACIONES CROMOSÓMICAS

Algunos autores han publicado la existencia de distintas anomalías en el cariotipo de algunos niños autistas, pero sin la suficiente identidad y significación como para poder plantear una hipótesis razonada de este tipo de enfoque, debiendo considerárseles como hallazgos fortuitos o marginales, ya que pocos niños con anomalías cromosómicas manifiestan síntomas autísticos, aunque en opinión de Meryash y col. (1982), en los estudios cromosómicos llevados a cabo en autistas no se hayan utilizado técnicas específicas recientemente conocidas, que están planteando un indudable interés actual, como ocurre con el denominado síndrome de X-frágil.

El síndrome de X-frágil ha sido establecido como una entidad específica hereditaria de tipo recesivo, ligada al cromosoma X, asociada con retraso mental que se presenta, sobre todo, en varones aparentemente normales. La inducción de esta localización frágil del cromosoma X puede obtenerse, entre otras técnicas, por crecimiento en un medio bajo de ácido fólico, lo que ha sugerido el tratamiento de este síndrome con la administración de esta vitamina (Lejeune, 1982), aunque

su eficacia necesite comprobarse sobre poblaciones más amplias y en estudios controlados.

Por los hallazgos encontrados, su valor epidemiológico y las posibilidades terapéuticas, distintos autores sugieren que la valoración del X-frágil debería hacerse siempre en los varones autistas con las características físicas descritas y en las familias con dos o más varones autistas o con retraso mental cuando se sospeche herencia ligada al cromosoma X, lo que permitiría, independientemente de un posible tratamiento precoz con ácido fólico de los casos afectados, lograr una prevención primaria a través del consejo genético de las familias afectadas que evitaría riesgos de recurrencia, y tratarse además de un método realizable en el diagnóstico prenatal, utilizando células del líquido amniótico (Jenkins y col., 1981; Shapiro y col. 1982).

Sin embargo el autismo también se da en niñas por lo que el padecer el síndrome de la X-frágil no significa ser autista, a pesar de que se pueden padecer ambos síndromes.

TRASTORNOS INFECCIOSOS

La pregunta que frecuentemente se formula es, ¿puede una infección del sistema nervioso central, prenatal o en los primeros meses de vida, producir un síndrome de autismo?

Existen trabajos en los que se establece el virus de la rubéola como una etiología evidente en la facilitación de autismo. Una de las últimas epidemias documentadas de rubéola tuvo lugar en 1964. Se estimó que al menos 20.000 niños en los EE.UU. nacieron dañados como resultado de esa epidemia. En el Medical Center de la Universidad de New York se estableció un programa de

evaluación del defecto de nacimiento por rubéola en 243 niños estudiados, encontrándose 18 de estos pacientes con un síndrome de autismo.

Es bien conocido que una invasión vírica del sistema nervioso central puede producir psicopatología grave y compleja que, en algunos casos, podría identificarse como autismo infantil, aunque en ocasiones su presentación se advierta después de los treinta meses de edad, lo que utilizando el concepto de encefalitis vírica crónica, esta aparición tardía podría ser un ejemplo de efecto de virus lento.

En relación con estas hipótesis, Stubbs (1978), Markowitz (1983), Gillberg (1986), DeLong y col. (1981), Ritvo y col. (1985), Knoblock y Pasamanick (1975), Rutter y Bartak (1971), etc., describen casos de autismo infantil consecutivo a infecciones intrauterinas y postnatales por citomegalovirus, sífilis, herpes simple, toxoplasmosis gondii, etc., aunque su concurrencia con la sintomatología autista tiene que establecerse todavía como etiológica, advirtiéndose su presencia por pruebas diagnósticas complementarias.

Ciertos virus son persistentes (Stagno y col, 1973) y pueden continuar alterando el desarrollo, incluso después del nacimiento del niño, al igual que otras infecciones congénitas conocidas, capaces de producir daño cerebral, no sólo en el momento de la infección inicial del feto, sino también después del nacimiento (Hanshaw y col. 1976) sin causar lesiones estáticas, sino que siguen siendo activos durante el crecimiento y desarrollo del niño.

DEFICIENCIAS INMUNOLÓGICAS

En un estudio de 31 niños autistas (Warren y col., 1986) comprobaron diversas anomalías del sistema inmunológico. Los investigadores estudiaron la reacción de los linfocitos T y B de sujetos autistas y normales (dos tipos de células

sanguíneas blancas que ayudan al cuerpo a defenderse contra ataques de materias extrañas) a tres sustancias que deberían causar respuestas valorables, advirtiendo que, mientras los linfocitos de los sujetos normales respondían activamente a esta sustancia, los linfocitos de los autistas mostraban "respuestas intensamente deprimidas". El estudio también reveló que los autistas tenían reducido el número de linfocitos T.

Los investigadores ofrecen diversas teorías sobre la relación de la disfunción del sistema inmunológico con el autismo:

Las anomalías del sistema inmune pueden estar directamente relacionadas con el proceso biológico subyacente en el autismo o estos cambios pueden ser un reflejo indirecto del mecanismo patológico real. Como hemos visto, las viriasis han sido asociadas con el autismo y es posible que una predisposición genética en relación con deficiencias en la función de las células T hagan al feto más susceptible a daño por virus. Asimismo, las infecciones víricas pueden contribuir al defecto inmune por estar presentes en el feto en una etapa muy temprana de la diferenciación inmunológica.

Del 30 al 40 por 100 de la población autista tiene niveles elevados de serotonina en su sangre. Un estudio reciente sugiere que los linfocitos de los sujetos sanos expuestos in vitro a altas concentraciones de serotonina, un neurotransmisor que ayuda a la sinapsis de las neuronas y está involucrado en la regulación de los estados de ánimo y del dolor, tienen respuestas inhibidas del sistema inmunológico. Por consiguiente, los niveles elevados de serotonina plasmática de los autistas pueden suprimir la respuesta inmunológica de los linfocitos.

El autismo, en algunos casos, ha sido ligado con la disfunción del hemisferio cerebral izquierdo, y estudios recientes en ratones indican que las lesiones localizadas en el hemisferio izquierdo cerebral están asociadas con

alteración de la función de las células T, las mismas que se encontraron en los autistas, por lo que suponen que estos hallazgos aumentan la posibilidad de que las funciones de las células T alteradas en los autistas es un reflejo de una lesión cerebral.

Asimismo, ha llegado a sospecharse que el autismo infantil pueda ser un trastorno autoinmune (trastorno que ocurre cuando el organismo confunde sus propias células con sustancias extrañas y las ataca) habiéndose encontrado (Todd y Ciaranello, 1986) anticuerpos en sangre en los lugares de los receptores de la serotonina, alterando su metabolismo, lo que no se ha encontrado en ninguno de los controles estudiados.

Todos estos hallazgos que vienen descubriéndose desde hace escasamente dos años, son todavía limitados y necesitan apoyarse en investigaciones más amplias y controladas, ya que de confirmarse, al menos en algunos casos, servirían para ensayar otras medidas terapéuticas que las que actualmente vienen siendo utilizadas, además del extraordinario interés que representarían para una prevención y un diagnóstico precoz.

DESEQUILIBRIO DE LOS NEUROTRANSMISORES

Desde hace tan sólo unos años, se viene estudiando las posibles alteraciones bioquímicas responsables del autismo infantil que, todavía, se encuentran en una fase de hipótesis, dada la complejidad que suponen los estudios sobre el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales.

Es importante recordar que estos neurotransmisores pueden modificar o tergiversar la información perceptual que el niño recibe de su entorno.

Ritvo y col. (1983), aseguran que existe una hiperserotonemia en los niños autistas, pero que ella parece estar relacionada sólo con determinadas características conductuales en las que participan, además, otros sistemas relacionados, y que la disminución de las tasas sanguíneas de serotonina por tratamientos farmacológicos han dado resultados esperanzadores en la mejoría de los trastornos del comportamiento de estos niños.

Es posible que este campo de la investigación sobre neurotransmisores, todavía incipiente, sea el reto más apasionante planteado en la actualidad en el terreno de la psicología y la psiquiatría, habiéndose observado que la alteración del equilibrio dinámico de los neurotransmisores está involucrado en la producción de determinados trastornos psíquicos.

Ya no se trata sólo de conocer si tales neurotransmisores están aumentados o disminuidos, sino de conocer su regularización y su acoplamiento con anticuerpos circulantes contra sus propios receptores específicos, como se ha demostrado por Todd y Ciaranello (1984) respecto de la serotonina.

La investigación reciente no se ha detenido en la explicación posible de una anomalía de la serotonina, sino que ha revelado otros defectos en las áreas del cerebro que utilizan dopamina, otro neurotransmisor implicado en las funciones de movimiento, atención y aprendizaje. Estos defectos nos llevan a afirmar que el autismo puede estar asociado con una hiperactividad por exceso de dopamina que produce inquietud, estereotipias, autoestimulación, respuestas inadecuadas a los estímulos ambientales, etc. Por ello, algunos neurolépticos (bloqueadores de los receptores de la dopamina) reducen significativamente los síntomas conductuales y facilitan los aprendizajes.

Se está prestando atención al posible papel del sistema opiáceo endógeno en la fisiopatología del autismo, habiéndose sugerido la hipótesis de que el aislamiento de los niños autistas, las conductas autoagresivas, las actividades de

autoestimulación y otras anomalías pueden proceder de un exceso de opiáceos cerebrales (sustancias naturales, semejantes al opio, producidas en el cerebro).

Los investigadores han comenzado a estudiar la conexión entre opiáceos y autismo después de observar que muchos síntomas, incluyendo la insensibilidad al dolor, retirada social, irritabilidad, cambios de humor y conductas estereotipadas, también tienen lugar en los adictos al opio, al igual que en la descendencia de animales a los que se dan drogas opioformes durante la gestación.

Ya Panksepp (1979) afirmaba que la maduración implica la disminución de la síntesis de péptidos opiáceos endógenos a favor de otras encefalinas de acción breve y que en el autismo fracasaría ese cambio fisiológico y persistiría una situación de hiperactividad del sistema de neurotransmisión opiácea cerebral, que facilitaría la conducta observada en estos niños, como demostraban al administrar pequeñas dosis de opiáceos a animales jóvenes, creándoles una situación de rechazo de la compañía, rechazo del contacto físico, umbral doloroso más elevado, anomalías del aprendizaje, etc., afirmando que los opiáceos cerebrales juegan un papel importante en los vínculos, el afecto y la socialización.

Como puede comprenderse, este planteamiento, al igual que las demás hipótesis sobre la alteración bioquímica subyacente en el autismo infantil, precisa basarse en investigaciones más controladas y extensas, aunque el camino emprendido pueda considerarse muy prometedor, pudiendo afirmar que cada día ganan más adeptos las teorías e hipótesis de trabajo relacionadas con la alteración funcional de neurotransmisores y neuromoduladores cerebrales, sobre todo después de los numerosos estudios apoyados en el fenómeno denominado kindling.

La esencia de este fenómeno es que estimulaciones repetidas subumbrales de determinadas zonas del cerebro, cada una de ellas sin efecto clínico, pueden,

utilizadas en serie, ir acompañadas por post-descargas prolongadas en aumento, culminando eventualmente en un episodio clínico, bien una crisis epiléptica o un cambio de conducta.

Estos estudios se han planteado, principalmente, en las áreas del sistema límbico (SL) o las estructuras relacionadas con él. Se sabe que la función del SL es coordinar la percepción, el pensamiento, las emociones, la conducta, etc., y que las alteraciones bioquímicas y estructurales de estas regiones pueden conducir a trastornos de sus funciones y llegar a una situación anómala secundaria, situación que una vez que ha sido condicionada, puede inducirse de forma repetida por el mismo estímulo subumbral, incluso semanas o meses más tarde, pudiendo establecerse también un estado recurrente continuado y crónico.

Parece ser que una alteración sostenida de estas estructuras podría justificar las alteraciones de conducta del niño autista, al menos en algunos casos, aunque todavía sea precipitado poder afirmar estos planteamientos, ya que, en la actualidad, los estudios se encuentran realizándose en pacientes adultos y en modelos experimentales sobre animales.

Estos planteamientos fueron ya enunciados por Lamprecht (1973) con su propuesta de un "puente neuroquímico" entre epilepsia y esquizofrenia constituido por la alteración del control "feed-back" de las sinapsis dopaminérgicas centrales, por lo que un incremento en el número de receptores dopaminérgicos post-sinápticos ocupados por dopamina, induciría la eclosión del trastorno psicótico y la elevación del umbral convulsivo, mientras que, a la inversa, la insuficiente liberación del control "feed-back" ocasionaría una reducción en el número de receptores dopaminérgicos post-sinápticos con dopamina, determinando un descenso del umbral convulsivo y la producción de manifestaciones críticas epilépticas con preferencia a las psicóticas, lo que podría enlazarse con la incidencia progresiva de la epilepsia en el autista adolescente.

Esta hipótesis de la etiología del autismo infantil reconoce la existencia de un sustrato bioquímico alterado y rendimiento neuronal anómalo específico de determinadas áreas cerebrales. Por lo que esta hipótesis será considerada como parte del conjunto de supuestos en los que se basa esta investigación.

Si bien es cierto que un pedagogo no puede fungir como psiquiatra y recetar medicamento, es importante el establecer que existen ciertas actividades dentro de un tratamiento psicopedagógico que estimulan el funcionamiento correcto de los neurotransmisores. En este punto es importante resaltar la necesidad de constituir un tratamiento de forma integral, es decir interdisciplinariamente, conjuntando el trabajo de psiquiatras, psicólogos, pedagogos, licenciados en educación especial, entre otros.

ANOMALÍAS ESTRUCTURALES CEREBRALES

El hecho de que la mayoría de los niños con lesión demostrada no desarrollen un cuadro de autismo hace suponer que la alteración cerebral, cuando existe, bien estructural o funcional, en este síndrome debe ser tan sutil y de naturaleza tan específica que los métodos diagnósticos actuales son incapaces de descubrirla, dada, además, la complejidad del trastorno.

Sin embargo, en los últimos años, el avance ha sido considerable y hace suponer que la mejoría de las técnicas instrumentales pueda llegar a precisar con objetividad lo que ahora se expone como hipótesis de trabajo.

Se sabe que la lesión de un hemisferio cerebral o su extirpación quirúrgica en una etapa temprana de la vida puede condicionar el que el otro hemisferio se encargue de ciertas funciones. Por ello, si el autismo infantil estuviera causado simplemente por la lesión del hemisferio izquierdo, bien antes del nacimiento, en el momento del parto o durante los primeros meses de la vida, las áreas homólogas

del hemisferio derecho deberían ser capaces, al menos en parte, de llevar a cabo sus funciones, tales como las referidas al lenguaje. No obstante, ésto no sucede así, por lo que debe pensarse que el daño cerebral es bilateral, afectando a ambos hemisferios bien orgánica o funcionalmente, sobre todo a los lóbulos frontales, y temporales (Hetzier y Griffin, 1981) y a las áreas estructural y funcionalmente relacionadas que podrían englobarse en el sistema límbico.

Entre las observaciones recogidas en humanos y las experiencias realizadas en modelos de animales, existen numerosas conexiones entre determinadas lesiones de estas áreas cerebrales y la sintomatología advertida que, en muchos casos, es posible equiparar a la manifestada por los niños autistas. Vamos a comentar algunas de ellas.

En la actualidad, la investigación se encuentra encaminada, fundamentalmente, al estudio del metabolismo bioquímico de determinadas áreas cerebrales en el sentido de que tanto una lesión cerebral pre, peri o postnatal, como una anomalía bioquímica neuronal pueden conducir a una alteración funcional semejante.

Los estudios neurorradiológicos, cada vez más precisos, comienzan a presentarnos hallazgos de alteraciones cerebrales que, o bien se desconocían antes, o no se les daba suficiente importancia.

Son muy frecuentes los diagnósticos de hidrocéfalo benigno secundario a distintas patologías. Esta hidrocefalia es moderada, benigna o estática, y precisamente va a afectar a áreas cerebrales que son particularmente susceptibles a un tipo de malfunción que conduce a una sintomatología autista.

Hoshima y col. (1984) advierten que la anchura del tercer ventrículo en los cerebros de los niños autistas se incrementa con la edad. Este aumento de los ventrículos puede indicar atrofia de otras estructuras cerebrales, sobre todo

sugieren un trastorno progresivo del tálamo, hipotálamo y cerebro medio que rodean al tercer ventrículo, advirtiendo que el deterioro de estas estructuras cerebrales podrían explicar por qué algunos autistas "comienzan a tener crisis epilépticas o pierden su capacidad intelectual o motora" cuando se hacen mayores.

Algo verdaderamente importante es que muchos niños autistas, que en sus primeras investigaciones no presentan hallazgos de base orgánica, más tarde desarrollan una sintomatología que evidencia la existencia de un trastorno neurobiológico, el cual, en su origen, puede haber sido importante en la producción del síndrome. Otras veces, será la mejor calidad de la exploración, tanto personal como instrumental, la que facilitará la positividad de anomalías en casos que habían sido etiquetados como negativos.

También recientes estudios con resonancia magnética (RM) han puesto de manifiesto la existencia de un subdesarrollo significativo en el cerebelo de autistas (Courchesne y col. 1987) sin retraso mental, sin crisis epiléptica y sin historia de trauma de parto, sugiriendo que el defecto cerebeloso está ligado únicamente a su autismo.

El cerebelo coordina la actividad motora y participa también (bien directamente o a través de otros enlaces con otras áreas cerebrales) en el lenguaje, aprendizaje, atención y, posiblemente, las emociones y la conducta.

Estos hallazgos de subdesarrollo del cerebelo concuerdan con los resultados de las autopsias publicadas de autistas retrasados (Ritvo y col. 1986), con la disminución del número de células de Purkinje. (Estas células liberan neurotransmisores que miden el encendido de otras neuronas, un proceso que podría interrumpirse si muy pocas de estas células están presentes en el cerebelo del autista. También, dado que el cerebelo regula los estímulos sensoriales

entrantes, los defectos en sus neuronas pueden causar problemas sensoriales, sintomáticos en el autismo).

Ya Darby (1976) sobre 33 casos de autistas fallecidos encuentran neuropatología en 27 casos (82 por ciento), nueve de ellos con diagnósticos específicos (siete lipodosis cerebral y dos esclerosis tuberosa) y los otros 18 tenían hallazgos más inespecíficos que incluían atrofas cerebrales y cambios degenerativos, sugiriendo que los síntomas autistas son consecuencia de una alteración neurobiológica, primaria o secundaria, funcional o estructural, imposible todavía de discernir en muchos casos con los métodos que disponemos.

De todo lo expuesto, existen muchas razones para suponer que el autismo infantil está basado en algún tipo de disfunción orgánica cerebral aunque, en la mayoría de los casos, no sea posible descubrir todavía el fondo causal de estas alteraciones.

Después de la exposición de las anteriores hipótesis llego a la conclusión de que siguiendo a Ornitz y Ritvo el autismo es un síndrome que presenta una perturbación en la percepción. Esta perturbación está determinada por la existencia de factores genéticos que serían capaces de "debilitar" las neuronas corticales frente a un exceso de estímulos. A estos factores genéticos se añadiría una gran diversidad de factores exógenos que pueden actuar sobre un cerebro en desarrollo, bien durante la vida fetal o bien, posteriormente, al nacimiento. Ambos tipos de factores incidirían sobre la corteza cerebral fetal o infantil, y provocarían un desarrollo defectuoso de la misma, dando origen a alteraciones fisiológicas y bioquímicas.

La comprobación de que muchos autistas presentan crisis epilépticas del lóbulo temporal sugiere una neuropatología de estas áreas que se relacionan con los sistemas del olfato, la audición y la integración de la percepción visual, y con el sistema límbico que facilita la integración de los aspectos emocionales y

motivacionales de la existencia con las áreas corticales sensorreceptoras circundantes y con el lóbulo frontal. Interviene, además, en el control del lenguaje y de la memoria, etc., lo que significaría que una afectación de estos lóbulos temporales podría originar síndromes tan complejos como el autismo infantil.

Debido a estos problema perceptuales, el niño no es capaz de establecer un concepto perdurable de sí mismo y de su ambiente, dado este problema de la integración del suministro perceptual, no puede aprender a interactuar normalmente con otros o emplear un lenguaje comunicativo. Estos investigadores apoyan su hipótesis en la sensibilidad sensorial poco común de los niños autistas. Cabe señalar que en base a esta teoría se fundamenta el presente trabajo de tesis.

Puede ocurrir que estos niños no muestren respuesta ante un sonido fuerte, pero sí que sean sumamente sensibles a sonidos suaves, como el producido al arrugar un papel. Las sensaciones visuales de un niño autista pueden mostrar inconstancias: éste puede ignorar totalmente a las personas y algunos objetos y, sin embargo, abstraerse en detalles diminutos de sus propias manos, de sus dedos o de otros objetos.

Algunos niños autistas muestran una preferencia poco común por alguna modalidad de percepción y no por otras. Normalmente, la mayoría de la gente muestra preferencia y reacciona en mayor medida a los estímulos visuales y auditivos, pero es frecuente que los niños autistas muestren preferencia por el tacto, el olfato y el gusto. Dentro de estas modalidades sensoriales, los niños autistas pueden preferir un tipo especial de texturas o de sabores o de olores, pero reaccionan de manera muy negativa a otros; por ejemplo un niño autista puede acariciar suavemente una superficie aterciopelada, pero reaccionar con enojo al tener que tocar una superficie rugosa.

Se ha postulado que tales inconstancias están relacionadas con un defecto en la regulación de la percepción, localizado posiblemente en el tallo cerebral. Uno de los reguladores que tiene sus núcleos en el tallo cerebral es el vestibular, el cual coordina los reflejos de los ojos, del cuello y mantiene el equilibrio corporal. A este respecto, se ha sugerido que dicho sistema puede ser muy importante en la regulación de relaciones más complejas entre el suministro sensorial general y la respuesta motora.

Esta teoría es la que dará base a mi propuesta, puesto que pretendo señalar que la percepción del entorno, en el niño autista, esta gravemente alterada, sin embargo se puede hacer mucho en esta área.

1.4 CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO

Después de analizar las diferentes etiologías y de presentar la etiología que sustentará mi propuesta, es importante revisar la sintomatología que el autista presenta, a fin de conocer las características que se manejarán en el tratamiento.

A continuación se enumerarán las características más significativas del autismo, es decir, las características que se presentan más o menos uniformemente en todos los casos. Resaltando las características perceptuales que son el punto central del trabajo de investigación.

El autismo se presenta tempranamente durante los dos o tres primeros años de vida, en los cuales el niño parece diferente a los demás, evita todo contacto social y rara vez habla.

Generalmente los niños autistas presentan las siguientes características:

1. Deterioro grave y sostenido de las relaciones emocionales con los demás.

Dada la falta de equilibrio en la percepción, es decir, la inconstancia perceptual, el niño no puede relacionarse con el mundo ni con él mismo, porque tanto los estímulos internos como los externos le causan sobreestimulación o una estimulación disminuida y con frecuente alternancia entre ambas. Así, no es posible comprender sus propios límites, como tampoco es factible aprender a imitar a los demás ni a relacionarse con ellos.

Esto puede presentarse en una o más de las siguientes maneras:

- a) Modalidad distante y solitaria. El niño se comporta como si los demás seres fueran simples objetos y no existieran en lo absoluto a menos que se traten de personas que a él le agradan y se le acercan con maneras especiales.
- b) Tendencia persistente a volver la vista o a mirar como si no viera a los demás, especialmente cuando las personas les dirigen la palabra (aún cuando pueda ocurrir que el niño responda con placer si se le hacen cosquillas, se le cargue y haga girar, etc.).
- c) Gran dificultad para jugar con otros niños. A veces, total indiferencia hacia ellos.

2. Examen de sí mismo.

Puede ocurrir que el niño examine partes de su cuerpo, como sus manos y pies, mucho después de la época de bebé. Parecerá contemplarlos como si fueran nuevos y extraños (por ejemplo una niña miraba la mano, cuando al vestirse, salía de la manga, como si no tuviera la menor idea de que iba a surgir). El niño no es capaz de establecer un concepto de sí mismo puesto que no sabe donde termina su cuerpo y comienza el ambiente externo. Debido a las alteraciones perceptuales

que presenta el niño no sabe que él puede modificar su ambiente y no el ambiente a él.

3. **Preocupación por objetos determinados o por ciertas características de ellos** que persiste mucho después de la primera infancia. Esto puede aparecer como:

- a) Coleccionando toda clase de objetos y acarreándolos consigo. Ira y angustia si alguno se pierde.
- b) Gran apego a un objeto especial, tal como una caja, un trozo de tela, etc. Dolor y desesperación si se pierde.
- c) Trazado de líneas y dibujos con toda clase de objetos, sea cual fuere su uso.
- d) Tendencia a examinar objetos de manera peculiar. El niño da vueltas y más vueltas a las cosas y las muerde, araña o golpea, las pone cerca y luego lejos de sus ojos o de sus oídos como si estuviera escuchando. Hace girar constantemente las ruedas de sus juguetes, o mira a través de una hoja de papel sin ver el grabado que hay en ella.
- e) Juegos raros con objetos: hacerlos girar, sonar piedras dentro de una lata, romper papel, etc.

Estas características se dan debido a que los niños autistas muestran una preferencia poco común por alguna modalidad de recepción sensorial y no por otras, es decir, por lo común la mayoría de la gente muestra preferencia y reacciona en mayor medida a los estímulos visuales y auditivos, pero es frecuente que los niños autistas muestren preferencia por el tacto, el olfato o el gusto. Dentro de estas modalidades sensoriales, los niños autistas pueden mostrar preferencia por un tipo específico de texturas o de sabores u olores, pero reaccionan de manera muy negativa a otros.

4. Resistencia sostenida al cambio y lucha por mantener el orden o la ausencia de cambios.

- a) Gran dificultad para aceptar cambio de rutinas; perturbación en la conducta si se cambia la menor cosa (aún cuando, inicialmente, hubiera resultado difícil la formación de hábitos). Entre los ejemplos de las rutinas rígidas que pueden darse están: su negativa a desviarse de la ruta usual en el paseo diario, insistencia en caminar en línea recta por un camino negándose a doblar en las esquinas, negativa a usar otras ropas que no les son familiares, insistencia en un único tipo de alimento. Una dificultad especial es la de negarse a pasar de las papillas de bebé a los alimentos sólidos. También puede ocurrir que resulte imposible que estos niños traguen medicinas, ya que no les son familiares.
- b) Resistencia a aprender cosas nuevas (aún cuando el niño pueda aprender y desempeñarse bien una vez vencida la resistencia inicial)
- c) Gran angustia si se produce algún cambio en la disposición de los objetos familiares al niño, tales como el mobiliario.

Los niños autistas no están preparados para manejar cambios de hábitos puesto que esto significa agregar estímulos sensoriales nuevos o disminuir estímulos con los que ya estaba familiarizado, provocando descontrol en los receptores sensoriales que no pueden capturar la nueva información de manera completa por una sobreinhibición del suministro sensorial, o captan la información de forma muy intensa puesto que la percepción está trabajando sobreexcitada. Esto provoca en el niño temor, angustia, frustración y agresividad ante lo desconocido.

5. **Conducta que conduce a sospechar anomalías de los sentidos cuando no hay ninguna causa física aparente.** Estas conductas son el ejemplo más palpable del desorden perceptual que el niño autista manifiesta.

Esto puede aparecer como:

- a) Ninguna reacción, a veces a la palabra o a los ruidos; intentos por alejarse de algunos ruidos: se tapa los oídos cuando se le habla a veces siente angustia cuando se producen. La gente pregunta si el niño es sordo aún cuando puede oír bien algunas cosas.
- b) Ninguna reacción, a veces, a cosas que ve. Cierta interés ante las cosas que se mueven pero poco o ninguno a objetos fijos. Intentos por alejarse de ciertas cosas: se tapa los oídos si se le pide que mire algo. La gente pregunta si el niño es corto de vista o ciego, aún cuando puede ver bien.
- c) Indiferencia al dolor, frío o calor. El niño puede comportarse de manera insensible si se cae o choca contra algo. Puede ocurrir que esté con poca o sin ropa sin que parezca sentir frío. Es posible, asimismo, que se escarbe cualquier herida o cicatriz sin experimentar, en apariencia dolor.
- d) Su disposición a comer o probar objetos extraños puede persistir durante años, a veces combinada con parcialidad por un alimento. Es posible que el niño coma carbón, tierra, flores, juguetes de plástico, pintura, cerillos, etc., mucho después de la edad en que son comunes estos hábitos.

6. Anormalidades del humor.

Pueden aparecer como:

a) Ataques de rabia y angustia violentos y prolongados caracterizados por gritos, lágrimas, pataleo, tendencia a morder, etc. Estos ataques pueden ocurrir:

I) Debido a un cambio en la rutinas, pérdida de un objeto querido, deseo de comer algo prohibido, etc. Ausencia temporal de una persona a la que quiere u otra frustración.

II) Debido a un temor especial que suele resultar difícil de comprender: quizá un baño, ponerse zapatos, sentarse en una silla que le desagrada, etc. (aún cuando puede no sentir miedo ante un peligro real)

III) Por ninguna razón aparente.

Durante estos berrinches, desproporcionados en relación con sus causas, es imposible calmar al niño aun cuando lo intente alguien a quien él conoce y quiere; en estos casos rechaza las muestras de cariño y hasta suele atacar a quien normalmente quiere. estos episodios terminan a menudo tan repentinamente como empezaron, si algo distrae su atención, y pasan a la más plácida calma.

b) Períodos de risa sobre los cuales las causas no suelen ser claras.

c) Falta de miedo ante peligros reales como, por ejemplo, es posible que el niño se suba al techo, corra hasta chocar, se lance corriendo y vestido al mar, juegue con fuego, etc.

Todo ésto originado por las anomalías perceptuales de los receptores sensoriales (aférentes) y por la forma del niño de responder a su medio (eferentes). Puesto que las distorsiones de los receptores y de los efectores se producen a un nivel básico para la interacción social, por lo que se establece que antes de que el niño llegue a la conciencia de si mismo, debe pasar por un estudio interno en el cual se reconocen todos los acontecimientos vividos como ocurridos por la propia actividad, el niño autista no atribuye su experiencia a su propia actividad, porque se siente demasiado dominado por el entorno, para creer que puede modificarlo.

7. Trastornos del lenguaje.

Ésto puede aparecer como:

- a) Falta total del lenguaje. Puede ser que no haya existido o que se iniciara y después se perdiera.
- b) Fragmentos del lenguaje y contracción de palabras. Ejemplos de ellos serían: "na" por Elena, "ju" por jugo de naranja. Puede que estos fragmentos constituyan todo su lenguaje.
- c) Lenguaje muy simple. Con muchos monosílabos.
- d) Empleo de "tú", "él" o el nombre del propio niño en vez de "yo".
- e) Repetición, como loro, de frases, oraciones y hasta poemas, sin considerar su significación.
- f) Uso frecuente de una "voz especial" diferente de la normal, a veces con peculiaridades singulares en la pronunciación.

g) Tipo extraño y pedante de lenguaje.

En general, el niño presenta dificultad en comunicar por medio del lenguaje otra cosa que sus necesidades más simples. Es posible que, en lugar de pedirlo, prefiera tomar a otra persona de la mano y mostrarle lo que quiere.

8. Trastornos en los movimientos y en la actividad general.

Ésto puede aparecer como:

a) Actividad exagerada, corridas de aquí para allá sin cansarse. Quizá aparezca muy marcada en la noche. Es muy posible que el niño este despierto hasta muy tarde. Unos niños podrán despertarse en la noche y llorar sin consuelo. Otros, en cambio, se despertarán y jugarán durante horas sin deseo aparente de compañía. A pesar de la falta de sueño, por lo general están llenos de energía al día siguiente.

b) Inmovilidad: el niño permanece inmóvil durante largos periodos.

c) Movimientos especiales:

- I. Balancearse.
- II. Golpear con la cabeza.
- III. Saltar.
- IV. Retorcer, batir y retorcer brazos y piernas (especialmente cuando están excitados).
- V. Girar.
- VI. Gesticular de diversas maneras.
- VII. Maneras extrañas de caminar como por ejemplo, de puntillas.

- VIII. Movimientos fuera de lo común como las manos con los dedos estirados frente a la cara.
- IX. Constante repetición del mismo movimiento.
- X. Gran placer derivado de movimientos corporales como balanceo, viajar en automóvil, etc.

9. Antecedentes de retardo grave en el cual pueden aparecer isletas de funcionamiento intelectual normal, casi normal o excepcional.

Esto significa que, en general, el niño presenta un retardo notable en relación con los demás niños de su edad y en lo que respecta a las cosas que puede hacer. Mientras que otros niños, a su edad, ya sean bastante independientes y puedan salir solos, hacer compras, etc., el niño autista, por lo general, necesita de su madre casi todo el tiempo, porque es incapaz de cuidarse.

Por otra parte, es posible que pueda hacer notable bien una o varias cosas, tales como:

- a) Cálculos.
- b) Rompecabezas y acertijos.
- c) Cantar y recordar canciones, así como gozar de la audición de toda clase de música.
- d) Leer y escribir.
- e) Memorizar largas listas de fechas, nombres, poemas, hechos diversos, etc.

f) Habilidades mecánicas especiales.

Además de las anormalidades positivas mencionadas arriba, el autismo incluye también carencias evolutivas tales como:

1. No demuestra ningún deseo de comunicarse con los demás, excepto en la satisfacción de sus necesidades o, en algunos casos, a hablar sobre temas repetitivos. Aún cuando cuenten con un vocabulario rico, no les agrada conversar por el simple placer de hacerlo.
2. No demuestran la curiosidad sobre la gente y las cosas que el niño normal. Unos pocos niños autistas recogen datos sobre ciertos temas, pero esto no se parece al deseo de saber toda clase de cosas que caracteriza la conducta normal de los otros niños y que también puede aparecer en los niños con déficit mental.
3. Los niños autistas no juegan imaginativamente a "pretender" que son algo o alguien o, raramente, en sus juegos se concentran en un solo tema y no se dejan influenciar por sugerencias.

La delimitación del término autismo como síndrome la realizó Leo Kanner en 1943 con un artículo titulado Alteraciones autistas del contacto afectivo, que fue decisivo para definir el autismo como una patología independiente. El término autismo fue introducido antes por Bleuler (1911, 1960) como una característica más de la esquizofrenia, para referirse a la tendencia de muchos pacientes esquizofrénicos a encerrarse en imágenes autorreferidas, centrando en sí mismo todo su mundo imaginativo.

El cuadro siguiente presenta las diferencias entre autismo y esquizofrenia de una forma resumida.

SINTOMAS ESPECIFICOS	AUTISMO	ESQUIZOFRENIA
EDAD DE COMIENZO	ANTES DE 30 MESES	ADOLESCENCIA O INFANCIA TARDIA
INFLUENCIA SEGÚN SEXO	MAYOR EN VARONES	VARIABLE
ALUCINACIONES	NO	SI
DIFICULTADES GRAVES DEL HABLA	SI	VARIABLE
TENDENCIA AL AISLAMIENTO SOCIAL	SI	VARIABLE
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	SI

Ahora daremos una breve revisión a las características del autismo según como se van presentando en el desarrollo evolutivo del niño

De los 0 a los 30 meses:

- Llanto constante o ausencia total del mismo.
- Problemas en la alimentación (dificultad para succionar).
- Dificultad para establecer contacto afectivo: no desea mimos, no alza los brazos en petición de cobijo.
- Dificultad para controlar esfínteres.
- Hábitos extraños en la alimentación (rechazo o fijación en algunas comidas).
- Demora o mutismo en el desarrollo del habla.

De los 30 meses a los 5 años:

En relación a la conducta emocional:

- Retraimiento social.
- Resistencia al cambio más elemental.
- Carencia para imaginar: ni imagina ni le gustan las historietas etc.
- Temores específicos: miedo ante algo totalmente inofensivo y normalidad ante un peligro real.
- Conducta social anormal: ni comprende las reglas sociales, ni los sentimientos de los demás.
- Incapaz de jugar con otros.

Habilidades específicas:

- Puede armar o desarmar aparatos mecánicos.
- Le gusta la música, manejar objetos y pueden tener excelente memoria fotográfica.

Sentidos:

- Audición: parecen mostrarse sordos para unos sonidos y sensibles a otros.
- Visión: tienen dificultades para reconocer visualmente.
- Tacto: son insensibles al dolor o todo lo contrario, hipersensible.
- Gusto-olfato: se dan los extremos, desde la indiferencia a la aversión.
- Motricidad: normalmente les cuesta imitar ejercicios motores.

A partir de los 5 años:

Desde estos momentos se inicia una recuperación, sobretodo en lo emocional-social, se vuelven más sociables y afectivos, con menos resistencia al

cambio y poseen un conocimiento más real de los peligros. Es menor la evolución en las áreas motrices y del lenguaje.

Todas estas mejoras pueden producir confusiones y dificultades en el diagnóstico por lo que se hace necesario tener presente lo recomendado en el punto referente a la evaluación, completada con los valiosos datos que aporten los padres.

La detección de la sintomatología autista no se realiza normalmente antes del año, quizás porque los padres asocian tales conductas patológicas a un déficit auditivo (por ello existen pocos diagnósticos) y porque son poco conocidas las pautas de desarrollo en los dos primeros años de vida del niño autista.

A los seis meses se observa gran pasividad, falta de afectividad y de pautas de anticipación. Sobre los doce meses aún no se observan las conductas proto-imperativas (pedir algo) y proto-declarativas (compartir una experiencia), quizás esta última sea la característica más clara y universal del niño autista. A pesar de esta problemática, si el niño recibe una correcta escolarización y ayuda adecuada desde esa edad hasta la adolescencia, conseguirá una evolución positiva, siempre en función de su C.I. y su capacidad lingüística.

Como se ha mencionado anteriormente, no todos los niños autistas presentan las mismas características, por lo que se abre otro apartado a la investigación que es la clasificación del autismo.

1.5 CLASIFICACIÓN DEL AUTISMO.

La primera clasificación del autismo fue hecha por la doctora Tustin en 1972, en esta clasificación Tustin incluye una categoría de autismo normal por la cual, todos los niños pasan e introduce tres categorías de autismo patológico. Cabe mencionar que esta clasificación es psicoanalista, y a pesar de que el presente trabajo de investigación no esta orientado hacia dicha teoría me parece importante mencionarla puesto que en base a ella se realizaron diversos estudios que originaron que actualmente el autismo se vea como un síndrome y no como una enfermedad y que por lo tanto la perspectiva de lcs tratamientos se haya orientado hacia ese punto.

AUTISMO PRIMARIO NORMAL (APN):

El niño presenta un cuadro de pasividad con escasa capacidad de diferenciación.

1.- La capacidad mínima de discriminación para efectuar diferenciaciones, características de la primera infancia (desde el nacimiento a los dos primeros meses de vida), ésto significa que el niño tiene escasa conciencia del mundo externo.

2.- A medida que aumenta la discriminación, los procesos autistas de desborde - envoltura - unicidad, protegen la ilusión en el sentido de que no ha tenido lugar la separación con la madre. La respuesta al mundo externo es de carácter autista.

3.-La madre, recibe berrinches del bebé y lo ayuda al respecto, tranquilizándolo en relación a sus defectos ilusorios.

4.- Al aumentar la ulterior discriminación, los procesos de interacción "como sí..." entre madre y bebé evitan una experiencia demasiado brusca de desilusión. En términos de Winnicott los objetos externos comienzan a utilizarse como puente entre el "yo" y el "no yo".

AUTISMO PRIMARIO ANORMAL (APA).

Prolongación anormal del autismo primario, puede deberse a:

1.- Falta evidente de estimulación sensorial.

2.- Falta parcial de estimulación sensorial debida a:

A. Impedimentos del niño, tales como ceguera, sordera, disfunción cerebral, algunas formas de anormalidad mental o musculatura débil.

B. El dejar solo al niño durante lapsos muy prolongados. Los adultos encargados de su crianza le prestan poca atención.

3.- Madre indiferenciada, debido a los defectos innatos del niño, éste no es capaz de diferenciar a su madre de los demás objetos del mundo externo.

4.- Sobreprotección de la madre hacia el bebé que conduce a la atenuación de respuestas de éste.

AUTISMO SECUNDARIO ENCAPSULADO(ASE).

La inhibición como defensa:

El niño construye una especie de armadura, caparazón o segunda piel para refugiarse del mundo externo.

La lactancia se ve negada debido a procesos traumáticos de separación y encapsulamiento (envoltura intensificada) que hacen que el niño se encierre en sí mismo, es decir, que utilice los objetos externos como si fueran él mismo. El trauma de separación puede deberse a una combinación de los siguientes factores:

- 1.- Prolongación anormal del autismo primario, lo cual implica que tomar conciencia de la separación corporal significa un choque grave para el cual el niño no se encuentra preparado.
- 2.- Separación geográfica de la madre cuando el uso de objetos autistas ha llegado a un punto máximo.
- 3.- Enfermedad física en la primera infancia.
- 4.- Perturbaciones en el útero.
- 5.- Inmovilización de las extremidades en la tierna infancia.
- 6.- Nivel de inteligencia muy alto.
- 7.- Respuestas hipersensibles a los demás.
- 8.- Baja tolerancia a la frustración.

9.- Depresión manifiesta o negada en la madre.

10.- La madre no recibe apoyo del padre debido a indiferencia, pasividad, ausencia, enfermedad o muerte.

11.- La confianza de la madre es socavada por las propias experiencias sufridas durante su infancia, la presencia de familiares que se entrometen o mudanzas frecuentes.

12.- Sus expectativas perfeccionistas llevan a la madre a "azucar" al hijo, impulsándolo a emprender actividades que exceden sus aptitudes. El niño se retrae a los efectos de rehuir de estas exigencias.

13.- La madre se experimenta como objeto que lo engulle todo. El niño se retrae aterrorizado. Puede convertirse en ASR.

AUTISMO SECUNDARIO REGRESIVO (ASR)

La regresión como defensa.

Desde el principio el niño muestra una sobreadaptación, del tipo de bebé modelo o bueno, después se da un tiempo corto de desarrollo normal y desemboca en una ruptura con la realidad. Se da la fragmentación de la capacidad de diferenciación. Incluso con respecto a su propio cuerpo, derivando en confusión y miedo.

El proceso de desarrollo inseguro se va fragmentando a raíz de la tensión sufrida. El uso excesivo de una identificación proyectiva da como resultado que madre e hijo se envuelvan entre sí. El proceso de desarrollo puede caracterizarse por su inseguridad, debido a una combinación de los siguientes factores:

1.- Se ha registrado una prolongación anormal del autismo primario, seguido de desarrollo que se ha desintegrado bajo la tensión que provoca la toma de conciencia de la separación corporal.

2.- Puede producirse una detención temporaria en el estado de ASE, seguida de cierto grado de desarrollo, proceso que se resquebraja bajo el influjo de la tensión.

3.- Un ambiente indebidamente adaptativo enmascara a la intolerancia de la separación física por parte del niño pero, cuando el hecho ya resulta inocultable el pequeño sufre una crisis.

4.- Baja tolerancia a la frustración en el niño o en la madre.

5.- Pasividad indebida en el niño.

6.- Madre dominante, padre pasivo.

7.- Madre psicótica.

8.- Padres demasiados "abiertos" que no protegen en grado suficiente su vida privada.

9.- Por varias razones se experimenta a la madre como un ser envolvente.

Los estímulos auditivos y visuales en ocasiones son anormales. Se presentan con severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado.

Para Tustin los autistas son seres que por esconder en su interior heridas permanentes e intensamente dolorosas y sensibles se acorazan con una armadura que les permite escudarse del intolerable, hostil e intuitivo mundo de los estímulos.

En 1993 la misma autora señala la existencia de dos tipos de autismo: el orgánico cuyas bases son de tipo neurológico y el psicogénico cuyas bases son de tipo emocional; pues señala que el neonato descubre prematuramente la depresión de la madre y percibe que el pecho que lo alimenta no forma parte de él, lo cual lo trauma y produce que se retraiga del exterior encubriendo una fuerte depresión.

Actualmente el autismo es clasificado por los niveles de intensidad en que se presente según el caso de cada niño, es decir, según las características que presente. Los niveles existentes son:

NIVEL BAJO.

Se caracteriza por:

- 1.- La forma de relación del niño es inusual, extraña, orientada principalmente a sus necesidades.
- 2.- No hay tantas conductas estereotipadas, sin embargo se presentan actitudes obsesivas.
- 3.- Presencia de representaciones mentales rudimentarias que no son utilizadas de manera significativa y propositiva.
- 4.- Su juego puede ser funcional o simbólico.
- 5.- Posee lenguaje de uso cotidiano y con ideas concretas, con ecolalia, inversión pronominal y fallas en el lenguaje pragmático y espontáneo.

6.- Logran desarrollar habilidades sociales y académicas.

NIVEL MEDIO.

- 1.- Su forma de relación es limitada, no mantiene una interacción espontánea.
- 2.- No logra verdaderos aprendizajes, se concreta a aprendizajes de hábitos.
- 3.- Presenta conductas estereotipadas, como girar objetos repetitivamente.
- 4.- Su lenguaje es repetitivo, sin sentido, pero llegan a comprender un lenguaje sencillo y concreto.
- 5.- Pueden manipular o usar los objetos de manera peculiar para autoestimularse.

NIVEL ALTO.

- 1.- Su Inactividad.
- 2.- Hay un precario desarrollo mental.
- 3.- Presenta conductas estereotipadas, como girar objetos repetitivamente, siendo esta su única actividad.
- 4.- No hay lenguaje y su comprensión es muy limitada.

Con esta última clasificación se trabajará para elaborar la propuesta psicopedagógica, en donde el tratamiento abarcará los tres niveles de autismo que han sido expuestos.

Después del breve recorrido a través de este capítulo podemos formarnos una visión más integral de lo que es el síndrome autista.

Este capítulo nos presentó un panorama en el que vemos que el niño autista carece de diversos elementos para relacionarse con su mundo circundante, sin embargo también nos deja ver que existen un sin fin de posibilidades para, si bien no resolver el problema totalmente, sí mejorar la vida de un niño autista.

Dentro de estas posibilidades de tratamiento yo rescato una propuesta que enriquezca las terapias ya existentes que tratan al autismo, desde un punto de vista psicopedagógico, que fomente el desarrollo integral del niño, dándole las herramientas necesarias, y mejorando su desarrollo social, tratando que se integre y se desenvuelva lo mejor posible en su entorno social.

Todo esto a través del tratamiento de los problemas perceptuales que presenta el niño tanto en sus receptores sensoriales, esto es, cómo el niño percibe el mundo circundante, como a las respuestas del niño hacia su ambiente o referencias. Ambos son determinantes de la vida social del niño autista.

A pesar de toda la información recabada, ésta es aún insuficiente, puesto que aún nos quedan resaltar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del autismo. Dichos aspectos se verán en el siguiente capítulo desde un punto de vista gestaltista.

CAP II
ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES
DEL AUTISMO.

CAP II ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES DEL AUTISMO.

La esfera bio - psico - social del niño autista determina su vida en todos los aspectos, por lo cual es necesario efectuar un análisis profundo por cada uno de estos rubros para tener una base más sólida al ejecutar el tratamiento psicopedagógico que ayudará a mejorar la interacción social del niño.

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

Los niños autistas no tienen diferencias visibles a los niños normales, sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente existen investigaciones que han encontrado diferencias entre los niños autistas y los normales, a nivel cerebral o de Sistema Nervioso. A continuación se hablará de la constitución biológica del niño autista.

Desde el punto de vista biológico, existen factores de riesgo a nivel de preconcepción, embarazo, parto y etapas tempranas del desarrollo que pueden ejercer sus influencias sobre el sistema nervioso y, dependiendo de la integridad genética-estructural-funcional del mismo, se da la probabilidad de la condición de autismo.

Blakeslee (1999) en sus estudios neurológicos sobre autismo, señala que desde 1983, el Dr. Bauman y sus colegas han estado estudiando el tejido fino del cerebro obtenido en autopsias de niños y adultos autísticos, destacando las siguientes características: 1) los cerebros son generalmente más grandes y más pesados que la mayoría, 2) hay anomalías en tres regiones importantes que ayudan a controlar el comportamiento social, 3) las partes de los lóbulos frontales que permiten la toma de decisión y planeamiento, son más gruesas de lo normal, 4) las células en el sistema límbico, donde se procesan las emociones, son un tercio más pequeñas que las normales y se encuentran en número excesivo, las

células son también inmaduras con sus conexiones impedidas, 5) las células en el cerebelo son reducidas de un 30% a un 50%.

Los experimentos muestran que los niños autistas pueden utilizar sus cerebelos para cambiar de puesto la atención, cuando no están prestando atención a una tarea determinada, pero cuando se les pide tomar una decisión consciente sobre un cambio de atención, una tarea que activa sus lóbulos frontales, no pueden más lograr hacer esta tarea, presumiblemente porque un circuito más grande entra en acción.

Los investigadores del autismo señalan que tomará muchos años antes de que la genética y la neuroquímica del desorden sea entendida. En la actualidad, terapias intensivas que enseñan a los niños cómo controlar sus movimientos e interactuar socialmente están teniendo éxito. La meta de estos investigadores es interceptar la mala conexión del cerebro autístico, y a medida que el cerebro se está desarrollando, ayudarle a crecer con la conexiones que necesita.

La relación existente entre lo biológico y lo ambiental, donde el sistema nervioso en formación debe enfrentarse al medio que lo rodea para complementar efectivamente su desarrollo y crecimiento (función neural). En los primeros años de la vida, algunos niños autistas alcanzan puntos clave del desarrollo, como es hablar, gatear y caminar, mucho antes que un niño promedio, otros están considerablemente retrasados. Durante la infancia los niños autistas suelen quedarse atrás del grupo de niños de la misma edad, tienen dificultades con la transición a la pubertad y aproximadamente el 20% sufre de ataques de epilepsia durante esta etapa y puede deberse a cambios hormonales. Además muchos problemas de conducta pueden hacerse más frecuentes y severos durante este período, sin embargo, otros pasan a través de la pubertad con poca dificultad.

El desarrollo de nuevas técnicas de evaluación neurológicas, como los potenciales evocados, la tomografía axial computada, la resonancia magnética, el

mapeo cerebral, la tomografía por emisión positrónica, la espectroscopia, entre otros, nos llevan a la comprensión de la organización funcional del cerebro y de las formas complejas de la actividad nerviosa superior.

Otro aspecto biológico que cabe mencionar es el de la cognición del niño autista.

En el autismo precoz infantil, como forma más grave de alteración de la personalidad, es difícil saber si la falta de desarrollo comunicativo es causa o efecto de un retraso cognitivo.

En la mayor parte de los niños autistas se encuentra retraso mental: uno de cada seis presenta una inteligencia normal, aunque con sus problemas específicos. En general encontramos estrecha relación entre C.I., capacidad lingüística y vida emocional del niño.

Podemos hacer un estudio y clasificación a la edad de 5 años, atendiendo a sus C.I. y al uso del lenguaje que presentan, con ello es posible hacer un pronóstico bastante fiable de la posible evolución futura del niño respecto a los puntos principales sobre los que se define el autismo precoz.

Cuando el autista presenta un retraso mental severo o profundo se observan graves problemas para la formación de conceptos y se producen: alteraciones en el procesamiento de la información visual y auditiva o su interrelación; una atención superselectiva y fugaz; falta de interacción; ausencia o pobreza de lenguaje interiorizado, etc. Otras veces el lenguaje y el desarrollo cognitivo, serán causas de una enfermedad más global, en las que el autismo y el retraso mental son sólo manifestaciones parciales.

Los límites podrán formar conceptos sencillos y realizar ciertas relaciones entre conceptos o reglas. Su principal problema estriba en los conceptos que dependen del uso de la capacidad para manejar símbolos lingüísticos.

En muchas ocasiones nos encontramos con niños autistas de niveles superiores con una gran capacidad de memoria literal, visual y auditiva, en ocasiones superdetallistas y obsesivos, que generalmente puntúan alto en las pruebas viso-espaciales y que también presentan un alto nivel de memoria verbal y musical.

En general, sabemos que los niños autistas con la escolarización adecuada y las ayudas óptimas durante su desarrollo, desde los cinco años hasta la adolescencia, mejoran su desarrollo cognitivo. El grado de desarrollo estará delimitado por dos factores principalmente:

- Su C.I. mientras mayor sea, mejor suele ser su recuperación.
- Su capacidad simbólica y lingüística.

Así pues se necesita un diagnóstico bien elaborado para conocer cuales son las deficiencias individuales de cada niño autista y así tratar cada una de ellas. En este caso a nosotros nos competen los trastornos sociales que se puedan presentar.

2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

El autismo, predispone a una serie de síntomas que se darán en mayor o menor medida según la gravedad del cuadro. Ya Leo Kanner cuando le da entidad nosográfica propia, tituló su artículo, "Alteraciones autistas del contacto afectivo", resaltando así una de sus características generales.

En el niño autista las conductas de apego tardan más en desarrollarse, presentan indiferencia o aversión al contacto físico, es decir, según la teoría de la Gestalt, el campo psicofísico del niño autista está mal constituido. En la teoría gestaltista el campo psicofísico está constituido por el entorno real que rodea a un individuo, y el ambiente conductual el cual regula la conducta de forma directa e influye en la percepción de forma individual y subjetiva según el sujeto. El campo psicofísico también incluye los "deseos e intenciones, éxitos y desilusiones, alegrías y penas, amores y odios, y también el darse cuenta de las propias acciones"¹¹.

Este campo psicofísico "determina la conducta, significa lo que por naturaleza es tanto psicológico como físico. Dentro del campo psicofísico se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual; del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país. El medio ambiente conductual se refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico. Estas fuerzas o estímulos sensoriales actúan sobre los órganos sensoriales; éstos a su vez sobre el sistema nervioso, y de ahí van a la mente"¹², en un niño autista el proceso perceptual es alterado, debido a que no existe una integración de las percepciones recibidas por los diferentes sentidos, por lo que el campo psicofísico no es percibido de forma correcta. Al no percibirse de manera adecuada el campo físico se altera el proceso de reestructuración perceptual que configura, a partir de la información del ambiente, una forma o gestalt, por lo cual el niño no logra desarrollar un ambiente conductual lo cual origina que el niño no sea capaz de "establecer un concepto perdurable de sí mismo y de su ambiente, y dado el problema de la integración del suministro perceptual, no puede aprender a interactuar normalmente con otros o emplear un lenguaje comunicativo"¹³.

¹¹ KELLER, F.S., "La definición de psicología", p. 119.

¹² CASTANEDO, C. "Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora", p. 45.

¹³ PALUZNY, M., op. cit., p. 81.

Es importante recalcar que dentro del campo psicofísico la experiencia tiene un papel muy importante ya que a partir de ésta se va conformando el campo conductual, sin embargo los niños autistas "poseen un concepto limitado de la naturaleza de las personas como seres que poseen experiencias subjetivas y orientaciones psicológicas del mundo"¹⁴, lo cual dificulta el desarrollo de su campo conductual y su interacción con el resto del mundo.

Los niños autistas también presentan una resistencia increíble a los pequeños cambios y una vinculación extraordinaria a determinados objetos. Su comportamiento está formado por rituales, suelen manifestar formas más o menos graves de conductas obsesivas.

Todas estas características de su desarrollo emocional nos muestran una fuerte desestructuración de la personalidad que no se acompaña con alucinaciones como en el caso de las psicosis.

Las anomalías del autista, vienen a manifestarse de acuerdo a la edad. En los niños pequeños, las primeras manifestaciones de sus alteraciones emocionales serían:

- la falta de conductas anticipatorias.
- la falta de asociación de contingencias, y de conductas de apego.

Hasta los seis años:

- el rechazo físico.
- la falta de contacto visual.
- desajustes del sueño, la comida, etc., rabietas, enuresis y encopresis.
-

¹⁴ HOBSON, R.P., "El autismo y el desarrollo de la mente", p. 28.

Hasta la adolescencia: la indiferencia hacia otros niños; su no participación en los juegos y actividades grupales; conductas compulsivas y ritualizadas; así como agresiones y autoagresiones.

Ya en la adolescencia conseguirán cierta madurez emocional, caracterizada en los casos más benignos, por la ausencia de empatía y del saber actuar correcto socialmente.

Para Rutter, la mejoría que puede ocurrir se dará hacia los 6 o 7 años, minimizándose algunas conductas disruptivas, pero es difícil que mejoren notablemente sus conductas a partir de esta edad.

Es por todo lo anterior que se hace necesario el mejorar la percepción del niño para que se puedan manifestar de forma adecuada los otros procesos cognoscitivos como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, etc., y consecuentemente se pueda concretar un concepto perdurable de sí mismo y de todos y cada uno de los elementos que rodean al niño.

2.3 ASPECTOS SOCIALES

El autismo tiene fuertes repercusiones sobre el área social del desarrollo, siendo ésta una de sus características básicas, y por lo que, entre otras, se le califica como trastorno grave del desarrollo, "existen pruebas experimentales y observacionales que demuestran que los autistas perciben de forma anormal y responden anormalmente a los significados de las expresiones emocionales de las personas. La propia expresividad emocional del niño autista es también anómala. Quizás merezca la pena señalar que estos déficits que presentan los niños autistas en aspectos muy básicos, en aspectos infantiles de las relaciones yo - tú - esos déficits que se expresan, por ejemplo, en la falta de mirada mutua a los ojos, en la falta de atención a los otros y de orientación hacia ellos, en la carencia de

intercambios coordinados afectivos y motores con las personas que les rodean -, quizá pudieran describirse como motivacionales o incluso como cognitivos y no sólo como déficits afectivos"¹⁵, es importante subrayar que los déficits pueden tener un origen cognitivo considerando que la percepción es un proceso básico en el desarrollo cognitivo.

En principio, la ausencia de lenguaje y el grado de desarrollo cognitivo correlacionar con las formas más profundas de sus deficiencias en las competencia de reconocimiento social.

Una noción fundamental dentro de la Gestalt es el término cognición. "Para los gestaltistas, la cognición se inicia con la percepción"¹⁶. Koffka discute el problema del proceso perceptivo, y afirma que si las cosas aparecieran como aparecen por el simple hecho de ser lo que son, la percepción no entrañaría un problema cognoscitivo. Sin embargo, las cosas no aparecen como lo hacen por ser lo que son. Nosotros no reproducimos fielmente el ambiente geográfico, o real, que nos rodea. Por lo tanto " el problema de la psicología de la Gestalt es determinar la naturaleza intrínseca y la organización del campo psicofísico y estudiar su relación con: a) el ambiente ambiente, y b) la conducta que resulta de la organización del campo. También pretende explicar la experiencia directa por referencia al campo subyacente, puramente fisiológico"¹⁷, entre el objeto distante, es decir en lo que se ha de percibir y la percepción, o sea, la internalización o concientización de lo que se percibe, se encuentran los estímulos próximos, la organización sensorial, la organización psicológica y el producto de dicha organización. La organización fenomenológica de los estímulos que nos llegan constituye lo que se designa como cognición. El autismo impide que el niño complete una buena organización sensorial, por lo que no puede completar, tampoco, la organización fenomenológica de los estímulos externos, es decir, los "significados" de los objetos, incluidas las personas y sus expresiones corporales,

¹⁵ RODRIGUES, A., "Psicología social", p.240.

¹⁶ KELLER, F. S., op. cit. 12 , p. 97.

¹⁷ Ibidem ., p.124.

lo cual genera "un trastorno severo de la implicación personal intersubjetiva con las personas. Los niños autistas tienen una capacidad profundamente limitada de experimentar la relación personal"¹⁸

Para poder establecer relación con los otros, el niño tiene que aprender a ponerse en el papel del otro, como esta tarea le resultará difícil en la mayoría de los casos, nos encontramos un círculo vicioso: les cuesta desarrollar símbolos y secuencias comunicativas porque el mundo de los demás les parece impenetrable o inexistente; no tienen la facilidad de sentir con los demás, pero al no desarrollar su lenguaje, carecen del instrumento más adecuado para la relación social.

Los trastornos sobre las relaciones sociales son normalmente severos durante toda su infancia, he aquí algunas características:

- Desde pequeños rechazan los contactos físicos, las voces, los juegos, no comparten ni presentan una intencionalidad manifiesta en su comunicación.
- Por otro lado, su incapacidad secuencial, les dificulta las series de secuencias sociales y de habilidades necesarias.
- Sus posibles distorsiones perceptivas y la falta de resonancia estimular, hace que el ambiente familiar se desintegre.
- Normalmente el niño autista es rechazado por los demás, es por ello que necesitarán un ambiente muy estructurado que le vaya educando en una serie de pautas sociales de interacción.
- Se observan desajustes ante la marcada preferencia que presenta el niño autista por las vías sensitivas proximales en contra de las distales, las cuales son la base para las relaciones sociales normales.
- Cuando el autista presenta verdaderos problemas para darle una función declarativa al lenguaje, que es lo que le convierte en vehículo de relación, el trastorno social se agudiza.

¹⁸ HOBSON, R. P., op. cit, p. 238.

- Al niño autista le falta la capacidad inicial de imitación, por lo que le es difícil imitar juegos de los otros niños. Es asimismo muy difícil que llegue a realizar juegos de ficción.

Las conductas agudas de trastorno social, suelen disminuir a partir de los seis años.

A la edad en que los niños autistas empiezan a ser tratados por el terapeuta, pueden empezar a desarrollar ciertas conductas de relación social, las cuales las repetirán fuera de contexto y de forma estereotipada. Tendrán que ir reconociendo al otro como persona capaz de experimentar sentimientos, no sólo de satisfacer sus propios deseos, en un principio sin alteraciones bruscas y muy poco a poco, a través del juego o con actividades lúdicas, ganárselo afectivamente. Recordemos que el autista está más incapacitado para sentir que para amar a alguien.

Si los procesos psicológicos comprometidos con los procesos académico-cognitivos fuesen los mismos que en los procesos social-cognitivos, no tendría mucho sentido esta dicotomía. Pero es que ambos parecen encontrarse regidos por distintas variables. Aunque casi todo el conocimiento es social en su origen, a partir de esa matriz básica se bifurcan dos tipos de funcionamiento cognitivo (intelectual y social) prácticamente independientes entre sí.

En el caso de los niños autistas, esta observación se complica en buena medida. Suele ser habitual que lo primero que impacta a cualquier persona que ve por primera vez un niño autista sea su extraña conducta social. A diferencia del contacto afectivo y social que encontramos en otros deficientes (cuyas alteraciones sociales toman otras formas), el contacto afectivo y social del autista suele producirnos extrañeza e impenetrabilidad, además de que reconocemos que también nosotros debemos producirle extrañeza.

Desde el punto de vista evolutivo, lo que está alterado es la base de las funciones de conocimiento y afecto; y esta base es la interacción. La Psicología Evolutiva ha demostrado que el niño no interactúa en función de unas estructuras cognitivas y efectivas de base (como señala el modelo constructivista de Piaget), sino que la génesis de esas funciones reside en la interacción misma y no en una competencia endógena. Esta idea era expuesta hace más de cincuenta años por Vigotsky cuando exponía que en el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde a nivel individual. Ésto es primero entre personas y luego en el "interior" del propio niño.

La experimentación de estos cincuenta años ha dado la razón a Vigotsky y funciones estrictamente individuales parece que se originan en contextos interpersonales y derivan su significación de tales contextos: formación de conceptos, resolución de problemas, desarrollo simbólico, etc.

A pesar de estas investigaciones, el área social es precisamente la más ignorada y dónde existe una clara ausencia de objetivos y procedimientos para tratar las pautas de interacción y la conducta social. Este pobre desarrollo es índice de la carencia de un esquema evolutivo fundamentado, de la falta de unos supuestos básicos sobre el origen de la conducta social y de los muy tecnificados sistemas de registro y evaluación necesarios para la medición de la conducta social primaria: la interacción.

A continuación vamos a recordar cuáles son, a grandes rasgos, las alteraciones sociales de los niños autistas:

- Fracaso en el uso de la mirada frente a frente, de la expresión facial, corporal y gestual que regulan la interacción.
- Falta de conducta de apego y fracaso relativo en el establecimiento de vínculos, que es más marcado durante los primeros cinco años.

- A diferencia de los normales, los niños autistas no suelen seguir a los padres por la casa o reaccionar a su presencia.
- No buscan consuelo cuando se hacen daño, ni dan besos o hacen caricias.
- Pocas veces ofrecen consuelo o responden a las alegrías o desgracias de otras personas.
- Inician pocos juegos interactivos.

Aunque otros trastornos de la infancia se caracterizan por el establecimiento de vínculos personales alterados -síndrome de hospitalismo- la calidad de estas interacciones es muy diferente a la de los niños autistas. Puede ocurrir que alrededor de los cinco años ya no sean tan evidentes muchas de las alteraciones sociales (al menos no en el mismo grado), pero continúa habiendo fuertes dificultades sociales que se ven más claramente en:

- Falta de juego colectivo cooperativo con otros niños.
- Fracaso en el establecimiento de amistades personales.
- Falta de empatía y fracaso para percibir los sentimientos.

Falta de respuestas a las emociones de otras personas. Esta dificultad suele dar lugar a que el niño diga o haga cosas socialmente inadecuadas.

Ahora hablaremos del autismo antes de los tres años de vida.

El bebé viene al mundo con unas capacidades perceptivas más desarrolladas que otras incluyendo a los bebés autistas. Procesos perceptivos que implican aprendizaje como los de convergencia ocular, van a desarrollarse muy pronto. El bebé posee toda una gama de reflejos indispensables para la supervivencia, y es capaz de comprender fenómenos de condicionamiento clásico y operante. Entre los reflejos podemos citar el de succión, esencial para la alimentación del recién nacido. Durante la alimentación, el bebé no tiene conciencia de estar interactuando con otra persona. Sin embargo, la madre no lo ve así, ya que siente que sus intervenciones meciendo al bebé son importantes y

hacer que éste continúe mamando. Este efecto sobre las percepciones de la madre en su papel en la alimentación resulta significativo si tenemos en cuenta que es el único efecto conocido de las pausas, pues éstas no son necesarias para la respiración, el reposo o la deglución. Y, al parecer, es un fenómeno exclusivamente humano. Resumiendo, vemos que la función de las pausas es hacer que la madre actúe por turnos con el bebé durante la alimentación, y esta actuación desempeña posiblemente un papel especial en el desarrollo cognitivo de los humanos. Así, seguramente, la mamada es el primero de los ritmos mutuos cuyo origen no es sólo de tipo fisiológico, sino que posee un sentido psicológico.

El bebé posee una serie de comportamientos sin finalidad aparente, de carácter predominantemente fisiológico y que se dan en un medio físico y social determinado, medio que va a reaccionar a sus comportamientos revistiéndolos de ciertos significados. Estas conductas se denominan expresivas, y sobre ellas se irán construyendo las posteriores habilidades del niño.

El bebé autista no muestra preferencia por los ojos, cara, ni una atención especial a la voz humana en edad temprana. Por lo que es necesario estudiar el aspecto llamado sincronía interactiva, esto es, la reacción del niño ante la estimulación verbal de la madre.

Sincronía interactiva

El fenómeno de la sincronía interactiva se refiere a la relación o "armonización" encontradas entre las verbalizaciones de la madre o figura de crianza y los movimientos del bebé.

Los niños autistas dan múltiples respuestas al sonido como un eco, y demoran su respuesta si se les compara con los niños normales, dando muestras así de una alteración en la sincronía interactiva.

Se cree que, este retraso en la sincronía alterara totalmente el mundo perceptivo del niño.

Es bien sabido que la adquisición y uso de la imitación es una de las capacidades alterada de los niños autistas.

La repetición de los esquemas expresivos - conductas del niño y respuestas del medio, diferenciadas según sea medio físico o social- va a posibilitar que el niño perciba el esquema como un todo, es decir, perciba que sus propias conductas generan unas respuestas determinadas en el medio. Sin embargo, en el niño autista se hallará como limitación la incapacidad de diferenciar las respuestas del medio con las suyas propias, puesto que no percibe un todo ordenado y estructurado.

Por lo que, aunque algunos autores han hipotetizado que la dificultad para asociar respuestas propias con las contingencias estimulantes del medio social podría ser la causa de las alteraciones interactivas de los autistas, este supuesto no está todavía validado experimentalmente. Sin embargo, esta hipótesis permitiría explicar la necesidad ansiosa de que el ambiente permanezca constante por la incomprensión de la relación de contingencias y, por lo tanto, la impredecibilidad del medio. También esa hipótesis explicaría por qué los ambientes estructurados producen mejores resultados terapéuticos que los laxos.

Por tanto, debemos valorar con especial detenimiento los juegos de repetición que se realizan entre niño y figura de crianza aproximadamente de los dos a los cuatro meses (segundo estadio piagetiano). En estos juegos, la madre o figura de crianza, interpretando en términos de intención las respuestas del niño, va a suscitar una y otra vez los mismos estímulos en el niño como consecuencia de tales respuestas.

Estos juegos de repetición, que implican el mecanismo de percepción de contingencias, son el origen de la interacción intencional, porque cuando el adulto presenta estímulos contingentes y repetidos (de la misma gama) ante las distintas respuestas del niño, está estableciendo las bases de la predictibilidad indispensable en toda comunicación.

En esta etapa, de los dos a los cuatro meses, tiene lugar la intersubjetividad primaria. La intersubjetividad es el acceso a las representaciones de otras personas, y es el proceso de compartir el significado. A este nivel, el significado que se comparte es un significado emocional: el bebé da respuestas de complemento a las expresiones emocionales de los adultos. Cuando el niño responde con respuestas expresivas a las respuestas expresivas de los demás, en cierta medida las reconoce y, además, las está diferenciando claramente de las que da a estímulos no humanos.

El hecho de que los niños autistas no levanten los brazos cuando van a ser cogidos no es simplemente una expresión de desinterés o falta de motivación, sino el resultado de su dificultad para anticipar acontecimientos e interpretar señales.

La emisión de respuestas sociales a la percepción de contingencias es el comienzo de un esquema evolutivo que se puede describir con los conceptos de predictibilidad, anticipación e intención, y que parece estar alterado en autismo.

Esta alteración se mostraría en tres clases de perturbaciones muy características del autismo infantil:

- La falta de respuestas anticipatorias.
- La emisión de conductas ritualistas y obsesivas, y el deseo de que el ambiente no cambie.
- Las deficiencias en el desarrollo de la acción intencional.

Para el niño autista la repetición de una gama muy limitada de conductas propias se convierte en la mejor defensa contra un mundo que puede percibir como un caos.

Los estímulos nuevos, sobre todo cuando procediesen de objetos sociales, podrían ser vistos como imprevisibles, no contingentes y, por lo tanto, amenazantes. Razón por la que el niño prefiere no recibir información del medio ambiente y no interactuar con él.

Entre los cuatro y los ocho meses (tercer estadio piagetiano) aparecen dos procesos que son fundamentales para el logro de la relación social primaria.

- Concentrar respuestas efectivas positivas en uno o dos individuos.
- Aparición de respuestas negativas a individuos desconocidos.

Estos dos procesos se refieren evidentemente al desarrollo de la vinculación y del apego. El apego definido por Bowlby (1958) sería la tendencia a procurar la proximidad de otros miembros determinados de la especie. Esta tendencia estaría formada por una serie de sistemas de conductas como llanto, risa, prensión, succión, seguimiento y contacto ocular.

Mientras que hasta los cinco-seis meses se puede hablar de un apego inespecífico a los humanos, a partir de esta edad aparece una vinculación específica a una o varias personas (generalmente figuras de crianza). El desarrollo de esta vinculación (apego) provoca diferenciaciones en las personas que rodean al niño en base al mayor o menor grado de apego, proceso que derivará (aunque con grandes diferencias individuales) en el octavo mes en la crisis ante el extraño.

Los autistas no adquirieron el apego específico a una edad normal, sino que en los mejores casos tuvo un desarrollo posterior. Sin embargo, también podemos suponer que existe una seria alteración en su vinculación o apego inespecífico, mucho más primario y adaptativo.

De los ocho a los doce meses aparecen las conductas intencionales. Si en el estadio anterior la madre debía iniciar la interacción y entonces el niño podía insertar su repertorio, ahora es el niño el que trata de producir ciertos efectos en los demás. La diferenciación medios-fines, la crisis del extraño y la posibilidad de coordinar esquemas de objetos con los de personas van a determinar el nacimiento de la comunicación intencional.

Pero vamos a detenernos un poco más en el origen y evolución de este tipo de conductas.

Así, la anticipación, la percepción de respuestas fraccionadas anticipatorias de meta, va a propiciar la aparición de las conductas instrumentales, conductas que son dirigidas a un fin, y que utilizan para lograrlo un instrumento, ya sean objetos o personas.

Pero es que mientras el niño va desarrollando esta intención, la madre y el medio social no son neutros. Los adultos constantemente atribuyen intenciones que en realidad el niño no tiene. Las conductas del niño son procesadas por una especie de filtro de interpretación humana que es el que les da un sentido intencional o no. Ese actuar "como si" el niño hiciera algo con intencionalidad es el responsable en parte de la emergencia de la conducta intencional en el niño, primero con una intención de acción y después como una verdadera intención de comunicación.

En el caso de niños autistas, la ausencia de respuestas confirmatorias por parte del niño a las atribuciones de su madre (falta de refuerzo para la madre) puede conducir a que la madre disminuya sus conductas de atribución y renuncie, en algunos casos, a seguir los intentos de comunicación. Evidentemente, esta renuncia recorta aún más las posibilidades de desarrollo de una conducta intencional posterior.

Los niños autistas no suelen servirse de los objetos para evocar la atención de los que les rodean, y conductas como señalar con el índice o tratar de dirigir la atención del otro por cualquier medio constituyen una carencia muy habitual.

Parece que las bases efectivas entre el lactante y su madre o figura materna están en acción desde el nacimiento, y contribuyen al conocimiento psicológico del otro y a la distinción de los estados emocionales de los demás, permitiendo descifrar el significado de las acciones, llegar al mundo del otro y participar en la relación.

A lo largo del primer semestre de vida, el niño va emergiendo como un ser humano social ayudado por un fuerte bagaje biológico. El niño va a contar con unas capacidades perceptivo-motoras y afectivo-emocionales que le permitirán establecer intercambios sociales. La sonrisa y el llanto evolucionan pasando de ser una actividad refleja a constituir una respuesta social, que hacia los seis meses se convertirá en un comportamiento instrumental producido para provocar respuestas sociales.

Esta interacción no tiene otra finalidad que la de estar juntos y disfrutar de ella. Implica la creación mutua de placer, alegría, interés, curiosidad, etc., es decir, de experimentar emoción.

En marcado contraste con esta consolidación espontánea y natural de las pautas interactivas en el desarrollo evolutivo normal, destaca la enorme dificultad que presenta el niño autista en sus primeros pasos hacia la interacción.

Esta incapacidad del niño para relacionarse con las personas y situaciones ya fue señalada por Kanner en su definición del síndrome en 1943.

Estudios clínicos y experimentales coinciden en que las expresiones faciales, gestos y vocalizaciones expresivas de emociones son, a menudo,

anormales e idiosincráticas en los niños autistas de todas las edades y C. I.; a los niños autistas parece que les falta la coordinación intraindividual de la expresión y conducta afectiva el niño normal. Esta coordinación es sumamente importante para la obtención de patrones de conducta entre niños y adultos, especialmente si van a compartir sentimientos.

Antes del año y medio o los dos años la relación entre el niño y las figuras adultas de apego es básicamente diádica (niño-madre; niño-padre). Estas interacciones diádicas se caracterizan por ser muy absorbentes (gran dedicación), asimétricas (el adulto organiza y controla la interacción) y permisivas (el niño no es considerado aún como alguien que puede obedecer).

A partir del año y medio, aproximadamente, se producen ciertos cambios en el niño, el entorno y en la propia relación entre ambos.

El niño adquiere competencias motoras nuevas (mayor control y precisión manipulativa), mentales (simbolismo) y lingüísticas (adquisición del lenguaje) que le permitirán una mayor autonomía y una representación de la realidad (no sólo experimentación). Pero el niño aún no ha interiorizado la moral, ni sabe ponerse en el lugar de los demás.

Los cambios que se refieren al medio giran en torno a exigir del niño más autonomía, control e independencia.

A partir de esta situación tienen lugar los conflictos de rivalidad afectiva (celos fraternales), conflictos en las relaciones con los iguales y conflictos con la autoridad que los adultos intentan imponer.

Con todo, el proceso más importante que tiene lugar hacia los dos años es el nacimiento de la función simbólica.

Si admitimos que el niño comienza a simbolizar a través de un proceso que es esencialmente interpersonal en su naturaleza (el proceso de inferir y comprender los estados mentales de los demás y ponerse en su punto de vista), podemos imaginar cómo una alteración de los mecanismos de identidad y de reconocimiento afectivo que están en la base de la interacción puede dar lugar a una fuerte alteración de la función simbólica.

Desde un punto de vista simple, el simbolismo es la función que permite almacenar, crear o compartir referentes abstractos sobre los objetos o experiencias no presentes.

El desarrollo del simbolismo es el proceso de "trascender" de la realidad concreta hacia referentes abstractos compartidos. El simbolismo es favorecido por el hecho de que no sólo los niños refieren diferentes objetos de la misma forma, sino también porque pueden referirse a un mismo objeto de diferentes formas. Además, su madre/ terapeuta es un tipo especial de referente en sí mismo y la fuente de modos alternativos de referenciar un ambiente comparado.

Así, las relaciones entre el mundo emocional y el mundo simbólico van a estar siempre presentes en el desarrollo del ser humano. En un sentido evolutivo, el mundo simbólico permite desdoblarse la realidad, y permite al niño jugar y "simular" con el mundo emocional sin sufrir las condiciones que en el mundo real harían muy peligroso su desarrollo (y quizá de aquí, el desarrollo de cuentos, películas, teatro, etc., como representaciones del mundo simbólico).

En la actualidad, la mayor parte de los autores coinciden en señalar que es a partir de los dieciocho meses cuando se desarrolla esta capacidad meta-representacional (simbólica), aunque no se coincide en cuanto al origen de la misma.

En los autistas encontramos serias alteraciones en todas las áreas que definen el mundo simbólico: lenguaje, juego simbólico, engaño, conducta

cooperativa o competitiva, etc. Ungerer y Sigman (1981) han demostrado la alta correlación entre las dificultades de comprensión del lenguaje en autistas y las carencias de juego simbólico y empleo funcional de objetos. Riguet et al (1 981) encuentran un nivel mucho más bajo en juego simbólico e imitación en niños autistas comparado con normales y con síndrome de Down.

Estas alteraciones simbólicas en autistas sólo pueden entenderse en el contexto de su origen interactivo y de las dificultades para percibir contingencias y, por lo tanto, para anticipar y predecir las conductas de los demás.

Aunque considero que lo "social" inunda todas las actividades del niño y que es el aspecto que se ve más afectado en la relación del niño autista consigo mismo y con su medio, no quisiera cerrar este apartado sin hacer una mención especial al juego que es la actividad social mediante la cual el niño comienza a descubrir e interactuar con su ambiente geográfico y su grupo de pares. Sin embargo debido a las deficiencias perceptuales que el niño manifiesta, el juego del autista se ve alterado y por lo tanto no contribuye al desarrollo evolutivo del niño.

El juego no es, fundamentalmente, una actividad placentera (puesto que en muchos juegos ésto depende del resultado), sino que más bien el niño satisface ciertas necesidades a través del juego. El niño en edad preescolar entra en un mundo ilusorio e imaginario, en el que los deseos irrealizables encuentran cabida: este mundo es lo que llamamos juego. La imaginación constituye un nuevo proceso psicológico para el niño.

Para Piaget, las diversas formas que va cobrando el juego, son consecuencia directa de las estructuras mentales del niño. Al mismo tiempo, el juego contribuye al establecimiento de nuevas estructuras mentales, que determinan a su vez, otros cambios en las formas del juego.

Durante el período sensoriomotor el juego consiste en la repetición de las habilidades motoras por el mero placer de ejecutarlas. Esta deformación de la

realidad (asimilación) en beneficio de los esquemas de acción (acomodación) cumple una función importante: la consolidación de las acciones que previamente habían tenido que acomodarse a la realidad. En otras palabras, el juego surge cuando la conducta ha perdido su objetivo o función y se continúa o repite por el mero placer de su ejecución.

Del ejercicio de estos esquemas motores surge el símbolo. Repitiendo el esquema de acción fuera del contexto, el niño adquiere una rudimentaria conciencia de "hacer como si", de sustitución de la situación por el gesto que la representa.

El juego, de dos a siete años, consiste en el ejercicio de que cualquier cosa puede representar a cualquier otra. Se trata también de compartir una experiencia más o menos lúdica entre al menos dos personas.

Pero además, el juego es un método para la elaboración de normas sociales, para el control recíproco, para la justificación moral. Así se desarrolla el juego de reglas, de la regla sagrada que proviene de los adultos a la codificación de las reglas y la discusión de cada aplicación. El juego de reglas es la subordinación de los niños a una regla común o norma y según Piaget, el juego deja de ser vital cuando el sujeto ha elaborado las operaciones formales. Estas suponen el equilibrio que hace innecesaria la deformación de la realidad por la acción lúdica, permitiéndole transformarla y entenderla sin acudir a su distorsión.

En autistas, el juego es una de las actividades más deterioradas que podemos encontrar. Y esto es así, porque tal y como hemos venido exponiendo aquí, las dificultades de anticipación, relación con iguales y simbolismo van a influir en buena parte en el desarrollo del juego.

En el siguiente cuadro se presentan los diferentes tipos de juegos de los niños de preescolar

Juegos	Descripción de conducta
Juego desocupado	El niño no se compromete con otros niños; puede contemplar pasivamente las actitudes de los demás.
Juego solitario	Juega sólo de forma independiente. Jugar con juguetes es su primera finalidad.
El espectador	Observa a los otros niños jugando, y comenta o se ríe de lo que ve.
Juego paralelo	Los niños juegan próximos unos de otros, con los mismos juguetes y ocupándose en las mismas actividades. No es compartido.
Juego asociativo	Los niños juegan cerca y utilizan una gran variedad de intercambios sociales para dar a entender que reconocen al compañero: haciendo preguntas, mostrando éxitos, etc.
Juego cooperativo	Los niños comparten metas o intereses comunes, hay una adaptación de roles recíproca como en el caso de obedecer turnos, y compartir un sentido de identificación con el grupo, los líderes y las reglas formales del grupo.

Aunque, en cada niño el nivel de juego dependerá del C. I., capacidad simbólica y comprensión lingüística, la mayor parte de los autistas mantienen juegos muy motores (de estimulación física) y repetitivos.

A los dieciocho meses, el niño posee un concepto de persona caracterizado principalmente por la idea de que el mundo experiencial de los demás y el de sí mismo es, fundamentalmente, semejante. Los procesos de identidad han trabajado garantizando los suficientes formatos de interacción básica como para provocar que la madre le trate como un organismo humano.

A partir de este momento, comenzarán a desarrollarse los mecanismos que posibilitarán el conocimiento de los demás como mentes coyunturalmente distintas. La reconstrucción de los estados de conocimiento de los demás se desarrollan en el período preoperatorio, y van consolidándose a lo largo de la vida. Mentir, el juego de representación y las reglas sociales son pasos hacia el perfeccionamiento de la capacidad de saber cómo son los demás.

Según Turiel (1983), adoptar la perspectiva de una persona, es decir, ponerse simbólicamente en su lugar, es un método para obtener información de lo que esa persona está viendo, de lo que piensa o de lo que siente. El método, como tal, puede aplicarse a numerosas situaciones y en relación con distintos sistemas conceptuales (espaciales, psicológicos, sociales, etc.).

La importancia del desarrollo de esta capacidad para ponerse en el lugar del otro para conocer o predecir sus estados de conocimiento, consiste en que nuestra vida social está continuamente plagada de este tipo de inferencias sociales; cualquier conversión, por ejemplo, requiere de un conocimiento previo del estado mental del otro, por lo menos para saber qué idioma comprende.

De alguna manera, el proceso de construcción de las inferencias sociales que hemos descrito no sería más que una parte de las posibles expresiones de una idea de persona más básica. Ésto es, la comunicación, las conductas sociales parten de la aceptación de un esquema de persona ya elaborado: persona es alguien fundamentalmente equivalente a mí, cuyo comportamiento en cierta

medida puedo predecir en base a índices y del que reconozco una buena serie de señales de identidad como sexo, edad, etc.

Sin embargo, el estudio del origen de este concepto puede ofrecer buenas explicaciones de cómo los autistas perciben el mundo social y, por lo tanto, una explicación de su comportamiento.

A la hora de considerar cómo pueden los niños autistas comprender la naturaleza de otra gente y examinar si han construido o no ese conocimiento, es necesario tener en cuenta tres factores. En primer lugar, la ambigüedad e inespecificidad del mismo concepto de persona; en segundo lugar, que es muy posible que la construcción de ese conocimiento pueda realizarse por diferentes vías; y en tercer lugar, la gran variabilidad que encontramos entre unos niños autistas y otros.

Sólo muy recientemente comienza a existir evidencia de cómo se produce o no esa comprensión de la experiencia de los otros. Según los resultados de Hobson (1984) los autistas serían relativamente hábiles para inferir la perspectiva visoespacial de otros (esta capacidad estaría relacionada -como en los niños normales- con el nivel de desarrollo cognitivo). Por contra, los resultados del experimento de Baron-Cohen, y otros en 1985, sobre teoría de la mente, parecen indicar que los autistas fallan de forma específica al intentar comprender las creencias de otros.

La investigación, hasta el momento, y la experiencia clínica parecen reflejar la restringida experiencia de las relaciones personales que tienen los autistas. Parece que les falta la relación corporal, especialmente afectiva sobre la que basar un conocimiento de las personas. Este déficit puede extenderse a un reconocimiento limitado de los demás como agentes, de forma que adquieren un conocimiento de personas altamente impersonal (y aquí conviene recordar cómo

responden a la mano del adulto como instrumento y no como parte de una persona).

Otros estudios, fundamentalmente de Hobson, vienen demostrando la especial incapacidad de los niños autistas en el reconocimiento de claves personales para la relación como sexo, edad y expresión emocional.

Weeks y Hobson (1986) trabajaron con niños autistas y no autistas retrasados emparejados en edad y habilidad verbal. En su experimento, los sujetos podían distribuir fotos de caras de gente según sus expresiones emocionales o los tipos de sombrero que llevaban. El principal hallazgo fue que la mayoría de los niños autistas las distribuyeron por el tipo de sombrero. Además, los 15 niños no autistas habían distribuido las fotos según la expresión emocional sin necesidad de instrucción, pero sólo seis de los 15 autistas lo habían hecho así, y cinco de los 15 fallaron consistentemente, aun dándoles la instrucción precisa.

El desarrollo del conocimiento social sigue su curso, a partir de los seis años, las relaciones del niño con sus iguales, junto con la familia, ocuparon un lugar central. La escuela y los medios de comunicación merecerían un estadio aparte. El niño ha interiorizado ya numerosas normas sociales y es capaz de un alto grado de autocontrol sobre su propia conducta.

2.3.1 LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA Y SU PERCEPCIÓN

Para la mayoría de nosotros la integración sensorial ocurre automáticamente, inconscientemente, sin esfuerzo. Para algunos otros, este proceso es deficiente y demanda esfuerzo y atención, sin garantía de precisión. El proceso que organiza e interpreta esta información se llama integración sensorial.

¿Qué les sucede a la mayoría de los niños con autismo?. Que tienen problemas en el procesamiento sensorial, y esto puede causar serias dificultades en su vida cotidiana. Éstas se manifiestan en un complejo desorden expresado en la dificultad de detección, modulación, discriminación e integración adecuada de la información que recibe a través de su sistema sensorial.

Existen dos categorías de problemas: por un lado, la modulación sensorial, que se refiere a la habilidad de filtrar la información, de modo que se pueda responder adecuadamente a la situación que se presenta. Por otro lado, la discriminación sensorial o la capacidad de comprender la información, interpretar lo que sucede en el ambiente y dar respuestas adaptadas a lo que pasa alrededor de nosotros. Muchos de los niños con autismo tienen dificultades en ambos campos, pero algunos tienen mayores problemas en uno que en otro.

El ejemplo más claro de modulación sensorial, la cual determina el grado de interacción social que el niño puede manejar, es el rechazo sensorial; el niño se sobre-sensibiliza con una o más de las sensaciones que recibe. El niño con autismo en edad escolar puede ser muy sensible a que lo rocen, por tanto estará muy nervioso de estar en la fila, porque otros niños pueden empujarlo o tocarlo sin querer. Este pequeño percibe esta situación como muy dolorosa y puede responder con un golpe o contestar a lo que él siente como molesto.

Un problema de discriminación sensorial se observa en niños autistas que no tienen una buena conciencia de su propio cuerpo, en lo que respecta a las sensaciones táctiles o discriminación táctil de sus músculos y articulaciones: el sistema propioceptivo da lugar a que el niño sea torpe, que no tenga equilibrio, a que choque con lo que tiene alrededor, que no sepa dónde acaba su cuerpo y tampoco la cantidad de espacio que debe recorrer para llegar a un sitio o salvar una barrera.

La regulación sensorial, especialmente la sensibilidad o el rechazo, puede impactar a la hora en que el niño tiene que comer, ya que es bastante selectivo

acerca de diferentes texturas, olores y sabores de la comida. La discriminación alrededor de la boca es importante, porque nos proporciona el feedback que indica dónde está la comida en nuestra boca, dónde está la lengua, cómo debemos usar la mandíbula para que se mueva, y así evitar mordernos la lengua. Es por eso que muchos de estos niños son descritos como sucios y tragones a la hora de comer. Se ponen demasiada comida en la boca y sus padres dicen que no mastican, sino que tragan, y esto sucede porque cuanto más alimento meten a la boca es cuando los músculos les proporcionan el impulso necesario para reconocer que es comida lo que tienen en ella.

Los niños que tienen mucha sensibilidad alrededor de su boca, generalmente son comedores pulcros que se limpian constantemente la boca o que se lavan las manos y la cara, no les gusta ensuciarse, porque no toleran que se les toque alrededor de la cara.

En conclusión, los problemas más frecuentes que se observan en ellos es que buscan experiencias sensoriales más intensas y de prolongada duración, lo que se pone de manifiesto en que están moviéndose constantemente, o por el contrario buscan inhibir algún tipo de estímulo al encontrarse hipersensibilizados.

Los adultos se quejan porque no están tranquilos "ni un minuto", pero este movimiento lo hacen con la intención de "cargar las pilas", para poder focalizar y prestar atención. Por tanto, sería un indicador de que necesitan más movimiento, tanto en cantidad como en intensidad.

Por otro lado, hay niños cuyo sistema nervioso recibe las sensaciones de una manera muy rápida o de golpe, y responden de una manera alterada (defensa sensorial). Algunas conductas que se pueden observar en estos casos son, por ejemplo, cuando responden con una agresión o se inhiben al ser tocados; tienen miedo o no les gustan actividades relacionadas con el movimiento o con el peso; son muy cautelosos y poco dispuestos a tomar riesgos o a probar nuevas

actividades; se sienten muy incómodos en ambientes ruidosos y llenos, tales como grandes almacenes, campos de fútbol, etc.

Todo esto imposibilita que el niño autista tenga una vida social normal, y que se aisle de los que le parece una catarata de sensaciones sin control.

En el siguiente capítulo estableceré los resultados de mi instrumento de investigación, mediante el cual se establece que la percepción que tiene el niño de su entorno es un punto fundamental para considerar en la construcción de un tratamiento que fomente en el niño un mayor control de sus receptores aferentes y eferentes con el fin de lograr que se manifieste una interacción social adecuada en él.

CAPÍTULO III

EL AUTISMO EN MÉXICO.

CAPÍTULO III EL AUTISMO EN MÉXICO

La mayoría de las instituciones mexicanas especializadas en tratar el autismo son sociedades civiles que prestan sus servicios a cambio de ciertos apoyos económicos. Estas instituciones basan su trabajo en terapias y tratamientos que son utilizados en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, principalmente en España. Sin embargo existe una gran confusión entre los padres de familia y muy poca difusión de las mismas instituciones y de sus actividades.

Es en este capítulo donde se darán los resultados de la investigación de campo realizada a las instituciones: Centro de Autismo Xochicalli, Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA) y Centro Educativo DOMUS, donde se realizaron encuestas a especialistas y padres de familia para conocer el impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

3.1 EL AUTISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

El autismo para los profesionales se define como un síndrome multicausal, cuyas causas son orgánicas, es un síndrome con el que se nace, se puede desencadenar desde que nace hasta los 3 años de vida, aunado a esto están las condiciones ambientales, que pueden agudizar el problema o desencadenarlo. Sin embargo para las instituciones de México no es muy importante el génesis de este síndrome puesto que consideran que el problema existe independientemente de la etiología que se quiera retomar. No obstante el enfoque de la alteración de la percepción del niño autista no queda descartada y es considerada en el diagnóstico y en el tratamiento, así como el problema de la interacción social es una de las áreas que se trabajan más profundamente.

Generalmente en todas las instituciones se trabajan las siguientes áreas:

- Vida cotidiana: Aprenden a realizar actividades de autosuficiencia como son higiene personal, tareas domésticas, manejo de dinero, etc.
- Repertorios básicos: Adquisición de habilidades de atención, imitación y seguimiento de instrucciones.
- Recreación: Para favorecer la interacción social del niño autista se fomenta la práctica deportiva y la expresión artística.
- Motricidad: Los niños reciben estímulo y programas de habilitación para desarrollar un mayor control de sus movimientos, adecuado equilibrio y mejor coordinación ojo - mano.
- Lenguaje: Se estimula esta área para superar los problemas que cada niño tenga.
- Conducta afectiva: Se estimula que el niño reaccione ante una muestra de afecto y responda a ella.
- Lecto - escritura: Se fomentan las habilidades del niño para desarrollar esta área.

En algunas instituciones se maneja el área artística para fomentar el mejoramiento del área perceptual o sensorial.

Antes de comenzar la terapia todas las instituciones ofrecen el servicio de diagnóstico, y así planear las terapias que se adecuen a las necesidades que cada niño presenta.

Puesto que cada niño es único las terapias son generalmente individuales o en su defecto en pequeños grupos. En forma grupal se integran a los niños que tienen un grado de autismo semejante o funcionamiento intelectual parecido. Estos grupos están conformados por 3 a 5 niños, un terapeuta, un asistente terapéutico y generalmente por una mamá que está aprendiendo los métodos educativos.

Muchas instituciones para niños autistas pretenden incorporar al niño en el aula regular o en el ámbito laboral, logrando así una mayor integración social del niño o adulto autista en su entorno.

Otro servicio que prestan las instituciones de autismo mexicanas es el apoyo a los padres de familia o escuela para padres, en donde se les enseña a reforzar el trabajo realizado en una terapia, tanto en la misma terapia como en casa.

También existe el servicio de orientación para padres donde éstos expresan sus angustias, dudas, presiones, etc., y en conjunto, padres de familia y terapeutas, se dan alternativas o sugerencias a cierto problema, tomándose así decisiones grupales para casos específicos.

Dentro de la investigación de campo se utilizó como instrumento de obtención de información el cuestionario que fue contestado por diversos profesionales entre los que se cuentan tres psicólogos, un musicoterapeuta, un pedagogo y un asistente (estudiante de psicología).

Los cuestionarios presentados trabajan tres apartados:

a) Interacción social.

b) Percepción.

c) Influencia de la percepción en la interacción social del niño autista.

Cada una de estas áreas están estrechamente ligadas a la hipótesis en la que está basado el presente trabajo de investigación, la cual menciona que los estímulos sensoriales del medio son percibidos de forma incompleta por el niño

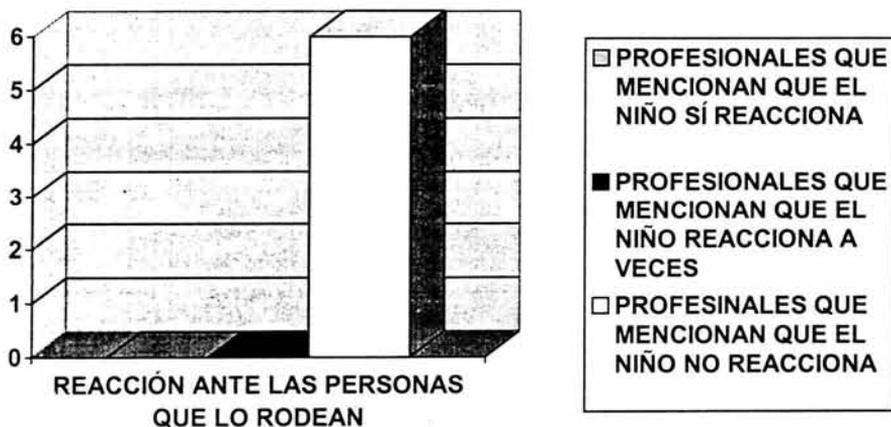
autista, lo cual obstaculiza la interacción social del niño con sus semejantes y con el mismo entorno.

A continuación se analizarán los resultados de cada reactivo de las tres áreas a fin de conocer la perspectiva de los profesionales ante la influencia de la percepción en la interacción social del niño autista.

a) INTERACCIÓN SOCIAL.

1.- ¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

En este reactivo de los 6 profesionales que contestaron el instrumento, respondieron que generalmente no reacciona el niño ante otras personas.



2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

En este reactivo 4 respuestas se inclinaron hacia el "no" y 2 a "a veces"



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ MANTIENE LA MIRADA
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES MANTIENE LA MIRADA
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO MANTIENE LA MIRADA

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

En esta pregunta la totalidad de las respuestas se inclinaron hacia el "no" o a "generalmente no"



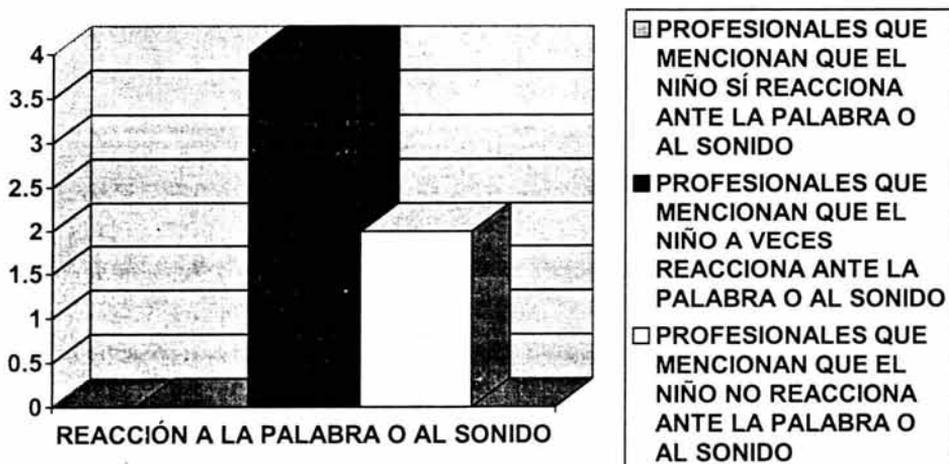
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ JUEGA CON OTROS NIÑOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES JUEGA CON OTROS NIÑOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO JUEGA CON OTROS NIÑOS

Estos resultados nos muestran que el niño autista presenta déficits en aspectos muy básicos de las relaciones sociales como son la falta de mirada mutua a los ojos, en la falta de atención a los otros y de orientación a ellos, en la carencia de intercambios coordinados afectivos y motores con las personas que los rodean, estas deficiencias pueden tener un origen cognitivo, considerando que la percepción es un proceso básico en el desarrollo cognitivo, podemos ver que es posible que la percepción que tiene el niño autista de las demás personas está dañada.

b)PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Los profesionales contestaron 2 que "no" y 4 que "en ocasiones".



5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido?

Este reactivo se orientó totalmente hacia el "sí".



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS

6.- Generalmente ¿el niño reacciona ante los objetos que ve?

Se dieron 5 respuestas negativas y una que menciona que el niño sólo reacciona a algunos objetos.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ REACCIONA ANTE OBJETOS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES REACCIONA ANTE OBJETOS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO REACCIONA ANTE OBJETOS QUE VE

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

En este reactivo se dieron 4 respuestas negativas y 2 respuestas que sugieren que el niño presta atención sólo a algunos objetos.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve?

5 respuestas son afirmativas y una dice que algunas veces.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE A VECES EL NIÑO SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE

9.- Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?.

2 respuestas mencionan que depende del nivel de autismo del niño, 2 respuestas nos dicen que en ocasiones el niño se queja y 2 respuestas más hablan de que el niño no se queja.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

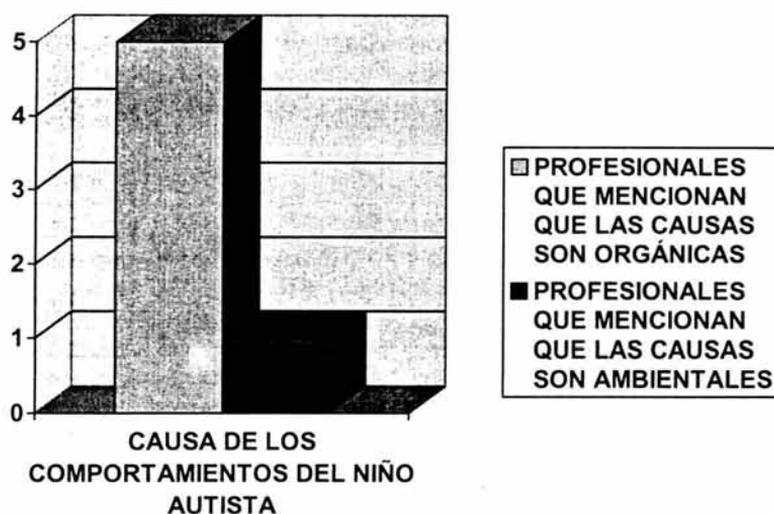
En esta pregunta los resultados obtenidos fueron 2 "sí", 3 "depende del caso o paciente", y un "no".



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ PRESENTA INSENSIBILIDAD AL CALOR Y AL FRÍO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES PRESENTA INSENSIBILIDAD AL CALOR Y AL FRÍO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO PRESENTA INSENSIBILIDAD AL CALOR Y AL FRÍO

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

En 5 respuestas se le atribuyen estos comportamientos a un déficit orgánico como es problemas en el Sistema Nervioso Central, percepción afectada, desarrollo y conducta anómalos, etc., una respuesta habla de una causa ambientalista por la que se bloqueo la percepción.



Como podemos ver en esta área, la inconstancia perceptual del niño autista afecta gravemente su relación con el entorno provocando en muchas ocasiones que no se pueda llegar a un aprendizaje, y por lo tanto a una adaptación adecuada al medio ambiente.

c) INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.- Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?.

La totalidad de las respuestas de este reactivo fueron afirmativas.



13.- ¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

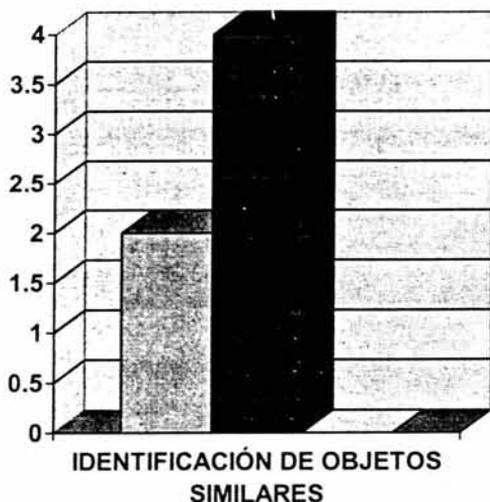
En esta pregunta las 6 respuestas fueron afirmativas.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ NECESITA REPETICIÓN DE EJERCICIOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES NECESITA REPETICIÓN DE EJERCICIOS
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO NECESITA REPETICIÓN DE EJERCICIOS

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

2 de las respuestas nos muestran que el niño sí puede identificar objetos similares, y 4 respuestas nos mencionan que sólo en ocasiones.



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ IDENTIFICA OBJETOS SIMILARES
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES IDENTIFICA OBJETOS SIMILARES
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO IDENTIFICA OBJETOS SIMILARES

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Este reactivo se inclinó en su totalidad hacia el "sí". En las respuestas se menciona a la percepción como factor determinante para que se dé una adecuada integración del niño a su ambiente, es decir para que exista una interacción social entre el niño y su entorno.

En esta área podemos afirmar que la percepción origina el conocimiento el cual es un proceso de socialización en sí mismo, ya que, al adquirir determinadas nociones sociales, el niño es capaz de situarse en la realidad, entenderse a sí mismo y relacionarse con los demás; y los procesos afectivos de socialización que se refieren a vínculos afectivos que el niño establece con sus padres, hermanos, compañeros, amigos y otras personas de su entorno. Estos procesos afectivos probablemente actúen como una de las bases más sólidas del desarrollo social al tiempo que, sin embargo, son sin duda los peor estudiados. Entre estos procesos están la empatía, el apego, la amistad, el afecto, el amor, etc. En el caso del niño autista la socialización no se puede llevar a cabo puesto que los estímulos sensoriales que el niño percibe no llegan completos a su cerebro por lo tanto le producen sensaciones de angustia, frustración y miedo y responde de forma hostil al medio o ni siquiera responde.

3.2 EL AUTISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PADRES DE FAMILIA.

La familia es un sistema de interacción en el que cada uno de los miembros ocupa un papel y una posición con respecto a los demás. El padre y la madre definen sus roles a partir de sus propias características, de su experiencia personal y de roles sociales; la sociedad define como "debe ser" para los hombres ser padres y a las mujeres ser madres.

La expectativa de tener un hijo está rodeada de anhelos, fantasías e ilusiones, los padres esperan realizarse como "figuras ejemplares" en la crianza y educación de su hijo. A cada miembro de la pareja le corresponde, en mayor o menor grado, la atención, cuidados, sostenimiento y disciplina del hijo.

La paternidad y la maternidad se ejercen a partir de una división de funciones, responsabilidades y tareas concretas que coinciden (o deberían concordar) con la personalidad de cada uno como individuo. No existe un perfil rígido de estas funciones. De hecho son complementarias, y cuando el matrimonio se desarrolla en forma de pareja, estas tareas se comparten e intercambian con cierta flexibilidad.

Cuando los padres tienen que atender a un hijo con autismo, el papel de los padres cambia abruptamente.

El autismo y la paternidad no tienen el mismo significado para ambos padres. Suelen existir diferencias en la forma como cada uno percibe el trastorno de su hijo, y por lo tanto, se perfilan diferentes actitudes que se manifiestan en la forma de enfrentar el problema; sobre todo, frente a una situación como la de tener un hijo autista, que involucra reacciones emocionales fuertes e impone una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas que parecen desorientar a la pareja en múltiples direcciones; estas diferencias crean desajustes importantes en la dinámica familiar.

Al tomar conciencia de que la realidad de su hijo se aleja de las ilusiones y proyectos que tenían para él, los padres se confrontan con sus expectativas. Se presenta una crisis de familia. El equilibrio interno de la pareja se descompensa, el funcionamiento y el ciclo vital de la familia se modifica, sus reacciones ante la sociedad se transforman y frecuentemente la vida como pareja se descuida.

Los padres presentan reacciones psicossomáticas que actúan como mecanismo de defensa; se trata de un proceso inconsciente que protege de la ansiedad, el dolor, la culpa o vergüenza a los padres del niño con autismo.

"Es natural que los padres hayan experimentado sentimientos conflictivos cuando descubrieron que su hijo presentaba algún tipo de discapacidad. Estos sentimientos cambian y evolucionan con el paso del tiempo y a medida que las situaciones varían. Probablemente ellos han experimentado alguno de los sentimientos que se describirán a continuación"¹⁹

Choque.

Tener un hijo con algún tipo de discapacidad es un fuerte golpe que por lo general implica una reacción que los expertos han determinado con el nombre de "choque". Se trata de ese sentimiento de indiferencia en que los padres escuchan las palabras, saben lo que quieren decir, pero en realidad no sienten nada; es como si ellos se encontraran flotando, suspendidos.

Esta etapa inicial, puede ser muy breve o bien prolongarse. Todos atraviesan por este periodo. Algunos padres descubren que su hijo no es normal inmediatamente después del nacimiento, en otros casos, los padres lo descubren tiempo después.

Otros padres pueden sospechar que su hijo tiene algún problema; puede haberles preocupado el que su hijo no fuera como los otros bebés. Tal vez el niño era demasiado bueno, ya que se quedaba acostado, sin llorar ni reaccionar cuando lo abrazaban, probablemente no despertaba con sonidos fuertes o no hablaba mientras otros niños de su misma edad ya balbuceaban. El choque que los padres experimentan cuando descubren que su hijo es autista es fuerte. En la medida que los padres lo asimilan es más ligero.

¹⁹ BARBARANNE, B. "Un niño especial en la familia: guía para padres", p.11.

Negación.

Otra de las reacciones típicas que experimentan algunos padres es negar que existe un problema. "Sólo está cansado", "es su manera de ser", "ya se le pasará", etc., son manifestaciones de escape que algunos padres experimentan cuando no quieren aceptar que su hijo tiene algún problema, niegan que existe éste, porque no pueden afrontar que su hijo no cubra sus expectativas, es decir que no sea un "niño normal".

Aunque es natural sentirse así, no es conveniente que esta actitud se prolongue; cuanto más tiempo se niegue que existe un problema, el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado.

Culpabilidad.

La culpabilidad es otro sentimiento que experimentan los padres con frecuencia y que puede ser contraproducente.

Es muy fácil sucumbir ante esta emoción. Los padres se sienten responsables y se culpan por el problema del niño: "si hubiéramos sido más cuidadosos", "si hubiera seguido las indicaciones del médico", seguramente ninguna de estas acciones originó el problema del niño.

Otro aspecto es transferir la culpa a alguien: "ya no puedo más con esta situación", "tiene que haber sido tu culpa", "deberías sentirte tan desdichado como yo". Culpan al médico, al cónyuge, o a otros miembros de la familia. El estrés marital es normal y universal en todas las familias que enfrentan el proceso de aceptar y adaptarse a un niño con necesidades especiales.

Los padres necesitan apoyo mutuo; sin embargo muchas veces en vez de ayudarse, se culpan el uno al otro por el problema de niño. A menudo, lo único que se logra cuando se trata de culpar al cónyuge, es empeorar la situación.

Enojo.

El enojo es otro sentimiento normal. En algunos casos, estos sentimientos de ira tienen como finalidad generar energía para actuar.

Aceptación.

Significan que los padres aceptan a su hijo como un niño y que lo aceptan como él es. Los padres aceptan que su hijo tiene limitaciones y que tal vez nunca será capaz de hacer lo mismo que un "niño normal".

Todo lo anterior genera una mezcla de sentimientos que confunden a los padres, experimentando de diferente manera el choque, la negación, la culpabilidad, el enojo y la aceptación.

En la investigación de campo para los padres de familia se utilizó el mismo instrumento que para los profesionales, la muestra fue de 6 padres dentro de los que se encuentran 5 madres y un padre, teniendo los siguientes resultados

a)INTERACCIÓN SOCIAL.

1.- ¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

En este reactivo se encontraron 2 respuestas negativas de parte de los padres y 4 respuestas que mencionan que sólo hace caso a personas familiares (madre, padre y hermanos).



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ REACCIONA
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO REACCIONA A VECES
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO REACCIONA

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

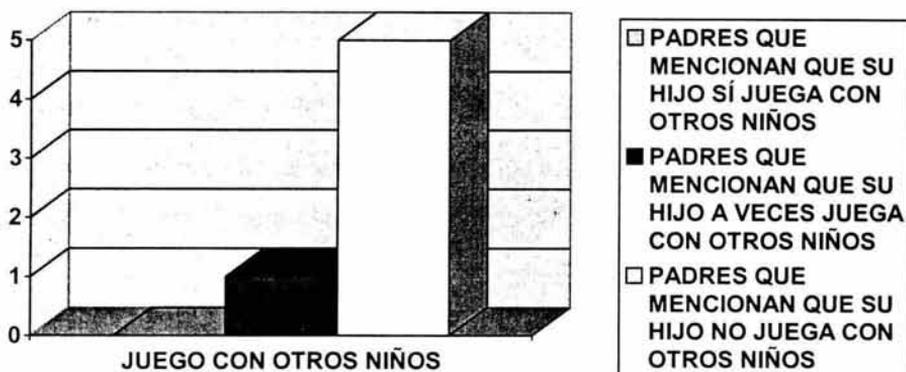
Los padres respondieron 4 que "no" y 2 "en ocasiones"



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ MANTIENE LA MIRADA
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES MANTIENE LA MIRADA
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO MANTIENE LA MIRADA

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

Los resultados de esta pregunta son 5 respuestas negativas y una que menciona que sólo juega con su hermanito menor.



En esta área podemos observar que los padres identifican en el niño problemas al interactuar con los demás, sobre todo si son desconocidos, esto se debe a que el niño de alguna manera ya se acostumbró a las personas que conviven cerca de él, es decir ya los percibe de cierta manera, y esta situación ha dejado de producirle angustia, sin embargo cuando se le presentan situaciones nuevas el niño no sabe cómo reaccionar y tiende a aislarse.

b)PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

5 respuestas se orientaron hacia "en ocasiones" y una respuesta hacia el "no".



- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO SÍ REACCIONA ANTE LA PALABRA O AL SONIDO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO A VECES REACCIONA ANTE LA PALABRA O AL SONIDO
- PROFESIONALES QUE MENCIONAN QUE EL NIÑO NO REACCIONA ANTE LA PALABRA O AL SONIDO

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido?

Dentro de los resultados que presenta la pregunta se mencionaron 5 respuestas afirmativas y una respuesta en donde no se le puso atención al niño en este rubro, por lo que se anula la respuesta.



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO REACCIONA ANTE ALGUNOS SONIDOS

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

3 respuestas fueron negativas, 2 hablan de que "en ocasiones" y una más es afirmativa.



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ REACCIONA ANTE LOS OBJETOS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES REACCIONA ANTE OBJETOS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO REACCIONA ANTE LOS OBJETOS QUE VE

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

En este reactivo existen 5 respuestas que mencionan que el niño presta atención a algunos objetos y uno contestado afirmativamente.



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO PRESTA ATENCIÓN HACIA LAS COSAS QUE VE

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve?

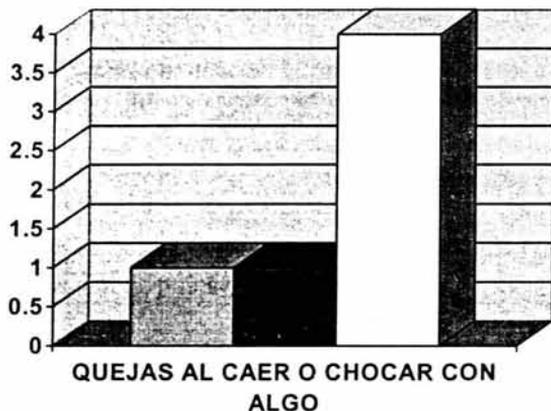
4 respuestas fueron negativas y 2 afirmativas.



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO SE ALEJA DE CIERTOS OBJETOS QUE VE

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?.

En este reactivo 4 respuestas fueron negativas, una fue "A veces" y una afirmativa.



- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO SÍ SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO A VECES SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO
- PADRES QUE MENCIONAN QUE SU HIJO NO SE QUEJA AL CAER O CHOCAR CON ALGO

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Una respuesta fue negativa y 5 positivas.



11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

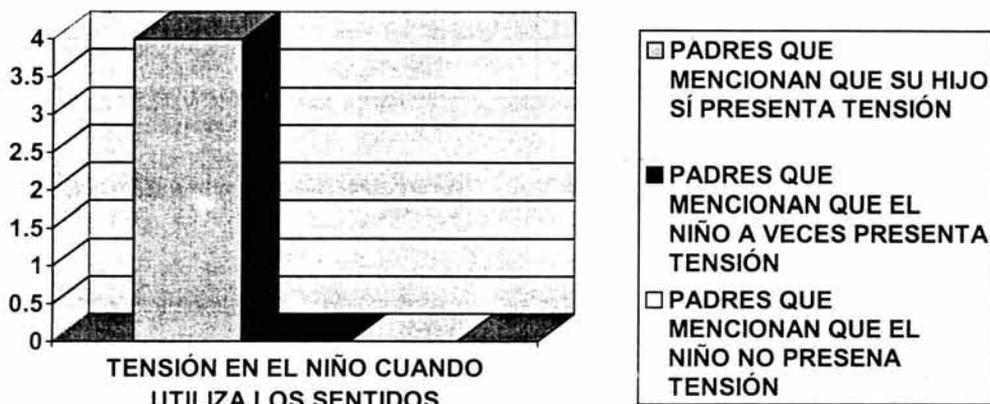
Las respuestas de esta pregunta son demasiado ambiguas lo que nos muestra que los padres no están bien informados acerca del síndrome que aqueja a sus hijos.

Dentro de esta área podemos concluir que el daño en la percepción del niño depende del nivel de autismo que presente, pero sin importar este nivel se hace evidente la existencia de una anomalía en la percepción del niño. En cuanto a la muestra de que el niño reacciona solo a ciertos objetos, como se mencionó anteriormente, es porque se encuentra familiarizado con ellos.

c) INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?.

En esta pregunta existen 4 respuestas positivas y 2 respuestas donde no se ha puesto atención a las reacciones del niño, por lo que se anulan, ya que no nos brindan información alguna.



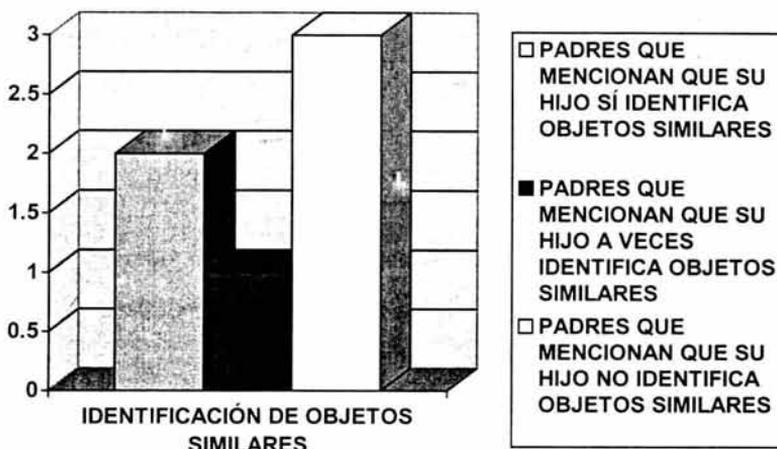
13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Las 6 respuestas de este reactivo se inclinaron hacia el "sí".



14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

3 respuestas nos dicen que "no", una muestra que determinados objetos si los identifica como las naranjas y las mandarinas, y 2 mencionan que "sí".



15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

En esta pregunta, al igual que en la pregunta 11, los padres no tienen la suficiente información como para construir su propio criterio, puesto que mencionan que sí influye la percepción del niño en su interacción social pero no saben de qué modo.

En esta área podemos destacar que el niño autista no percibe de manera adecuada el medio ambiente que le rodea, puesto que el proceso de reestructuración perceptual que configura los objetos del exterior en la mente del niño está alterado, en algún nivel que va desde los órganos perceptuales, pasando por el Sistema Nervioso y llegando a la mente. Esto provoca que no se dé una gestalt, por lo cual el niño no logra desarrollar un ambiente conductual y no tenga la capacidad de establecer un concepto perdurable de sí mismo ni de su entorno, y dado el problema del suministro perceptual no puede aprender a interactuar normalmente con los demás o emplear un lenguaje comunicativo.

Esta situación afecta profundamente a los padres del niño por lo que analizaré como afecta y enfrenta cada uno de ellos, tanto el padre como la madre, el problema de su hijo.

3.2.1 LA MADRE ANTE SU HIJO AUTISTA.

Marcin en 1993 resalta que la reacción de la madre y del padre, ante la tarea de educar a un niño con necesidades especiales, no es la misma, a continuación se mencionará el efecto en la madre y el padre de un niño autista.

Los cuidados que brinda la madre y el amor con el que los realiza, son estímulos sensoriomotores que promueven el desarrollo cognoscitivo, motor y emocional del niño.

Cuando el desarrollo del niño se desvía de las pautas de maduración normal, como sucede en el autismo, la madre se siente confusa. Surgen muchas interrogantes que deprimen o angustian, paralizan o movilizan acciones llenas de incertidumbre. Frecuentemente la mujer inicia la búsqueda sola, y en el mejor de los casos con el respaldo de su esposo.

Esta carga excesiva se traduce en múltiples actividades y actitudes. La madre se esmera por mantener al hijo aseado, lograr que se alimente correctamente, vestirlo o intentar que lo haga por sí mismo, encontrar el lugar adecuado para su educación y tratamiento, llevarlo y traerlo, acudir a consultas o entrevistas, reuniones de padres, administrarle puntualmente el medicamento, etc.

Además de las tareas concretas están las preocupaciones, la desorientación: ¿qué tanto exigirle, qué límites imponerle?, ¿cómo entusiasmarlo, cómo disciplinarlo, hasta dónde tolerar, cómo corregir, qué tanto necesita?, etc.

Si la familia no es un equipo de trabajo, el rol de la madre de un niño autista puede ser tan absorbente que no le deje tiempo ni energías para ser mujer, esposa, madre de otros hijos y ella misma. El riesgo es vivir con mucha ambivalencia, aceptando y rechazando consciente o inconscientemente a su hijo.

3.2.2 EL PADRE ANTE SU HIJO AUTISTA.

La paternidad no es instintiva o espontánea, es el resultado de un proceso que avanza y educa al hombre para que se convierta en padre, por la presencia e interacción con su hijo y la relación con su mujer como madre.

El padre es una figura central en cuanto a la implantación de normas y disciplina, impone límites y ayuda al niño a controlar sus impulsos: de esa manera facilita a la madre la tarea de educar y orientar al hijo.

Él provee la seguridad y el sustento, interviene en la relación madre - hijo en un momento dado del desarrollo, rompe lazos de dependencia que el hijo tiene que superar para ganar identidad personal diferenciándose de la madre, y abriéndose a otras relaciones emocionales y sociales. ¿Qué sucede con estas funciones en el caso de los padres de niños con autismo?.

Lo fundamental, a resaltar, es que la condición del hijo interfiere y limita su desarrollo. Se crea, entonces, una mayor necesidad de interacción entre la madre y el hijo, que requiere de cuidado y atención especial.

Esto intensifica y prolonga lo que debería ser un periodo de dependencia natural, convirtiéndose en una atadura emocional "forzada" madre - hijo por tiempo indefinido.

El padre permite y es testigo de esta dependencia cuando deja de intervenir en las funciones anteriormente señaladas.

Sus sentimientos de confusión e impotencia lo remiten a la idea, a veces no consciente, de que el hijo requiere de las bondades de una maternidad extraordinaria y que él hace poca falta en esta misión que es más propia de la mujer.

Los argumentos no faltan: él se tiene que ocupar del sustento familiar, y con mayor razón por los gastos que implican los múltiples estudios y tratamientos de un hijo con necesidades especiales.

Bajo esta óptica se explica, pero no se justifica, el distanciamiento y el abandono de su paternidad faltando así a la cita de complementar a su esposa en la difícil labor de criar a un hijo que, posiblemente, necesite en forma permanente, la fuerza, entereza y vinculación con un padre aceptante, cercano, y sobre todo, afectuoso.

Al excluirse el padre de esta relación madre - hijo, se paraliza la familia y se provocan vidas paralelas el padre de los hijos sanos, la madre del hijo autista.

No es extraño ni poco común un alejamiento de la pareja que muchas veces resulta en separación o divorcio. El abandono de la paternidad obedece, en parte, a una necesidad emocional de conservarse fuera de ámbito de los sentimientos de impotencia que se suscitan en relación a no poder hacer más por su hijo.

"La Secretaría de Salud en 1981 realizó una encuesta en la que reporta, que el 71% de las parejas con niños con discapacidades están separados, por la falta de apoyo de los padres"²⁰

²⁰ COVARRUBIAS, A.L., et.al., "Programa para la formación de padres de un niño autista". p.72.

La afirmación de la paternidad se da cuando el aprende una forma de paternidad excepcional que quizás tenga varias satisfacciones: la de rehabilitar a su hijo, permanecer al lado de su esposa, integrarse a la familia y en algunos casos luchar en la difusión de información relativa al autismo.

Una vez superada la etapa de tensión ambos padres deben buscar los medios necesarios para ayudar a su hijo con autismo, ya que ellos, en la mayoría de los casos, se enfrentan a situaciones difíciles, tales como: encontrar un lugar adecuado para su educación, buscar tratamientos para su rehabilitación, tener el apoyo de profesionales, todo esto de acuerdo a las necesidades especiales del niño autista.

En México, los padres de niños autistas que acuden a instituciones especializadas tienen un concepto más definido de lo qué es el autismo y su origen, sin embargo aún existe confusión en cuanto cómo se trata.

En general considero que se necesita una mayor difusión de información de lo que es el autismo entre los padres de familia y cuáles son las instituciones, tanto privadas como de gobierno, que prestan ayuda a este síndrome.

3.3 EL AUTISMO EN MÉXICO Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

Sean cuales sean las causas del autismo, en las instituciones mexicanas, se tiene como objetivo fundamental el introducir al niño autista a la sociedad que lo circunda. Por lo que se emplean una serie de terapias y tratamientos en donde el niño no sólo interactue con sus terapeutas y sus padres, sino también con sus pares.

En México se vive una gran desinformación sobre este síndrome que está afectando principalmente a las familias donde existe un niño con autismo, puesto que en muchas ocasiones las familias no saben a que institución acudir para pedir apoyo, o información sobre el estado en el que se encuentra su hijo.

Sin embargo dentro de las instituciones se tiene una mayor claridad sobre lo qué es el síndrome del autismo, que en México, es visto "no como una enfermedad sino como un problema de conducta. Los niños con este problema tienen excesos y déficits conductuales, les falta aprender conductas apropiadas y desaprender inapropiadas"²¹, por lo que se fomenta el aprendizaje de conductas apropiadas en el medio ambiente natural (físico y social). Así los niños interactúan en su vida diaria con personas que han sido capacitadas para educar a niños con problemas de autismo, o con sus familiares que son capacitados. Estas interacciones terapéuticas ocurren todo el tiempo y en diversos escenarios como por ejemplo: en el comedor, en la sala, en el jardín, en un carro, en un edificio, en una tienda, en el parque, etc.

Durante estas interacciones en el escenario natural, los miembros de la institución o de la familia instigan, refuerzan (enseñan) conductas deseables y extinguen (dejan de reforzar) o corrigen las indeseables. Por ejemplo: cuando un miembro pasea con un niño, éste le hace preguntas, reforzando las respuestas apropiadas del niño. A la hora de comer, los niños aprenden a comer

²¹ Centro para niños con problemas de Autismo, localizado en Comunidad Los Horcones, Sonora, México.

apropiadamente ya que comen acompañados de alguien que refuerza sus conductas apropiadas y corrige sus inapropiadas.

Los niños con problemas de conducta no están separados de la vida social de la comunidad. Las personas con problemas de conducta autista no son vistos como enfermos sino como personas a las que les falta aprender ciertas conductas.

Una vez que el niño con autismo ha adquirido las herramientas básicas que le permiten iniciar su relación con los demás y con el entorno, es fundamental que tenga acceso a un ambiente educativo "normalizado", ésto es, la oportunidad de convivir y desenvolverse en un ambiente apropiado para cualquier niño de su edad. Para lograrlo el niño requerirá del apoyo personalizado de un profesional que le acompañará en su proceso de integración. Las estrategias que se llevan a cabo en la integración escolar de los niños autistas incluyen: la evaluación de las capacidades cognitivas y sociales del niño con autismo, su preparación para integrarse y la programación de todos los apoyos profesionales que requiera. Así mismo, brindan a la familia del niño programas de sensibilización y servicios de asesoría, necesarios para que puedan asumir el compromiso y la responsabilidad que conlleva la integración de su hijo.

Se da un programa de Integración Escolar con el modelo "el niño con discapacidad dentro del aula regular con una maestra de apoyo" llevando a cabo una labor exhaustiva brindando los elementos necesarios para cada niño, buscando realizar una integración escolar adecuada. Así mismo ofrece las estrategias necesarias para que la comunidad educativa regular alcance con éxito la apertura necesaria para lograr una educación para todos.

Como todos los jóvenes, aquellos que tienen autismo merecen la oportunidad de desenvolverse como adultos autosuficientes y productivos, tomando en cuenta no sólo el grado y nivel de su discapacidad sino, sobre todo, sus capacidades. Para alcanzar esta meta, algunas instituciones cuentan con un

programa permanente de capacitación para el trabajo, cuyo objetivo es desarrollar, entre los jóvenes, las habilidades necesarias para desempeñarse adecuadamente en el ambiente laboral. Ésto incluye entrenamiento en tareas específicas, pero también, el haber desarrollado la tolerancia y los hábitos necesarios para convivir con sus compañeros de trabajo. Una vez que los jóvenes se han capacitado, se procura su inserción laboral.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA.

CAPÍTULO IV. PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA

El presente capítulo ha sido elaborado basándose en los lineamientos de los capítulos anteriores, principalmente del capítulo III, en donde se elaboró la investigación de campo que comprobó que el niño autista presenta problemas perceptuales, que producen dificultades para interactuar con otros, así como para utilizar un lenguaje comunicativo que le permita relacionarse con las personas y las situaciones desde el comienzo de la vida.

4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La presente propuesta está basada en el estudio analítico y descriptivo de los procesos mentales del niño autista, principalmente en los que se refieren al aprendizaje de la interacción social del niño autista. Basándonos en el concepto de interacción social como "el proceso interpersonal fundamental en el que los sujetos en contacto modifican temporalmente su comportamiento los unos frente a los otros en una estimulación recíproca durante el tiempo del contacto"²², y es en el análisis hecho del autismo en los capítulos anteriores en donde se sustenta la elaboración de esta propuesta.

Esta propuesta busca una educación integral en la que el niño autista entre en relación con los miembros del grupo al que pertenece. Esta educación busca proporcionar un modelo funcional que le facilite al niño el análisis del mundo social en que vive y las condiciones que le rodean.

Esta propuesta psicopedagógica está basada en la Psicología de la Gestalt, como ya se ha mencionado anteriormente, puesto que se enfoca al proceso social del niño autista, a partir del análisis de los procesos perceptuales que ocurren en

²² THINES, G., et.al., "Diccionario general de las ciencias humanas", p. 490.

el niño. También retoma ciertos aspectos de la teoría psicogenética de Jean Piaget en lo que se refiere al desarrollo infantil.

La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria, por lo que en esta propuesta psicopedagógica se implementarán actividades que permitan al niño autista el percibir su ambiente de forma completa, es decir, la Psicología de la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un sistema organizado de tensiones y esfuerzos (fuerzas), análogos a las que se dan en un campo gravitacional o en un campo electromagnético, por lo que se debe enseñar al niño a reaccionar a estas fuerzas de forma adecuada.

Debe quedar claro que en esta propuesta el problema del aprendizaje es secundario respecto a la percepción; "la llave para aprender es el descubrimiento de la respuesta correcta, la cual depende de la estructuración del campo, o formación de la Gestalt. Cuando se crea la Gestalt se experimenta un rápido insight, surge el darse cuenta, se comprende"²³. Este momento puede aparecer como si fuera un flash, la expresión de un "ajá". El verdadero insight se caracteriza por la reproducción de una nueva conducta; se puede repetir la misma conducta y además dicha conducta se puede aplicar a otras situaciones que no sean idénticas a la situación original en que surgió el aprendizaje.

Por lo anterior podemos afirmar que "casi todo aprendizaje supone la presentación de varios estímulos, ya sea la aparición contigua de estímulos condicionados y no condicionados en el aprendizaje respondiente, la yuxtaposición de estímulos discriminatorios y reforzantes en el aprendizaje operante, o bien el apareamiento de un reforzador efectivo con otro estímulo que ha de establecerse como reforzador condicionado"²⁴. Un niño que pone atención sólo a uno de estos estímulos, como el niño autista, presentados en forma

²³ CASTANEDO, C., op. cit. p.44.

simultánea o contigua, es incapaz de aprender en cualquiera de estas formas. Por lo que se ponen de manifiesto los problemas de aprendizaje ante los estímulos sociales.

Por otra parte, también se ha argumentado que el autismo es un trastorno heterogéneo que se beneficia de subtipos (Castelloe y Dawson, 1993). De hecho, se han identificado tres subgrupos de autismo con base en las diferentes cualidades de interacción social. Un subgrupo apartado de individuos que rara vez inicia la interacción social excepto para satisfacer sus necesidades básicas y no responden a las proposiciones sociales no solicitadas. De modo similar, un subgrupo pasivo no inicia la interacción pero responderá a las proposiciones sociales estructuradas por otros. El subgrupo activo pero excéntrico inicia interacción social con otros, pero lo hace de modo particular, ingenuo o en un solo sentido.

Esta investigación pretende resaltar una etiología perceptual, es decir, que la causa del autismo es una serie de trastornos de las aferencias y eferencias, esto es, un problema de los receptores sensoriales y de las respuestas que dé el organismo a éstos. Esta hipótesis argumenta que "en el autismo primario, la barrera constitucional es demasiado ancha y aísla el organismo, de manera indiscriminada, de toda estimulación, mientras que en el autismo secundario se supone que la barrera es demasiado delgada, en cuyo caso sobreviene una hiperestimulación y el organismo reacciona de manera defensiva"²⁵ a su entorno.

Koffka define a la psicología desde el punto de vista gestáltico como "el estudio de la conducta en su relación causal con el campo psicofísico"²⁶, este campo está constituido por el ambiente geográfico el cual es el entorno real que rodea a un individuo, y el ambiente conductual el cual regula la conducta de forma directa e influye en la percepción de forma individual y subjetiva según el sujeto. El

²⁴ ROSS, A., "Terapia de la conducta infantil", p.125.

²⁵ AJURIAGUERRA, J., op. cit., p. 704.

²⁶ KELLER, F.S., op. cit., p. 117.

campo psicofísico también incluye los "deseos e intenciones, éxitos y desilusiones, alegrías y penas, amores y odios, y también el darse cuenta de las propias acciones"²⁷.

Este campo psicofísico "determina la conducta, significa lo que por naturaleza es tanto psicológico como físico. Dentro del campo psicofísico se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual; del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país. El medio ambiente conductual se refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico. Estas fuerzas o estímulos sensoriales actúan sobre los órganos sensoriales; éstos a su vez sobre el sistema nervioso, y de ahí van a la mente"²⁸, en un niño autista el proceso perceptual es alterado, debido a que no existe una integración de las percepciones recibidas por los diferentes sentidos, por lo que el campo psicofísico no es percibido de forma correcta. Al no percibirse de manera adecuada el campo físico se altera el proceso de reestructuración perceptual que configura, a partir de la información del ambiente, una forma o gestalt, por lo cual el niño no logra desarrollar un ambiente conductual lo cual origina que el niño no sea capaz de "establecer un concepto perdurable de sí mismo y de su ambiente, y dado el problema de la integración del suministro perceptual, no puede aprender a interactuar normalmente con otros o emplear un lenguaje comunicativo"²⁹.

A continuación hablaremos de la explicación que le da la psicología de la Gestalt a la organización de la percepción, mediante varias leyes que esta psicología pronuncia; y como se involucran estas leyes con el síndrome autista.

²⁷ Ibidem, p. 119.

²⁸ CASTANEDO, C. op. cit., p. 45.

²⁹ PALUZNY, M., op. cit., p. 81.

- Ley del cierre (completamiento de figuras):

Si una figura está incompleta el receptor la completa en su mente, "Koffka ha afirmado que si las fuerzas externas, o sea las condiciones objetivas del estímulo, no se organizan para producir buenas configuraciones espontáneas, entonces las fuerzas internas dentro del individuo tienden a modificar el patrón de la estimulación retiniana hacia una configuración con más bondad"³⁰.

Este fenómeno, conocido como fenómeno de cierre, se manifiesta en muchos otros campos más allá de la percepción visual, buscando ajustar muchos de nuestros procesos mentales del modo más completo y típico posible. Mediante este fenómeno los antiguos organizaron los astros en constelaciones.

Una buena organización perceptual implica que "una figura siempre será o llegará a ser tan regular, simétrico, simple y estable como lo permitan las condiciones prevalentes"³¹. Por otra parte una figura incompleta o abierta tiende a cerrarse o completarse, esto también sucede en el pensamiento y el aprendizaje, "un problema no resuelto o una tarea específica no aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión. Al resolver el problema se efectúa el cierre y se descarga la tensión"³². Así pues, el niño autista tiene una gran cantidad de tensión acumulada por el hecho de no producir un cierre adecuado debido a su inconstancia perceptual, esta tensión origina que los procesos afectivos del niño, entre los cuales se encuentran la empatía, el apego, la amistad, el afecto, el amor, etc. y que actúan como bases del desarrollo social, no se empleen como comúnmente en otros niños y por lo tanto no produzcan un vínculo de interacción con los demás. Así que se le debe ayudar al niño autista a hacer una buena gestalt o un cierre adecuado para eliminar la tensión que este hecho produce, trabajando al mismo tiempo con los procesos afectivos del niño.

- Ley de la proximidad (proximidad de los elementos entre sí).

³⁰ FORGUS R.H., "Percepción: proceso básico en el desarrollo cognoscitivo", pág.141.

³¹ CASTANEDO, C., op. cit., p.45.

³² Ibidem, p 46.

La distancia entre los objetos en el campo estimulador determina la organización perceptiva. Esta tendencia, que al igual que todas tiene fines adaptativos, facilita a nuestra percepción conformar objetos con contornos paralelos. Será necesario recalcar, en el niño autista, esta ley en estrategias didácticas, para que poco a poco logre agrupar los elementos de su entorno que ayuden a la adaptación social del niño.

- Ley de la semejanza:

Los estímulos similares se agrupan y perciben de acuerdo con el agrupamiento por semejanza. La percepción agrupa las figuras por su similitud de forma. Habrá que enseñar al niño autista a que agrupe las figuras por su similitud, para que posteriormente logre agrupar a las personas, es decir el niño necesita discernir su semejanza con otras personas y a partir de ahí consolidar su concepto de sí mismo como persona individual y como parte de un todo social.

- Ley de la inclusividad (experiencia pasada):

"El experimento de Gottschaldt (1926), realizado para conocer los efectos de la experiencia repetitiva de ver una forma, en la habilidad para identificarla cuando más tarde era incluida en una configuración más compleja, demuestra que el aprendizaje no resulta necesariamente de la frecuencia completa de exposición"³³, sin embargo la familiaridad con determinados objetos influye en el proceso perceptivo.

Al trabajar con niños autistas será necesario repetir varias veces los ejercicios, a manera de repaso, para que finalmente el niño asimile el ejercicio y lo registre en su memoria como un evento familiar y por lo tanto que no causa angustia alguna.

³³ FORGUS, R.H., op. cit., p. 142.

- Ley de prägnanz (buena forma):

Cuando los estímulos semejantes se encuentran integrados en un todo constitutivo de una buena configuración, son percibidos de acuerdo con una buena forma constituida, es decir, "los efectos del campo tienden a ser segregados en forma que sean más estables o que crean un mínimo de énfasis. La forma buena o de pregnancia es aquella que constituye la forma más simple de estructura estable"³⁴.

Esta ley es también conocida como la ley gestáltica del equilibrio, referida a las figuras claras, simétricas y armónicas, se denomina Ley de la Prägnanz.

Afirma que la organización perceptual tiende a la mayor simplicidad posible, o sea a la mejor gestalt. La percepción tiende a completar imágenes incompletas según nuestra interpretación del mundo. Esta tendencia intencional, dirigida a un fin, frecuentemente es considerada la ley principal de la Gestalt.

Un principio muy valioso dentro de las estrategias pedagógicas a proponer, incluido en la terapia Gestalt, es que todas las conductas se encuentran gobernadas por el principio de homeostasis, o principio de adaptación. En términos psicológicos, este proceso sirve para que logremos alcanzar nuestras necesidades personales percibidas, estableciendo contacto con fuentes humanas y físicas de las cuales la persona espera lograr ayuda para completar sus necesidades. El contacto consiste en apreciar las diferencias, en aprehender un problema, del cual por definición la persona tiene conciencia. Así el organismo interactúa con el medio ambiente que le rodea, llegando a auto-regularse en la satisfacción de sus necesidades.

³⁴ Ibidem, p.140.

Cuando el organismo logra satisfacer una necesidad, o da la espalda a la misma convencido de que no puede llegar a satisfacerla, se cierra esa gestalt y concluye el asunto. Si por el contrario el asunto queda inconcluso el organismo se sobre-inunda, debido a la indecisión o a la incapacidad para tomar decisiones, entonces se experimenta un rompimiento homeostático o un corto-circuito y el organismo termina sobrecargado de necesidades.

En el caso de los niños autistas habrá que buscar que lleguen a una homeóstasis, desarrollando estrategias que les permitan darse cuenta de la necesidad que tienen de que otros organismos físicos les presten ayuda para lograr satisfacer sus necesidades, e interactuar con los demás y con el medio que les rodea. El objetivo es que el niño logre un buen cierre o buena gestalt y eliminar la tensión que le produce el caso contrario.

En 1915 Edgar Rubin, discípulo de Müller y Katz introdujo los conceptos de figura y fondo. Los elementos que captan nuestra atención son percibidos con gran claridad, formando la figura, mientras que el resto del campo visual constituye el fondo, más allá de las determinantes fisiológicas de la fóvea en la retina. Los gestaltistas adoptaron la idea de figura y fondo. Los elementos perceptivos se organizan como un todo, una gestalt, formando la figura. Dentro del campo psicofísico, la figura se conoce como un centro de interés, y el fondo es el resto del campo "a medida que el interés de la persona cambia, se modifica también la figura (o el foco de nuestra atención) y se reorganiza el fondo. Si una situación aparece como desorganizada a una persona que no percibe una figura nítida, la Gestalt no tendrá significado para dicha persona; solamente surgirá en ella la confusión. Tarde o temprano este campo deberá tomar un significado y la persona tendrá que hacer un insight para poder enfrentarse a los problemas percibidos"³⁵. Así pues se debe trabajar con el centro de interés de los niños autistas, es decir, se deben de detectar los objetos o acciones que motiven la atención del niño y a

³⁵ CASTANEDO, C., op. cit, p.48.

partir de ahí crear una serie de estrategias didácticas con el fin de que el niño logre un aprendizaje por insight.

No hay nada en la cualidad de dos puntos luminosos proyectados en la retina que pueda hacer que esos puntos pertenezcan a dos objetos distintos o a dos partes del mismo objeto, sino la capacidad de nuestra percepción de reorganizar en objetos el impulso sensorial que captan los órganos de nuestros sentidos. Según ésto, no percibimos estímulos, propiamente hablando, sino a causa de estos estímulos.

Las estrategias didácticas a desarrollar deberán contener un sin número de estímulos que logren capturar la atención del niño y que ejerciten la percepción del niño autista.

Köhler resumió la teoría de la Gestalt sobre la percepción en la siguiente afirmación: "Nuestro punto de vista es que el organismo, en lugar de reaccionar a estímulos locales, responde a la pauta de los estímulos a los que se halla expuesto; y esta respuesta es un todo unitario, funcional, que constituye una experiencia, una escena sensorial más que un mosaico de sensaciones locales".

Las partes que conforman la realidad se perciben así a causa de la organización del campo a que da lugar la distribución de estimulación próxima. Los experimentos revelan una cantidad de principios fundamentales de organización psicofísica.

La Gestalt estudió también el papel del aprendizaje en la percepción, descubriendo que nuestras capacidades perceptuales sufren grandes cambios con la edad. Aumenta la constancia perceptual y varía la susceptibilidad a las ilusiones y alucinaciones, porque se incrementa la capacidad de organización de los estímulos según los patrones adquiridos. Todavía está por resolver el problema de si los patrones perceptuales se adquieren socialmente, porque los estudios

indican que desde temprana edad ya están formadas complejas estructuras de procesamiento.

La serie de estrategias de interacción social que se proponen para promover una respuesta social, se basa en el principio gestáltico de que "la experiencia es siempre estructurada. Su organización es algo más que la simple sucesión temporal o de serie. Hay que prestar atención a la situación total si es que se quieren entender los fenómenos de la experiencia"³⁶ Es importante recalcar que esta experiencia se dará dentro de un campo psicofísico que determinará la conducta; "dentro del campo psicofísico se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual; del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país. El medio ambiente conductual se refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico. Estas fuerzas o estímulos sensoriales actúan sobre los órganos sensoriales; éstos a su vez sobre el sistema nervioso, y de ahí van a la mente"³⁷, así que, en primer lugar, habrá de enseñar al niño la diferencia entre el yo y su medio ambiente circundante, y posteriormente se trabajará con actividades que le den la experiencia necesaria para responder a su medio (medio ambiente conductual).

"En esa búsqueda de conducta adaptativa, la manera como el individuo adquiere conocimientos acerca de su medio tiene gran importancia. La adquisición de tal conocimiento requiere extraer información del vasto conjunto de energías físicas que estimulan los sentidos del organismo"³⁸. Por lo que en estas estrategias se dará una terapia de estimulación perceptual incluyendo los cinco sentidos, tomando como base la hipótesis de que "si la totalidad del campo que estimula a los receptores estuviera constituido por una distribución homogénea de energía, es obvio que no se percibiría ninguna segregación. Es necesaria alguna

³⁶ SÁNCHEZ, E., "Psicología Educativa", pág.443.

³⁷ CASTANEDO, C., op. cit., p.45.

³⁸ FORGUS, R., op. cit., p. 13.

diferenciación en la energía del estímulo para que una figura se vea como separada de su fondo"³⁹, por lo que se creó una estrategia que fomentará la respuesta de cada sentido a fin de desarrollarlo de forma individual como primer paso y posteriormente, en el programa de estrategias, el niño utilizará los sentidos conjuntamente o selectivamente para responder a su medio de forma socialmente aceptable. Como por ejemplo, en el primer acercamiento, se atenderá el sistema visual por separado del sistema auditivo y después se trabajarán los dos sistemas conjuntamente cuando se le pida al niño que escuche y atienda a la voz del adulto.

En el programa de estrategias se trabajarán los aspectos sociales propiamente dichos como son: la comunicación verbal y no verbal, contingencia, mirada social, toma de turnos, imitación y atención conjunta en niños con autismo.

Estas estrategias están basadas en cinco principios generales que parten del supuesto que explica a nuestras experiencias pasadas como facilitadoras de "la percepción de los estímulos con los que se tuvo contacto anteriormente"⁴⁰. Primero, han sido modeladas a partir de comportamientos de interacción social temprana que ocurren de forma natural. Por lo tanto, lo mismo que en un desarrollo normal, las habilidades sociales son facilitadas de forma natural a través de juegos en lugar de ser enseñadas de forma explícita.

Segundo, estas estrategias están basadas en el conocimiento de las secuencias de un desarrollo normal, progresando desde formas muy simples de interacción hacia habilidades de interacción social cada vez más complicadas.

Tercero se da un proceso en el cual los padres producen estímulos que están próximos o ligeramente por encima del desarrollo actual del niño. Para los niños con autismo, es muy probable que su discapacidad les impida beneficiarse de la tendencia natural de sus cuidadores a guiarles a través de las secuencias del desarrollo. Por lo tanto, estas estrategias de intervención buscan que las

³⁹ Ibidem. p. 131.

experiencias sociales estén no solamente encaminadas hacia el nivel del desarrollo del niño, sino que estén también exageradas y simplificadas para que los aspectos más relevantes de la interacción social sean extraídos y muy resaltados convirtiéndose en algo más fácilmente asimilable, por lo que no importa el nivel del autismo, los ejercicios pueden ser repetidos cuantas veces sea necesario y pasar al siguiente nivel de forma gradual.

Un cuarto principio es que toda intervención debe ser sensible a la posibilidad de que el niño con autismo tenga un margen muy pequeño de estimulación óptima. Las sesiones de terapia intentan reducir la cantidad de novedades y de lo impredecible en las interacciones sociales, para permitir al niño que regule la cantidad de estímulo social recibido. De esta manera, la estrategia minimiza la posibilidad de que el niño sea sobreestimulado.

Finalmente, las intervenciones buscan colocar al niño en el papel de iniciador mientras se mantiene un entorno predecible. Aunque los niños con autismo parecen aprender mejor en situaciones muy estructuradas, muchas veces aceptan un papel pasivo, colocando al cuidador en el papel de iniciador. A través de una serie de estrategias dirigidas al niño en las cuales el adulto sigue de una manera predecible el liderazgo del niño, el niño es colocado en el papel de iniciador, y entonces experimenta un sentimiento de control y "efectividad" del entorno social. Estas estrategias pueden ser impartidas por pedagogos, el profesor del niño, psicólogos y padres.

Es importante aclarar que esta propuesta va dirigida a todo tipo de autismo, tomando en cuenta que no es una propuesta que se utilice de forma aislada, sino que es una estrategia que pretende contribuir con los tratamientos ya existentes, es decir, que integre un conjunto de terapias.

Estrategias de nivel uno:

⁴⁰ RODRIGUES, A., op. cit., p. 196.

Facilitando la atención a las personas. La contingencia social y la toma de turnos.

El primer conjunto de estrategias interactivas tiene como objetivo conseguir un incremento del contacto ocular y del disfrutar con el juego, enseñando a comprender las contingencias sociales y promoviendo un principio de conducta de toma de turnos. La forma de facilitar el aprendizaje de estas habilidades está dividida en cuatro partes secuenciadas. La fase uno se centra en incrementar la atención hacia los otros y promover en el niño una sensación de confort cuando interacciona y su comprensión de interacciones contingentes simples con los objetos. La estrategia implica imitaciones exactas y simultáneas de las acciones del niño, de los movimientos de su cuerpo y de sus vocalizaciones, lo que promoverá que el niño perciba todas las acciones como un todo, para poder responder a ellas de forma correcta. Para facilitar que el niño se dé cuenta de que está siendo imitado, las imitaciones del adulto son exageradas. El objetivo de esta fase es que el niño atienda a las acciones del adulto en lugar de que atienda a sus propios juguetes, creando, por lo tanto, una base para que el alumno se dé cuenta de la conexión entre sus propias acciones y las acciones del adulto.

La fase dos se incluye para promover el contacto ocular en aquellos niños que no atienden rápidamente a la cara del adulto en la fase uno. El adulto procura resaltar su propia cara colocando su cara en la línea de visión del niño y exagerando su expresión facial mientras imita al niño. Con la finalidad de que el niño perciba cómo sus acciones modifican las acciones de otros y de que forma parte de una sociedad.

En la fase tres, el adulto incorpora turnarse alternativamente y conductas de anticipación en el juego de imitar. Para facilitar este tipo de interacción, el adulto espera antes de imitar al niño, en lugar de imitar al niño simultáneamente. Esto lleva de una forma natural al niño a anticipar la acción del adulto y crea un tipo de interacción de ida y vuelta o de seguir turnos. Cuando el niño se da cuenta de que

está siendo imitado (Fase Uno y Fase Dos), a menudo se va a desarrollar un juego en el cual el niño rápidamente va a cambiar el tipo o velocidad de las actividades para ver si el adulto le sigue. Esto se acompaña frecuentemente de una respuesta afectiva en la cual el niño ríe y mira a la cara del adulto.

Finalmente, en la fase cuatro, el niño aprende que las interacciones contingentes no necesariamente involucran imitaciones exactas. En esta fase, el adulto imita las acciones del niño con un objeto similar, pero no idéntico, centrándose más en la intensidad y el ritmo que en la imitación directa, o bien el adulto modifica la acción utilizando el mismo juguete que el niño. El objetivo de esta etapa es que el niño continúe mostrando anticipación y siga el turno a pesar de la naturaleza indirecta de la imitación.

Estos ejercicios ayudarán a que el niño perciba cómo un acto es respondido por otro creando así una asociación mental, como lo dice la teoría gestalista aproximará los elementos.

Según el niño progresa en cada una de estas fases, es importante que el adulto retenga componentes de las fases anteriores. Es especialmente importante volver a fases anteriores cuando el niño pierde atención. Aunque estas fases se han diseñado siguiendo las fases del desarrollo, algunos niños pueden no seguir este esquema de desarrollo en particular. Por lo tanto, sugerimos un avance de vez en cuando hacia fases más elevadas de desarrollo para evaluar las respuestas del niño a estrategias de más alto nivel. Con el objetivo de que el niño asimile los ejercicios como actividades familiares que no le producen angustia (ley de la inclusividad o de la experiencia pasada).

Estrategias de nivel dos:

Habilidades de imitación, comunicación elemental y atención conjunta.

Después de que el niño ha cumplido los objetivos propuestos en el Nivel Uno, dos conjuntos de habilidades (imitación de otros y comunicación elemental con atención conjunta) le pueden ser facilitados a la vez. Los dos conjuntos de habilidades se pueden incorporar simultáneamente durante las sesiones de terapia. Estas estrategias son insertadas a lo largo de la sesión – durante las cuales el adulto principalmente continúa imitando y siguiendo el liderazgo del niño– en los momentos en los cuales el niño está motivado y atento.

Imitación

La estrategia para aumentar la imitación de los otros está basada en la secuencia de desarrollo de la imitación de Piaget (1962). Según Piaget, el desarrollo de la imitación comienza con "pseudoimitaciones" en las cuales el niño simplemente atiende la imitación que otros hacen de sus propias acciones y responde repitiendo esas acciones. Esto es equivalente a las Fases de Nivel Uno, en las cuales el adulto hace el grueso de la imitación. En el nivel siguiente, el niño primero se hace capaz de imitar acciones que están en su propio repertorio de actuación. Es solamente después cuando el niño se hace capaz de imitar acciones nuevas moldeadas por otros. Por lo tanto, en la Fase Uno del Nivel Dos, el objetivo es que el niño imite esquemas familiares introducidos por el adulto. La estrategia supone introducir de vez en cuando una acción que le sea familiar para que no le produzca temor al niño y así la imite, en lugar de imitar solamente al niño. Lo ideal es introducir la acción familiar cuando el niño está bien motivado y prestando atención al adulto. A continuación, en la fase dos, el adulto empieza a introducir esquemas nuevos para que los imite el niño. Si el niño no empieza a imitar al adulto, después de varios intentos, el adulto simplemente vuelve a imitar las acciones del niño, y vuelve a intentar estas estrategias más tarde en la sesión.

Inicios de comunicación y atención conjunta

En esta propuesta se sugieren estrategias para facilitar la consecución de las habilidades de comunicación y atención conjunta. Una vez más estas estrategias están intercaladas en una sesión que involucra juego imitativo. En la Fase Uno, el objetivo es que el niño se comunique espontáneamente con el adulto para conseguir una meta determinada. Ésto se lleva a cabo estructurando el entorno de forma que el niño se sienta altamente motivado a comunicarse para conseguir sus deseos. Para hacer ésto se motiva el uso del lenguaje en niños con autismo por ejemplo poniendo objetos interesantes dentro de un recipiente que es difícil de abrir o de alcanzar. De esta manera, el niño es motivado a utilizar gestos, miradas o lenguaje de forma espontánea para conseguir el objeto que desea, es decir el niño será capaz de entender que sus acciones afectan a la totalidad que lo rodea. En la Fase Dos, el objetivo es conseguir que el niño se comunique espontáneamente con el adulto acerca de una meta que necesite atención y participación conjuntas. Para lograr ésto, introducimos actividades interesantes que requieran la ayuda de otra persona (p.e. pompas, globos, objetos que se balanceen, que necesitan dos personas para funcionar, un rehilete que el niño no sea capaz de hacer girar). De vez en cuando, la atención conjunta puede ocurrir en torno a una rutina social. A menudo, el niño va a iniciar interacciones ritualizadas con objetos o movimientos del cuerpo. El adulto puede facilitar el desarrollo de esas rutinas interpretando las acciones del niño como si representaran una petición para una actividad compartida. Por ejemplo, el adulto puede colgar un collar de cuentas en la habitación y hacer girar al niño por la habitación cada vez que el niño toca las cuentas.

Una vez que el niño ha comenzado a involucrarse y se comunica sobre actividades compartidas de forma sistemática, el adulto entonces puede alterar su comportamiento para facilitar el contacto ocular durante la comunicación sobre actividades compartidas (Fase Tres). Una vez más, el entorno es estructurado de forma que el niño deba incorporar al adulto en actividades compartidas para conseguir una meta. Para empezar con ésto, el adulto simplemente espera antes de proseguir con estas actividades. A menudo, el niño va a mirar a la cara del

adulto de una forma espontánea para conocer el comienzo de la actividad. Cuando esta mirada ocurre, el adulto lleva a cabo inmediatamente esta actividad.

Entonces, el adulto empieza a requerir que el niño combine sus peticiones verbales y no verbales con la mirada a la cara del adulto. Otra estrategia que es apropiada solamente para niños de alto funcionamiento, implica fingir confusión acerca de los deseos del niño. Por ejemplo, si el niño pide al adulto que escriba una letra en la pizarra sin volver la cara hacia el adulto, el adulto hace que no entiende bien la letra que le ha pedido, si es "b" o "g". Solamente cuando el niño mira al adulto y dice "b" el adulto cumple inmediatamente con la demanda. De esta manera, el niño empieza a entender que sus signos no verbales son vitales para una comunicación con éxito.

Una vez que el niño empieza a mirar a la cara del adulto de forma sistemática cuando se le pide, el adulto puede, entonces, alterar su conducta de manera que el niño debe atender y tener en cuenta los signos verbales y no verbales del adulto (incluyendo la expresión facial y el punto de atención) para conseguir una meta (Fases Cuatro). Para empezar, el adulto puede proporcionar signo no verbales exagerados que indican si está dispuesto o no a llevar a cabo la actividad. Por ejemplo, el adulto puede hacer una pausa y mostrar una sonrisa exagerada o mover la cabeza, solamente antes de realizar la actividad. Algunos objetos atraen de forma natural la atención hacia la cara del adulto. Por ejemplo, cuando se sopla un rehilete para el niño, el adulto puede exagerar y hacer una aspiración exagerada esperando que el niño haga la exhalación. De esta manera el niño aprende que los gestos no verbales de los otros son componentes importantes de una comunicación con suceso. De vez en cuando, el adulto puede fingir que no presta atención al niño para motivar al niño para que intente atraer la atención del adulto hacia la actividad deseada.

Es importante que el adulto varíe de estrategia (es decir, objetos y signos no verbales utilizados) para que el niño generalice las habilidades en lugar de

aprender respuestas aisladas. También es importante responder de forma positiva cuando el niño utilice las formas más avanzadas de comunicación que existen en su repertorio en lugar de esperar por una habilidad que el niño no ha desarrollado aún.

Todas estas estrategias están basadas en el principio gestaltista de cierre, cuando el niño consiga satisfacer su necesidad (en este caso alcanzar una meta), se cerrará el problema o la gestalt y el niño llegará a una homeostasis o equilibrio.

Como podemos ver la Psicología de la Gestalt da las bases necesarias para justificar la propuesta psicopedagógica dentro del aspecto perceptual, y la teoría Psicogenética me apoya en el estudio del desarrollo cognoscitivo del niño, en sus diferentes etapas, ya que no hay que olvidar que la percepción forma parte de todo proceso cognoscitivo, y es la base de funciones cognoscitivas más complejas. A continuación presenté la propuesta explicada con anterioridad de forma práctica, para llevarse a cabo.

PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA PARA FAVORECER LA INTERACCIÓN SOCIAL
DEL NIÑO AUTISTA

<p>TERAPIA PERCEPTUAL</p>	<p>Vista</p> <p>Gusto</p> <p>Tacto</p> <p>Olfato</p> <p>Audición</p>	<p>Estimular los diferentes Sistemas Sensoriales especializados</p>
		<p>Fase uno:</p>

<p>TERAPIA SOCIAL</p>	<p>Nivel Uno: - Atención - Comportamiento social - Respeto del turno</p> <p>Nivel Dos: - Imitación</p> <p>- Atención conjunta.</p>	<p>Relacion entre las propias acciones y las de otros.</p> <p>Fase dos: Contacto visual.</p> <p>Fase tres: Espera de turno.</p> <p>Fase cuatro: Inicios de imitación.</p> <p>Fase uno: Imitando esquemas familiares.</p> <p>Fase dos: Imitando nuevos esquemas</p> <p>Fase uno: Comunicarse para alcanzar la meta deseada.</p> <p>Fase dos: Compartiendo actividades.</p> <p>Fase tres: Contacto visual para comunicarse.</p> <p>Fase cuatro: Atender a las peticiones de otros y dirigiendo la atención de otros.</p>
-----------------------	--	---

4.2 PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA.

La propuesta se divide en dos partes, una terapia perceptual que estimula los cinco sentidos del niño autista y un programa de estrategias que contribuya al mejoramiento de la interacción social del niño. La primera terapia dará hincapié a que se estimulen los sentidos básicos para que el niño responda a éstos de forma paulatina, según como se vayan ejercitando, y para que posteriormente se responda en mayor índice a la serie de estrategias que ayuden al mejoramiento de la interacción social del niño.

TERAPIA PERCEPTUAL

VISTA:

Objetivo: Al finalizar el periodo de sesiones el sujeto empezará a utilizar el sentido de la vista cuando se le pida que lo haga, ante ciertos estímulos.

Actividades:

1) Con ayuda de una linterna, en un cuarto oscuro, se intentará que el sujeto siga con su mirada la luz, apuntando a distintas direcciones. Este ejercicio se efectuará por lapsos (se apaga y se prende la luz).

2) Colocar cubos, pelotas de goma, pirámides, etc. de diferentes colores frente al niño (los colores deben ser intensos, no colores pasteles), ponerlos uno por uno y luego juntos, moverlos de forma que el niño siga las figuras y perciba su color, forma y fondo.

Tiempo: sesiones de 1 hora, 3 veces por semana, en un periodo de 2 ó 3 semanas con el mismo objetivo por cada sesión.

Evaluación: se observarán los resultados durante el desarrollo de las sesiones.

GUSTO:

Objetivo: Al finalizar el periodo de sesiones el sujeto logrará expresar; a través de gestos, muecas o actitudes, el gusto o disgusto por ciertos sabores.

Actividad: se le dará a probar alimentos con distintos sabores (contrastantes), dulce, salado, ácido, etc., y se observarán los gestos y actitudes del sujeto, intentando reconocer si existe una diferencia entre éstos y si muestra preferencia por alguno, estimulando así el sentido del gusto.

En un platito se colocarán pequeñas raciones de cada sustancia (cajeta, mayonesa, chile, mostaza, sal, azúcar, café, crema pastelera, etc.) y se le darán a probar al niño una por una y una tras de otra.

Tiempo: se realizarán sesiones de 1 hora, 3 veces por semana, en un periodo de 3 ó 4 semanas con el mismo objetivo.

Evaluación: se observarán los resultados en el desarrollo de las sesiones de trabajo.

TACTO:

Objetivo: Al finalizar el periodo de sesiones el sujeto logrará distinguir texturas y temperaturas, demostrando diferentes reacciones ante los estímulos presentados.

Actividades:

1) Se realizarán actividades en las que el sujeto tocará con las manos distintas texturas (suaves, duras, ásperas, etc.) se le presentarán texturas contrastantes, áspero - liso, duro - suave, etc.

Utilizando arroz, frijoles, habas, talco, arena, harina, etc., se permitirá que el sujeto lo toque con las manos, pies, cara y distintas partes del cuerpo con el fin de sensibilizarlo ante los diferentes estímulos.

2) Se le pondrá agua a distintas temperaturas, observando así su reacción. De igual modo que en la actividad anterior se le presentarán estímulos contrastantes, uno después del otro, es decir, primero agua fría, después agua caliente.

3) Se utilizará un cepillo que no debe arañar sino hacer cosquillas o picar cuando se aplica con firmeza sobre la piel. La presión debe ser lo suficientemente firme como para que se doblen las cerdas del cepillo y que apriete todos los receptores táctiles de la zona. El cepillado debe ser rápido, moviendo el cepillo de un lado a otro por toda la zona, evitando repetir las pasadas sobre la misma área. El cepillado se hará en varias partes del cuerpo, en diversas formas, por ejemplo en círculos, en línea recta, en zig - zag, etc.

Tiempo: sesiones de 1 ó 2 horas de trabajo, 3 veces por semana, en periodos de 3 ó 4 semanas con el mismo objetivo por cada actividad.

Evaluación: se observarán los resultados durante las sesiones de trabajo.

OLFATO:

Objetivo: Al finalizar el periodo de sesiones el sujeto logrará distinguir olores.

Actividad: se presentarán distintos olores agradables y desagradables, permitiendo el estímulo de este sentido, serán olores fuertes y suaves, ácidos, florales, dulces, frescos, secos como el vinagre, etc

Se tendrá cuidado en observar los gestos y actitudes que el sujeto haga o tenga ante los distintos estímulos.

Tiempo: sesiones de 1 ó 2 horas de trabajo, 3 veces por semana, en periodos de 3 ó 4 semanas con el mismo objetivo.

Evaluación: se observarán los resultados durante las sesiones de trabajo.

OÍDO:

Objetivo particular: Al finalizar el periodo de sesiones el sujeto logrará responder a sonidos fuertes y sonidos suaves.

Actividades:

1) Se utilizarán materiales que emitan sonidos muy fuertes como un tambor y unos platillos, y otros que emitan sonidos suaves como un triángulo y una campanita. Se harán sonar separadamente y algunos serán tocados en menor tiempo que otros con el fin de buscar una reacción inmediata en el sujeto.

2) Se le pondrán melodías completas, algunas con voz, para que el niño perciba los sonidos en conjunto.

3) Se le pondrá al niño a escuchar música clásica, de rock, jazz, etc. y se observará como responde el niño ante cada género musical, con agrado o desagrado.

Tiempo: sesiones de 1 ó 2 horas de trabajo, 3 veces por semana, en periodos de 3 ó 4 semanas con el mismo objetivo por cada actividad.

Evaluación: se observarán los resultados durante las sesiones de trabajo.

Esta terapia tiene como finalidad que los estímulos activen y fortalezcan las conexiones neuronales de los diferentes sistemas sensoriales; basada en la premisa de que si no se estimula el sistema sensorial y no se ejercita de forma constante, puede atrofiarse o alterarse.

TERAPIA SOCIAL.

Nivel uno: Facilitando la atención a las personas, el comportamiento social y el respeto del turno.

Fase uno: Dándose cuenta de las relaciones casuales entre las propias acciones y las de los otros.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es ayudar al niño o a la niña a darse cuenta de la similitud y de la relación casual entre sus acciones y las acciones del adulto. El adulto realiza imitaciones exactas de las acciones del niño con los muñecos, de los movimientos del cuerpo y de las vocalizaciones y que deben ser efectuadas simultáneamente o tan pronto como sea posible después de las acciones del niño. Las imitaciones deben ser tan parecidas como fuera posible a la conducta del niño pero exageradas. Se debe procurar atraer la atención del niño poniendo juguetes en el campo de visión del niño.

Objetivos:

- 1.- El niño empieza a prestar atención a las acciones del adulto.
- 2.- El niño empieza a darse cuenta de que el adulto está siguiendo sus acciones.

Fase dos: Facilitando el contacto visual.

Procedimiento:

Una minoría de niños centra su atención en las acciones del adulto con los juguetes en lugar de centrarla en la cara del adulto. El propósito de esta fase es desplazar la atención del niño del juguete del adulto y centrarla en la cara del adulto. La estrategia es esencialmente la misma que en la fase anterior excepto en que el contacto ocular es facilitado por el adulto colocando estratégicamente su cara en el campo de visión del niño. Al mismo tiempo que el adulto imita las acciones del niño, su cara debe estar exactamente detrás del juguete. Entonces, si el niño mira al juguete, también verá la cara del adulto. El adulto puede sonreír y expresar agrado y exagerar su expresión facial cuando el niño mire en su dirección.

Objetivos:

- 1.- El niño empieza a mirar a la cara del adulto.
- 2.- El niño continúa dándose cuenta de que el adulto está siguiendo sus acciones.

Fase tres: Facilitando el turnarse:

Procedimiento:

El propósito de esta fase es ayudar al niño a aprender la naturaleza recíproca de las interacciones. De vez en cuando, el adulto espera unos pocos segundos antes de imitar al niño para ver si el niño espera a que el adulto le imite. Este tipo de imitación alternada crea una especie de espera de turno en la cual el niño espera su turno y después el adulto espera su turno. Frecuentemente, el niño disfrutará con esta actividad y hará un juego de apresurar o hacer más lentas sus acciones para ver si el adulto le sigue.

Objetivos:

- 1.- El niño espera al adulto para imitar.

- 2.- El niño empieza a cambiar su forma de actuar y observa para ver como cambia la conducta del adulto.
- 3.- El niño muestra signos de participar en el juego.

Fase cuatro: Enseñando comportamiento frente a imitación.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es ayudar al niño a aprender que las interacciones reciprocas pueden ocurrir incluso cuando el adulto no está imitando su comportamiento de forma exacta. En lugar de imitar exactamente las acciones del niño, el adulto realiza pequeñas modificaciones. Por ejemplo, el adulto puede imitar la acción del niño, pero utilizar un juguete diferente, o puede utilizar el mismo juguete pero modificando ligeramente su imitación. Por ejemplo el adulto puede alterar la velocidad de su imitación (p.e. más rápido o más despacio). El adulto puede también retroalimentar vocalizaciones levemente más complejas. Por ejemplo, si el niño esta utilizando sonidos de consonante y vocal (p.e. "ma-ma-ma-ma-ma"), el adulto añade un sonido para convertirlo en una palabra(p.e "mami").

Objetivos:

- 1.- El niño continúa anticipando las imitaciones del adulto aunque no sean imitaciones exactas.
- 2.- En niño sigue disfrutando de las interacciones por turno.

Nivel dos: habilidades de imitación y comienzo de atención conjunta y comunicación

Habilidades de imitación

Fase uno: Imitando esquemas familiares

Procedimiento:

El propósito de esta fase es facilitar la imitación del adulto por parte del niño. Algunos niños pueden imitar si se les da las ordenes apropiadas o si se les da pie. El punto principal aquí está en la espontaneidad. La estrategia es introducir de vez en cuando un esquema familiar y/o sonidos que ya forman parte del repertorio de comportamientos del niño. Cuando el niño se encuentre óptimamente involucrado y atendiendo al adulto, el adulto introduce una acción simple y familiar con un juguete. Para empezar, esta acción es una que el niño ha realizado recientemente. El adulto puede necesitar introducirla varias veces, y la imitación del niño puede estar pospuesta. El adulto vuelve a imitar al niño después de varios intentos de facilitar la imitación espontánea del niño.

Objetivos:

- 1.- El niño imita espontáneamente esquemas simples y familiares con los juguetes.
- 2.- El niño imita espontáneamente vocalizaciones familiares.
- 3.- El niño imita espontáneamente esquemas complejos con juguetes y/o vocalizaciones.

Fase dos: Imitando nuevos esquemas.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es facilitar la imitación espontánea por parte del niño de acciones nuevas. Esta estrategia es la misma que en la fase anterior, excepto en que esquemas no familiares son introducidos. El adulto empieza con

esquemas que son pequeñas modificaciones de esquemas familiares del niño y progresa lentamente hacia acciones y sonidos más nuevos.

Objetivos:

- 1.- El niño imita espontáneamente pequeñas modificaciones de esquemas familiares con juguetes y/o vocalizaciones.
- 2.- El niño imita espontáneamente esquemas más nuevos con juguetes y / vocalizaciones.

Comienzo de comunicación y atención conjunta.

Fases una: Comunicándose para alcanzar la meta deseada.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es motivar al niño a comunicarse espontáneamente con el adulto para conseguir una meta deseada. Esto es realizado colocando objetos interesantes dentro de un recipiente que es difícil de abrir o alcanzar. El adulto espera que el niño utilice un gesto, una mirada o lenguaje para indicar lo que quiere y entonces inmediatamente satisface los deseos del niño.

Objetivos:

- 1.- El niño entra en comunicación de forma espontánea (gestos, mirada, o lenguaje) para pedir un objeto que desea.

Fase dos: Compartiendo actividades

Procedimiento:

El propósito de esta fase es facilitar la participación del niño y la comunicación en actividades compartidas. Los objetos utilizados en la sesión están pensados para requerir la ayuda de otra persona (p.e. globos, pompas, un juguete difícil de manejar, un tren sobre railes). El niño, entonces, se siente motivado a compartir el objeto deseado con otra persona. Los objetos que

naturalmente centran la atención en la cara del adulto (p.e. pompas, globos) son útiles. Además, la atención compartida puede ocurrir en torno una rutina social. A menudo, los niños van a iniciar interacciones ritualizadas con objetos o movimientos del cuerpo. Los adultos pueden facilitar el desarrollo de esas rutinas interpretando las acciones del niño como si fueran peticiones para realizar una actividad compartida. Por ejemplo, el adulto puede colgar una cuerda de cuentas en la habitación y dar vueltas al niño por la habitación cada vez que este toque las cuentas.

Objetivos:

- 1.- El niño sigue avanzando en la comunicación espontánea para pedir ayuda.
- 2.- El niño pide que el adulto participe en una actividad compartida.
- 3.- El niño pide que el adulto participe en rutinas sociales compartidas.

Fase tres: Utilizando el contacto visual en el contexto de la comunicación.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es enseñar al niño que sus propios gestos no verbales (p.e. contactos visuales) son importantes para comunicarse con otras personas. Esto es facilitado por el adulto haciendo una pausa antes de acceder a las solicitudes del niño. A menudo, el niño mirará entonces espontáneamente a la cara del adulto para provocar el comienzo de la actividad. Para niños de alto funcionamiento, otra estrategia consiste en fingir confusión o no entender al niño cuando hace una petición. Por ejemplo, el adulto puede actuar como si no entendiera si le están pidiendo que dibuje una "B" o una "G" hasta que el niño mire al adulto mientras le hace la petición.

Objetivos:

- 1.- El niño empieza a solicitar actividades mientras mira a la cara del adulto, combinando el contacto visual con la formulación de sus demandas.

Fase cuarta: Atendiendo a las peticiones no verbales de otros y dirigiendo la atención de otros.

Procedimiento:

El propósito de esta fase es hacer que el niño empiece a tener en cuenta signos de comunicación no verbal, cada vez más complejos, por parte del adulto, mientras se están comunicando. Una vez que el niño comienza de forma sistemática a acompañar sus peticiones con miradas a la cara del adulto, el adulto produce un signo no verbal exagerado (p.e. una sonrisa exagerada o un gesto con la cabeza) para indicar si va o no va a realizar la actividad. De esta manera, el niño aprende que los signos no verbales de otras personas son importantes para determinar la conformidad de los demás con una petición.

De vez en cuando, el adulto puede fingir no prestar atención al niño y, de esta manera, motivar al niño a dirigir la atención del adulto hacia el objeto o actividad deseados.

Objetivos:

- 1.- El niño empieza a atender a los signos no verbales proporcionados por el adulto.
- 2.- El niño dirige la atención del adulto hacia un objeto o actividad.

El entorno donde tiene lugar la terapia debe ser relativamente pequeño y libre de distracciones, conteniendo sólo objetos que son usados para la terapia. Un espejo puede ser útil para algunos niños que prefieren verse imitados en el espejo antes que mirar directamente al adulto. En el colegio estas sesiones pueden tener lugar en cualquier rincón un poco apartado de la clase o en una habitación aparte. Si otros niños se encuentran presentes durante las sesiones de terapia, puede ocurrir que quieran jugar con los juguetes del niño o que requieran la atención del adulto. Si la habitación contiene objetos que el niño no puede tocar, el adulto puede verse colocado en el papel de represor teniendo que restringir constantemente las actividades del niño.

Si el niño pierde interés y quiere acabar la sesión, normalmente se le puede volver a interesar en la sesión introduciendo un nuevo juguete. Si el niño continúa protestando, es mejor acabar la sesión, y en el futuro acortar la sesión y cambiar los métodos utilizados. Algunos niños requieren respuestas más o menos intensas o teatrales por parte del adulto, otros responden mejor a las actividades de motricidad gruesa que a las de motricidad fina, y así sucesivamente. Agresiones y otros problemas de comportamiento deben ser tratados como se suele hacer fuera de las sesiones de terapia. Estos y otros problemas de comportamiento, como autoagresiones, obviamente no deben ser imitados.

Juguetes que facilitan la interacción social.

Es importante seleccionar objetos que faciliten la interacción social. Se deben utilizar juguetes hacia los cuales el niño se siente atraído con facilidad. A menudo el niño se aburre con los juguetes. Cuando esto ocurre, un nuevo conjunto de juguetes debe ser introducido y un conjunto de antiguos juguetes debe ser retirado. Algunos niños con autismo no se sienten atraídos por los juegos con juguetes, sino que más bien se sienten atraídos por tocar superficies, dar vueltas a las hojas de los libros, etc. Este tipo de actividades puede ser utilizado en el nivel uno de las fases de terapia. Utilizando "juguetes especiales" únicamente en las sesiones de terapia, el niño empieza a utilizar juguetes como símbolo no verbal para indicar que la sesión está a punto de empezar.

Debajo se encuentra una lista de juguetes que he encontrado útiles para facilitar la interacción social.

Juguetes que atraen la atención sobre las acciones del adulto.

- Juguetes de empujar que hacen ruido y representan objetos animados (p.e. perros, ovejas)
- Instrumentos musicales (p.e. tambor, pandereta, xilófono, maracas)
- Borlas (pompón)
- Sonajas

- Juguetes con pito

Juguetes que atraen la atención hacia la cara del adulto

- Pompas de jabón
- Rehiletes
- Globos
- Un pizarrón de plástico transparente que permita al niño y al adultos pintar en ambos lados del pizarrón, facilitando por lo tanto el contacto ocular mientras pintan.

Juguetes que facilitan la atención reciproca

- Pelotas
- Una caja de bloques
- Un tren en unos railes entre el adulto y el niño
- Muñecos

Juguetes que facilitan la petición de ayuda

- Un recipiente con golosinas cuyo cierre es difícil de abrir
- Un objeto favorito que está colocado fuera del alcance
- Juguetes de cuerda que son difíciles de manipular
- Rehiletes que son difíciles de soplar y hacer girar.

EVALUACIÓN:

Debido a que en esta propuesta se pretenden evaluar respuestas conductuales que son poco accesibles a los métodos convencionales de evaluación, se utilizará como tal la observación directa.

Cada uno de los ejercicios enumerados en el programa de estrategias será pues, evaluado mediante la observación, es decir, se debe estar cuidadosamente atento a la situación creada por la estrategia, seguir y respetar los siguientes puntos:

1.- Tener claros los objetivos del ejercicio y observar si se están llevando a cabo.

2.- Llevar apuntes sistemáticos en términos objetivos de conducta, se deben observar y anotar, en cada sesión, los detalles que indiquen un avance hacia el objetivo preestablecido.

3.- Cuando se hallan cumplido los objetivos satisfactoriamente se pasará al siguiente ejercicio.

Puesto que el observador forma parte activa de la estrategia es conveniente grabar la sesión de trabajo en video o tener un observador pasivo que haga todas las anotaciones convenientes. Si es que esto no incomoda al niño.

Los ejercicios pueden ser realizados cuantas veces sean necesarias, no importando el límite de tiempo, hasta observar resultados positivos en el niño. Cada ejercicio requiere de una sesión de trabajo de mínimo una hora al día, durante una semana.

CONCLUSIONES.

El autismo ha resultado ser uno de los temas más controvertidos dentro de la educación especial, debido a la falta de elementos que lo cataloguen dentro de una etiología específica. Sin embargo esta controversia permite a los investigadores abordar al autismo desde diversas perspectivas permitiendo así que los tratamientos para el niño autista se enriquezcan debido a la integración de varias investigaciones, y finalmente ayuden a mejorar la interacción del niño autista con su sociedad.

Por otra parte, es una pena que la gran mayoría de las investigaciones, si no es que su totalidad, se llevan a cabo en instituciones de otros países, y en nuestro país sólo se retoman tratamientos ya utilizados en otras partes del mundo. Otra limitación que existe en México al tratar el autismo es la falta de instituciones que trabajen con los niños que tienen este síndrome, además las instituciones que existen son privadas subsidiadas por donativos de particulares o empresas, y por los padres de familia, por lo que es muy probable que una familia de bajos recursos económicos no pueda solventar los gastos que acarrea el tratamiento del niño.

El problema de la falta de información acerca de este tema dentro de la población mexicana en general, es otro obstáculo que se presenta, y que afecta tanto a los padres del niño autista, como a los mismos profesionales que al no tener los conocimientos necesarios sobre este síndrome, no pueden dar un tratamiento integral y con resultados satisfactorios.

Debido a esta investigación me pude percatar de que el pedagogo no es un profesional que destaque en el tratamiento del autismo infantil, a pesar de que existe un campo extenso de trabajo en esta rama de la psicopedagogía que puede ser llenado con los conocimientos otorgados por la licenciatura, y con

cierta preparación especializada en este rubro que complemente la formación pedagógica ya dada.

Al elaborar este proyecto desde una perspectiva de la Psicología de la Gestalt me di cuenta que no existe bibliografía que hable del síndrome autista desde el punto de vista gestáltico, así que me vi obligada a construir un puente entre la Gestalt y el autismo infantil, enlazando el trabajo que se ha hecho en la Psicología de la Gestalt sobre la percepción humana, y algunos aspectos de la teoría Psicogenética de Jean Piaget, sobre todo en lo que se refiere al desarrollo de los procesos cognoscitivos del niño. A partir de estas teorías analice a los déficits que presenta el niño autista, en cuanto a los receptores aferentes y eferentes que recaban y registran la información del medio ambiente, y que debido a las anomalías que se presentan en el niño, éste no puede reaccionar a su medio de forma satisfactoria. Y fue a partir de este punto como sustente la presente propuesta psicopedagógica para favorecer la interacción social del niño autista.

En esta propuesta se busca reforzar, mediante diversas estrategias y la ejercitación repetitiva de éstas, las conexiones neuronales de los sistemas sensoriales dañados, esto significa que, se intenta ejercer un efecto trófico sobre todo el sistema, porque se carece de información necesaria para predecir en que lugar exacto del Sistema Nervioso Central se encuentra el daño que origina al autismo, por lo que se abarca la captación, codificación y transmisión de la información del medio ambiente, es decir se trabaja estimulando, anatómicamente, los órganos, las vías y los centros nerviosos especializados que integran los sistemas nerviosos especializados.

Es así como el pedagogo, sin tener que recetar medicamento, que en muchas ocasiones se cree que es lo único que se puede hacer por el síndrome autista, puede contribuir al mejoramiento de la percepción del niño autista y por

lo tanto modificar la visión que tiene el niño del mundo y de este modo también mejorar la interacción social del mismo.

Finalmente se puede decir que desde el punto de vista de la enseñanza, la pedagogía da los elementos necesarios para reunir una serie de medios y métodos que permiten la transmisión del conocimiento, o en este caso en específico las estrategias para mejorar la interacción social del niño autista.

BIBLIOGRAFÍA.

AJURIAGUERRA, J.,

"Manual de Psiquiatría infantil",
Masson, España, 1996, p.p. 983

CANDA, F.,

"Diccionario de psicología y pedagogía",
Cultural, Madrid, 1999.

CARLSON, N. R.,

"Fisiología de la conducta",
Ariel, España, 2000, p.p. 836.

CASTANEDO SECADAS, C.

"Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora",
Herder, España, 1997, p.p. 397.

COVARRUBIAS MARTÍNEZ, A. L., et.al.,

"Diseño, desarrollo, aplicación y evaluación de un programa para la formación de padres de un niño autista y/o con discapacidad intelectual",
UNAM, México, 2000, p.p 112.

DAVIDOFF, L.,

"Introducción a la psicología",
Mc Graw Hill , México, 1995.

DONALD, A., et.al.,

"Introducción a la investigación pedagógica",
Mc Graw Hill, México, 1998, p.p.410.

FORGUS, R.H.,

"Percepción: proceso básico en el desarrollo cognoscitivo",
Biblioteca técnica de psicología, Trillas, México,1982, p.p. 460

GARCÍA, B, et.al.,
"El desarrollo de un programa de vinculación escuela - hogar",
UNAM, México, 1999.

GUTIÉRREZ SÁENZ, R., et.al.,
"Metodología del trabajo intelectual",
Esfinge, México, 1997, p.p. 200.

HOBSON, R.P.,
"El autismo y el desarrollo de la mente",
Alianza Psicología Minor, España, 1995, p.p. 294.

KELLER, F.S.,
"La definición de psicología",
Trillas, México 1985, p.p. 158.

NINOMIYA, J. G.,
"Fisiología humana: Neurofisiología",
Manual Moderno, México, 1991, p.p. 529.

PALUZNY, M.,
"Autismo: guía práctica para padres y profesionales",
Trillas, México, 1996, p.p. 213.

POLAINO A.,
"Introducción al estudio científico del autismo infantil",
México, 1986, p.p. 204.

Revista Psicología,
Nó. 49, Artes Gráficas Modernas, México, Julio - Agosto 1990, p.p.32.

RODRIGUES A.,
"Psicología social",
Trillas, México, 1995, p.p. 540.

SCHIFFMAN, H. R.,
"La percepción sensorial",
Limusa, México, 1997, p.p. 620.

SIGMAN, M., et.al.,
"Niños y niñas autistas",
Morata, España, 2000, p.p. 325.

THINES, G., et.al,
"Diccionario general de ciencias humanas",
Cátedra, Madrid, 1978.

TUSTIN, F.,
"Autismo y psicosis infantil",
Trillas, México, 1984.

WING, L.,
"Autismo infantil",
Santillana, Madrid, 1982.

WITKER, J.,
"Técnicas de investigación jurídica",
Mc Graw Hill, México, 1996, p.p.85.

ANEXOS

**CUESTIONARIOS RELIZADOS A
PROFESIONALES.**

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: PSICÓLOGO

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: CLIMA TERAPEUTA

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No, la mayoría de las veces, mejor dicho siempre se voltea hacia otro lado

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

No, aunque el sonido sea muy intenso casi nunca responde

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Sí, se aleja y gesticula ante sonidos, pero depende de cada niño el sonido que le incomoda

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Casi nunca

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Casi nunca

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Algunas veces

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

Depende del grado de autismo que el niño tenga

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Algunos sí

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

Considero que los niños autistas bloquean su percepción del medio porque sufrieron un trauma tan intenso que les hizo alejarse de su entorno

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Sí, el niño comienza a golpearse la cabeza o el cuerpo, esto ocurre en algunos niños

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

Sí, después de haberlos visto varias veces

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Sí, porque si la percepción que el niño tiene sobre su realidad está afectada no existe una buena interacción social, es decir, si el niño no percibe de forma correcta su entorno no puede relacionarse con él de una manera adecuada

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: MUSICOTERAPEUTA

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: MEMBRO DE AUTISMO XCHICALLI (TERAPEUTA)

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

Generalmente no.

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

Cuando el niño inicia ~~en~~ la terapia no, posteriormente llega a interactuar con los demás.

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Solo en ocasiones

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Si, cada niño reacciona de diferente forma a un mismo sonido mientras que a unos les molesta el sonido de un triángulo a otros les parece agradable o indiferente.

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Generalmente no

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Generalmente no

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Sí.

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

Depende de la profundidad del autismo en el niño, algunos niños autistas no se quejan.

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Algunos casos.

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

En la institución manejan la hipótesis que el autismo tiene su origen a nivel del Sistema Nervioso Central.

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Sí

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí, comúnmente dentro de la terapia se repiten varias veces los ejercicios.

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

Solo en ocasiones.

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Sí, el niño autista, al tener problemas en el SNC, no recibe la información sensorial de la misma manera que nosotros, lo que provoca el aislamiento del niño.

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: PSICÓLOGO

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: DOMUS (TERAPEUTA)

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

Depende del grado de autismo que varía según cada persona. Sin embargo, se puede decir que esta es una característica general de los niños autistas.

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

Aclaro el punto de variabilidad de la pregunta anterior, por lo general no, si llega a establecer contacto visual lo hace solo por algunos segundos.

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No, se aleja de los demás, le cuesta trabajo relacionarse.

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

En ocasiones.

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

SI, depende de cada paciente.

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

No.

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Casi nunca.

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Sí, en ocasiones. Depende del paciente.

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

Ocasionalmente

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Generalmente no.

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

A un origen orgánico, que se manifiesta en el niño, ya sea desde que nace o hasta los 3 años.

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Sí.

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí.

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

En ocasiones.

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

La percepción del niño autista está alterada, por lo que no reacciona o reacciona de forma muy intensa a diversos estímulos que un niño común toma como normales, lo que afecta su interacción social, así como su aprendizaje.

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: PEDAGOGO

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: DOMINGO (TERAPEUTA)

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

En ocasiones

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

En ~~en~~ ocasiones

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

Generalmente no

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Casi nunca

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Si, responde de manera anormal a sonidos, de forma muy exagerada o casi nula.

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Generalmente no

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Sólo a ciertos objetos que podrían llamarse sus "preferidas".

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Si, generalmente de todos los objetos, sobre todo si son objetos no conocidos por él.

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

Sólo en ocasiones

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

En ocasiones

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

A la incapacidad del niño para relacionarse con su medio.

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?.

Si

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Si

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

En ocasiones

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Si, el niño presenta un cuadro de desinterés por su mundo porque el desarrollo de sus sentidos ha sido limitado.

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: ASISTENTE (Estudiante de psicología)

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: CENTRO DE AUTISMO XOCHICALI

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

A veces

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

A veces

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

SI.

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Solo a algunos

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

A veces

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Sí

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Sí

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

A que la percepción del medio que tiene el niño esta afectada

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?.

Sí

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

A veces

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Sí, el niño autista tiene dañada su percepción puesto que no puede integrar las sensaciones que le llegan del exterior, así que no puede responder de forma adecuada

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN: PSICÓLOGO

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: CLIMA (TERAPEUTA)

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No.

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No.

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Δ veces

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Si

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

No.

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

No

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Si

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Si

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

Que este síndrome afecta el desarrollo y la conducta del niño.

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Si

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Si

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

Si

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Creo que la interacción social del niño es afectada por muchos factores y que la percepción es uno de ellos, ya que si el niño es incapaz de reaccionar a ciertos estímulos no podrá reaccionar de forma favorable a un intercambio social.

**CUESTIONARIOS RELIZADOS A
PADRES DE FAMILIA.**

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: MAMÁ

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

A mí si me hace caso y a veces a su maestra.

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

A veces.

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No tiene amiguitos

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

A veces cuando le hablo no me hace caso, como si no escuchara

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

No me he fijado

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Si

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

SI

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

SI, no le gusta ver la tele.

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?.

SI

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

SI, cuando hace frío no pide que lo tapen, no se queja.

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

A un problema cerebral.

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?.

No me he dado cuenta.

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

SI.

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

SI.

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

No estoy segura, pero creo que si el niño no entiende lo que le rodea no puede responder.

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 21/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: MAMA

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No.

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No.

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No.

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

De vez en cuando.

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Si, no le gusta oír al teléfono sonar, se tapa los oídos y grita.

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

De vez en cuando.

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

solo a un cochecito de juguete, con el que le gusta jugar.

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

No.

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

Solo cuando se pega fuerte

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Si.

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

A un problema orgánico

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Si

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Si.

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

Si

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Si, porque no entiende las cosas que percibe y por eso no puede interactuar con los demás.

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: Padre del niño

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

Creo que no, pero a veces parece que si me hace caso, creo que solamente a mí

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

A veces

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Solamente he notado que algunas veces se aleja del sonido que hace el agua al caer de la llave del agua

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Prácticamente no reacciona, pero cuando ve un peluche que le regalaban comienza a golpearle la cabeza con sus manos

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Casi no

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

Sí, del payasito de peluche

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.- ¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

➤ Sí

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

Pues el doctor dice que se debe a que el niño tiene un problema en el Sistema Nervioso

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Sí, cuando esto pasa ya no quiere trabajar

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí

14.- ¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

No

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Pues creo que sí, porque si percibe de modo diferente su mundo seguramente es diferente

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: Madre

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

No

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Creo que no

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Pues creo que cuando rechinan los sillones aprieta los ojos

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Nunca, pero cuando ve aviones en el cielo los sigue con la mirada

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Obviamente a los aviones

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

No

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Yo digo que sí

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

Hijale señarita no sabría decirle

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

No sí

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Creo que sí

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

No

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Pues la verdad no sé bien pero yo creo que sí

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: Mamá

OBJETIVO: Recopilar información a cerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

No, pero creo que cuando su hermanito menor de 4 años le habla él lo volteá a ver

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

Solamente a su hermanito pero por pocos minutos

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

Solo con su hermanito pero nada más unos 2 ó 3 minutos

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Nada más a la voz de su hermanito, y eso algunas veces

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Se aleja cuando su papá truená los dedos

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

No

CUESTIONARIO

LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

PROFESIÓN:

FECHA: 20/02/03

PARENTEZCO CON EL NIÑO: Mamá

OBJETIVO: Recopilar información acerca del impacto que ejerce la percepción del niño autista en su interacción social con los demás.

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas según su experiencia con los niños autistas.

INTERACCIÓN SOCIAL.

1.-¿El niño autista reacciona ante las demás personas que lo rodean?

Pues algunas veces me pide atención

2.-¿El niño es capaz de mantener la mirada hacia la persona que le pide su atención?

Pues cuando le hablo me volteo a ver pero muy poquito tiempo, como unos cuantos segundos

3.-Generalmente ¿el niño juega con los demás niños?

No

PERCEPCIÓN.

4.-¿El niño reacciona a la palabra o al sonido?

Casi nunca

5.-¿El niño se aleja de algunos ruidos o hace gesticulaciones que reflejen su incomodidad hacia algún sonido? (especifique qué sonidos).

Se aleja del ruido que hace el spray cuando me lo hecho en el pelo y se tapa los oídos cuando escucha el ruido que hacen las ollas cuando les pongo la tapa

6.-Generalmente ¿el niño reacciona a los objetos que ve?

Casi nunca, le gusta ver y rodar a las naranjas y mandarinos

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Solamente a una pelota amarilla y a un camión rojo

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

No

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Sí

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

No sé

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Siempre que lo ponen a hacer ejercicios voltean para otro lado

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

No

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

No sé

7.-¿El niño presta atención a las cosas que ve?

Solamente a algunos frutos

8.-¿El niño intenta alejarse de ciertos objetos que ve? (especifique qué objetos)

No

9.-Cuando el niño cae o choca con algo ¿se queja?

No

10.-¿El niño presenta insensibilidad al calor y al frío?

Pues al frío nunca me he dado cuenta pero cuando acerca su manita mucho al fuego la respira muy rápido

11.-Según su punto de vista ¿a qué cree que se deban estos comportamientos del niño autista?

No sé, yo creo que tiene un problema en su cuerpo

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA.

12.-Al ejecutar un ejercicio con el niño autista, donde interviene la participación de alguno de los sentidos, ¿se genera tensión en el niño?

Cuando esto pasa se # talla los ojos con sus manitas

13.-¿Es necesario repetir varias veces el mismo ejercicio, cuando se trabaja con el niño autista, para que éste lo asimile?

Sí

14.-¿El niño es capaz de identificar objetos similares?

Creo que no, aunque las naranjas y las mandarinas se parecen mucho y las 2 le gustan

15.-¿Usted cree que la percepción que el niño tiene de su realidad influya en la interacción social del autista, de qué modo?

Pues yo digo que sí porque ella ve el mundo a su manera