



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

UNA PROPUESTA PARA EL DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

TESINA

Que para obtener el grado de
Licenciado en Psicología

Presenta:

Rodríguez Pérez Guadalupe

Directora de tesina: Dra. Amparo Caballero Borja

Dictaminador: Mtra. Margarita Martínez Rivera

Dictaminador: Lic. Amado Raúl Rodríguez Tovar



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2005.



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.

Para escuchar un silencio lleno de palabras, precisamos más que un oído fino, un alma refinada.

J. A. Razo

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá.

Que este humilde testimonio de amor impreso en papel, quede impreso en tu corazón. Agradezco el apoyo incondicional que en todo momento me has brindado, por todo esto eres merecedora no sólo a este testimonio de amor, sino a mi devoción por toda la vida.

A mi papá.

Gracias papá por respetar mis sentimientos, por permitirme crecer y por hacerme fuerte como tú. Gracias por tu ejemplo y apoyo.

A mi hija Danae

El motor de mi corazón porque desde su llegada y con su simple existir me ha obligado a ser cada día mejor.

A mi esposo Alfredo

A ti que estuviste a mi lado desde que emprendí esta carrera, en momentos difíciles o alegres; a ti que me diste tu mano, tu compañía y tu corazón; porque a tu lado conocí el amor.

A mis profesores que generosamente me regalaron mucho de su tiempo y experiencia.

A mis hermanas, por su apoyo en todas ocasiones, les dedico este trabajo para que vean que sí se puede.

A mis amigas que forman parte de los mejores recuerdos de mi pasar por esta universidad.

Lupita

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Capítulo 1 Componentes del desarrollo social	
1.1 Componentes del desarrollo social del niño autista	9
1.2 Características conductuales del niño autista	15
Capítulo 2 Áreas que intervienen en la socialización	
2.1 Atención en el autismo	20
2.2 Afectividad en el autismo	24
2.3 Lenguaje y comunicación en el niño autista	28
Capítulo 3 Áreas de intervención en el autismo	
3.1 Lenguaje y comunicación	
3.1.1 Comunicación verbal	32
3.1.2 Comunicación no verbal	37
Capítulo 4 Propuesta de intervención para la socialización	42
4.1 Autismo y terapia de contención	43
4.2 El proceso de sujetar	46
4.3 Estructuración del programa para la terapia	49
Conclusiones	53
Anexos	56
Referencias	68

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es analizar los componentes del desarrollo social en el niño autista como son: atención, afectividad, lenguaje y comunicación, así como las posibles formas de intervención que recientemente se han puesto en práctica.

En el capítulo uno se aborda de manera general las características del desarrollo social y se identifican las conductas específicas que distinguen el síndrome autista mediante listados que los investigadores del tema han recopilado a partir de sus observaciones y prácticas.

En el capítulo dos se describen las áreas que intervienen en la socialización: atención, afectividad, lenguaje y comunicación, se analiza tanto el papel que juegan en la socialización como su deficiencia en los casos de autismo.

En el capítulo tres se presentan algunas formas de intervención que se han puesto en práctica a partir de la investigación reciente y donde se muestra el gran interés en el área comunicativa y de lenguaje.

En el capítulo cuatro se presenta una propuesta de intervención basada en una terapia poco difundida en México como es la contención. Se describe brevemente la metodología y se presenta la estructura general que puede tener un programa de terapia de contención para el caso de niños autistas.

INTRODUCCIÓN

Existen tres principales fuentes de confusión al abordar el tema del autismo (su diagnóstico, evaluación y tratamiento). La primera fuente de confusión se presenta al intentar definir la causa del autismo ya que, por una parte se piensa que el autismo puede tener una causa ambiental de tipo afectivo- emocional y por otro lado se considera que su causa es biológica, es decir, que tiene su origen en alguna alteración o daño cerebral en diversas estructuras del SNC. Dentro de la misma investigación orgánica se ha considerado el componente genético en la causa del autismo aunque no se tiene evidencia de que pueda ser un factor determinante.

La segunda fuente de confusión surge de la diversidad de definiciones que se dan del autismo dependiendo precisamente de la concepción de su causa (biológica o ambiental). Y el tercer punto es la caracterización de las alteraciones que presenta un niño con autismo.

Entre las primeras referencias que se tienen del autismo se encuentra Kanner (1943, citado en Eaves y Awadh, 1998) quien consideró autismo infantil como un trastorno únicamente afectivo caracterizado por la incapacidad del niño para relacionarse él mismo de manera normal con personas y situaciones desde el comienzo de su vida. El mismo autor presentó dos principales criterios de diagnóstico de acuerdo con su concepción, considerando que los demás síntomas eran secundarios y podían ser explicados a partir de estos dos criterios: la insistencia obsesiva en la preservación de la igualdad y extrema soledad autista o aislamiento. Cabe mencionar que Kanner consideró la influencia del trato de los padres como un factor importante y los describía como “fríos, distantes, perfeccionistas, que tratan a sus hijos tan meticulosa e impersonalmente como tratan a sus automóviles” (citado en Eaves y Awadh, 1998, pág. 385). Posteriormente, hubo otros personajes importantes como Bernard Rimland en 1964 (Eaves y Awadh, 1998) quien presentó evidencias de que el autismo podía ser considerado un desorden cognitivo más que afectivo porque el daño estaba en la habilidad cognitiva para integrar estímulos nuevos a la experiencia previa y

como consecuencia de ésto los niños no podían entender las relaciones ni pensar en términos de conceptos, símbolos ni analogías o abstracciones y tampoco podían integrar sus sensaciones en una unidad comprensible.

La clasificación del autismo se integró en un instrumento estandarizado por vez primera en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) de la Asociación Americana de Psiquiatría, aunque no fue sino hasta su cuarta edición cuando se tuvo una clasificación y una descripción conductual más certera de los ítems o criterios para determinar el autismo.

Actualmente se tienen diversas definiciones y criterios del autismo, algunas de éstas incluyen aspectos similares y son las que se consultan con mayor frecuencia para los reportes de investigaciones científicas del tema: la definición de la *Autism Society of America (ASA)* y la definición del DSM-IV.

La ASA considera que el autismo es un desorden neurológico con los siguientes síntomas: 1) alteraciones en la tasa de aparición de habilidades físicas, sociales y de lenguaje, 2) respuesta anormal a las sensaciones, 3) habla o lenguaje retardado o perdido, aunque pueden presentar capacidades específicas de pensamiento, 4) relación anormal con la gente, los objetos y eventos. Variadamente pueden presentar en extremo conductas autolesivas, repetitivas y agresión.

En el DSM-IV se define el autismo como un síndrome que engloba alteraciones cualitativas en la relación interpersonal, alteraciones de la comunicación y presencia de patrones conductuales repetitivos y estereotipados. Se considera que además de estas dificultades, el síndrome puede ir acompañado de otras características.

Existen otras líneas de investigación desde la perspectiva neuropsicológica como el trabajo de Dawson (1998) quien encontró que los severos síntomas del autismo estuvieron fuertemente correlacionados con una deficiencia del lóbulo temporal medio en la realización de un ejercicio. La hipótesis es que el autismo está relacionado con disfunciones en el lóbulo temporal medio y con la estructura límbica, pero esto es todavía discutido. El estudio del funcionamiento humano también ha realizado aportaciones para explicar la causa del síndrome autista a

partir del modelo de conducta humana que a continuación se describe brevemente.

El sistema sensorial recibe la estimulación del ambiente y manda señales al cerebro, la información es dividida en varios caminos a través de conexiones neurales que conducen a los sistemas reticular, límbico y cortical donde se realizan las funciones cognitiva y afectiva, éstos sistemas integran la información recibida para producir una respuesta motora. La función cognitiva está relacionada con la evolución y trata aspectos abstractos, simbólicos, representacionales, complejos y de orientación futura. La función afectiva está relacionada con la supervivencia e integra los estímulos importantes para la adaptación y estímulos nuevos, incluye aspectos concretos, episódicos y de orientación presente. En los casos de autismo, el individuo es incapaz de elaborar sensaciones afectivas o cognitivas de su ambiente por la falta de integración de los tres sistemas, lo que lleva al desarrollo de repertorios conductuales que parecen desadaptados ante un observador. Estos repertorios son gobernados por el sistema de excitación de acción solamente, es decir, no comprenden los estímulos ambientales concretos ni abstractos, entonces se presentan las conductas de autoestimulación, indiferencia afectiva y cognitiva, fascinación por los objetos y resistencia al cambio como manifestación de su ansiedad por dicha incompreensión (Eaves y Awadh, 1998).

Por otra parte, la investigación y la teoría conductista explican la causa del síndrome autista enfatizando las circunstancias de aprendizaje del niño, es decir, la causa ambiental, considera que estas circunstancias no producen una respuesta emocional positiva para que puedan ser confortados y recibir afecto. Esta teoría plantea que los niños autistas poseen el potencial para adquirir los repertorios de respuesta normales pero el déficit de condiciones de aprendizaje produce un repertorio deficiente que puede ser tratado utilizando los principios de modificación de conducta para implementar el lenguaje o reducir las conductas indeseadas (Staats, 1996).

Respecto a las alteraciones más características del síndrome autista, Sánchez (1999) considera como principales las siguientes cuatro categorías: alteraciones en la interacción social, alteraciones en el lenguaje, conductas estereotipadas y

otras características. Los estudios más recientes han investigado sobre aspectos específicos de alguna de estas categorías.

A nivel emocional, la evasión, retraimiento, aislamiento y conductas repetitivas o estereotipadas son la columna vertebral del trastorno autista que, de acuerdo con Rincón (2001) satisfacen temporalmente la necesidad de seguridad del niño y reducen la angustia que vuelve, incrementándose en grados cada vez más notorios. El pánico, grado superlativo del miedo, se vuelve crónico y constituye el sentimiento nuclear del autista. Dado que en la mayoría de formas y expresiones del autismo la vinculación con la madre fue profundamente lastimada, interrumpida o rota, el niño acude a auxiliadores que le ofrecen una habituación simbiótica, pero al no tener capacidad de elaboración y no contar con control cortical sobre los estímulos externos que le llegan a través de los sentidos, su mundo se vuelve un caos que le produce un alto grado de estrés y tiene que reorganizar solo su equilibrio interno. En estos casos, un abrazo de contención se convierte en la mejor manera de colmarlo de seguridad (Rincón, 2001).

Baron-Cohen (1998) ha investigado el trastorno de los niños autistas como un trastorno que afecta la mente, específicamente se refiere a la capacidad para calcular las causas de una acción y poder predecirlas. Baron-Cohen (op.cit.) explica que esta teoría de la mente o psicología intuitiva es una parte de la cognición, la otra parte es la física intuitiva. La psicología intuitiva puede ser entendida como la habilidad de interactuar con el medio social (con las personas) mientras que la física intuitiva puede ser entendida como la habilidad para interactuar con el medio físico. Los niños autistas pasan más tiempo tratando de interactuar con el medio físico que con el medio social porque tienen más habilidades para el primero, de aquí que el autor considere que las conductas repetitivas sean un medio para los niños autistas de llegar a un entendimiento de lo mecánico de los objetos.

Baron-Cohen (op cit) ha considerado la teoría de la mente para llevar a cabo investigaciones sobre aspectos específicos de la alteración de la interacción social y ha diseñado estrategias de intervención con niños autistas basadas en los resultados de sus investigaciones.

En lo que toca al diagnóstico y la evaluación, actualmente se cuenta con diversos instrumentos como son el *Diagnostical and Satistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales), el *Autism Screening Instrument for Educational Planning-2* (El instrumento de detección de autismo para la planeación educativa- 2), el *Autism Behavior Checklist* (Lista de conductas autistas), *Pervasive Developmental Disorder Rating Scale* (escala de clasificación de desórdenes en el desarrollo), el *Advocate* de la Autism Society of America, *Childhood Autism Rating*, entre otros (*New York State Department of Health Early Intervention Program*, 1999).

En el proceso de evaluación se recomienda el trabajo multidisciplinario, Power (1999) considera importante la participación del psicólogo para evaluar el estado emocional, los déficits de habilidades del niño, la socialización y el coeficiente intelectual; la participación del pediatra para evaluar el estado físico del niño y su desarrollo físico en general; el terapeuta de lenguaje para evaluar las áreas de lenguaje receptivo, expresivo y funcional, funcionamiento fonoarticulador, etc.; el audiólogo; la enfermera y el trabajador social.

Sattler (1996) menciona que para llevar a cabo un tratamiento con un niño autista es importante tomar en cuenta sus necesidades de aprendizaje de acuerdo con sus características únicas ya que éstas se relacionan con deficiencias cognitivas básicas en procesamiento de información. Tales déficits se pueden compensar mediante programas educativos estructurados de manera cuidadosa, es decir, por objetivos específicos de aprendizaje. La meta consiste en desarrollar mejores habilidades sociales y del lenguaje.

De la misma manera, Kennedy y Shukla (1998) han observado que la conducta de los niños autistas suele ser extremadamente sensible a reforzamientos ambientales, es decir, se puede modificar puesto que la conducta se relaciona con el ambiente y éste puede ser alterado para establecer nuevas conductas. De esta manera, el niño puede imitar, mirar a los ojos a otras personas, adquirir el lenguaje etc., seleccionando las respuestas que se reforzarán positivamente, así como las que merecen extinción.

Una sugerencia que se ha dado para el tratamiento en habilidades de interacción social de niños autistas es la integración del niño a los círculos sociales importantes para él. Howlin (1997), argumenta que el autismo trae problemas en la aceptación del rol social y en el comportamiento comunicativo en el contexto interpersonal, razón por la que los niños autistas no pueden integrarse a un grupo y a la comunidad en general. Para lograr la integración al grupo, el autor sugiere trabajar con estos niños en juegos y deportes en diferentes escenarios de interacción social, de preferencia con la gente con la que tiene problemas para relacionarse.

El autismo es un síndrome que afecta a 1 de cada 10,000 personas, de acuerdo a datos aportados por CLIMA (2001) (Clínica Mexicana de Autismo y Desórdenes en el Desarrollo). Sin embargo en los últimos años ha disminuido notablemente el interés en este tema, reflejándose en escasas investigaciones recientes que hacen referencia a los problemas a los que se enfrentan los individuos autistas debido a las características que son propias de este síndrome.

La inquietud por este tema se centra en la manera especial que tienen los niños autistas para relacionarse con las personas y los objetos, específicamente la existencia de los problemas que presentan en cuanto a su interacción social debido a que es crucial para tener un óptimo desarrollo psicológico el hecho de que interactúe con las demás personas, porque de esta manera aprenden habilidades básicas que no podrían aprender de otra forma. El niño autista es incapaz de aprender por aproximación y exploración puesto que este tipo de aprendizaje sólo puede darse en condiciones de seguridad extrema, así que lo único que queda es el aprendizaje por enseñanza. El ambiente, los padres, educadores y terapeutas caen en la trampa tratando de enseñar y habilitar funciones sin dedicarse a modificar el núcleo autístico: el pánico (Rincón, 2001)

En la actualidad el área de educación especial es uno de los más frecuentes campos de inserción del psicólogo. Es por ello que resulta relevante la investigación de las atipias para conocer la etiología, características y necesidades especiales, y así poder realizar un tratamiento eficaz. Dentro de las atipias, en la actualidad, el tema del autismo es uno de los menos investigados quizá por la

poca frecuencia con la que este trastorno se presenta en nuestro país. Se sabe que el área social es la más afectada en los niños con autismo por lo tanto es importante que se avance en la investigación para profundizar en los aspectos en los que se requiere el apoyo del psicólogo.

La aportación del presente trabajo es la recopilación teórica que se realiza del material más reciente que se tiene sobre el tema ya que antes de iniciar un tratamiento es necesario tener información sobre el área específica en donde se requiere la intervención. Este trabajo puede ser la base para elaborar un tratamiento en el área social ya que se mencionan tres aspectos sumamente revelantes del síndrome: afectividad, atención y lenguaje.

La investigación teórica se realiza desde el marco conductual debido a que este enfoque se centra en las características de la conducta manifiesta que presentan las personas que padecen los síntomas autistas, y dada su objetividad es el marco teórico que utilizan la mayoría de los investigadores en sus trabajos y publicaciones.

El presente trabajo pretende abordar el tema del autismo de manera general, ya que no cuenta con un caso específico en donde se haya puesto en práctica la propuesta. El objetivo de la presente investigación es analizar los componentes del desarrollo social en el niño autista (atención, afectividad, lenguaje y comunicación), así como las posibles formas de intervención.

De acuerdo con el objetivo se estructuró un esquema de cuatro capítulos:

En el primer capítulo se abordan las características del desarrollo social del niño autista de una forma general, identificando las conductas específicas que distinguen el síndrome autista.

Una vez identificadas dichas características se procede a describir las áreas que intervienen en la socialización como son la atención, la afectividad, el lenguaje y la comunicación en el niño autista para lograr una mejor comprensión de los déficits en la socialización.

En el capítulo tres se revisan algunas formas de intervención que se han llevado a cabo recientemente para apoyar el desarrollo de la socialización en el niño autista. Y en el capítulo 4 se presenta una propuesta de intervención poco

difundida en nuestro país pero que cuenta con una estructura teórica y metodológica que respalda y provee el éxito en la práctica.

CAPÍTULO 1

DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO AUTISTA

Las deficiencias sociales en el autismo son el núcleo problemático, éstas conductas son utilizadas para definir un síndrome y son consideradas cualitativa y cuantitativamente diferentes de las que se observan en niños con otros desórdenes y en niños normales. Por lo tanto es necesario conocer los diferentes aspectos de las conductas sociales, así como su aparición o ausencia durante el desarrollo infantil.

1.1 Componentes del desarrollo social del niño autista

A lo largo del desarrollo se producen cambios radicales en la conducta social, tan importantes que suele resultar difícil detectar continuidades. Los signos conductuales de la deficiencia social varían con la edad y en función del grado de retraso mental asociado al autismo. La naturaleza de los daños sociales ha sido caracterizada por un pobre entendimiento social y de habilidades más que una falta de interés. Se han creado debates sobre si los daños sociales en el autismo son un resultado del déficit social o cognitivo, ya que estas interacciones requieren tener habilidades para atender a una multitud de señales, para interpretar y responder a estas señales apropiadamente de acuerdo al contexto social (Ruble, 2001).

Frit (1993) argumenta que la incompetencia social que muestran los niños autistas es más compleja y trascendental de lo que se ha considerado. Los niños autistas no carecen totalmente de interés social o de respuestas sociales a ninguna edad; no presentan el mismo nivel de deficiencia y es posible diferenciarlos de los niños retrasados aunque éstos también presentan sus propias deficiencias sociales. Algo peculiar es su baja capacidad de apreciar las reacciones emocionales de los demás, y también la de expresar emociones de forma significativa. A lo largo de su análisis de diversas investigaciones

experimentales demuestra que la incapacidad que se les atribuye a estos niños para relacionarse con las personas, está mitificada en muchos aspectos aunque es evidente que existen deficiencias. Siguiendo un listado de varios componentes de la relación concluye que es mentira la creencia de que los niños autistas carecen de interés social o de respuesta social ya que las conductas sociales varían con la edad en función con el retraso mental que va asociado con el autismo, los autistas tienen aproximadamente cuatro años por debajo de su edad mental en el área de socialización, después de que cumplen 5 años su desempeño mejora.

Los niños autistas no evitan a las personas, la anomalía de las relaciones diádicas constituye un rasgo central pero no puede describirse en términos de rechazo o evitación del contacto social ya que en pruebas experimentales, los niños autistas, al igual que otros niños, prefieren estar cerca de una persona real que de cualquier otro estímulo (como diversos objetos). A diferencia de los niños con retraso mental, en la infancia temprana los niños autistas muestran considerables signos de conducta social baja, ya que la gran mayoría de ellos presentan conductas como querer regresar con su madre cuando se les aparta de ella, mostrando la existencia de respuestas sociales positivas.

La evitación de la mirada es otro de los mitos del autismo. La mirada es tan importante para la comunicación que hay un lenguaje complicado y en buena medida inconsciente, que forma parte de nuestra competencia social. En los autistas ciertamente se observa la incapacidad para usar este tipo de lenguaje, sin embargo no tiene nada que ver con la evitación del contacto humano, asegura Frith (1993), ya que a estas personas no les intimida que los vean o ver a los ojos, lo que les falta es usar la mirada con fines comunicativos.

La atención compartida puede manifestarse tanto en pautas de mirar a las personas en los momentos oportunos como en conductas que consisten en darles cosas y mostrárselas. En estas actividades, los niños autistas fracasan, sí indican cuando quieren algo, pero no indican el juguete que les gusta o que recuerdan de tal manera que, la madre u otra persona, no puede compartir el estado mental del niño. Con esto se infiere que el niño no hace ninguna distinción entre el contenido

de su propia mente y el de la mente de los demás, por eso, ni siquiera se plantea el problema de compartir ese contenido. La demostración de que los niños autistas tienen pautas de apego indica que reconocen la diferencia entre personas familiares y desconocidas, que reconocen la individualidad, la hipótesis de Frith (1993) es que tienen problemas para reconocer que las personas tienen mentes independientes.

La comprensión de las emociones también resulta una dificultad para los autistas, una dificultad independiente de la capacidad intelectual general. Frith (op. cit.) explica ese fracaso profundo considerando que los autistas tienen una concepción pobre de los estados emocionales porque la tienen de todos los estados mentales. Interpretada de este modo, la deficiencia en el reconocimiento de emociones puede considerarse que forma parte de un déficit cognitivo más general de la capacidad de reconocer estados mentales.

Los niños autistas pueden presentar gestos instrumentales, es decir realizar gestos para interactuar como señalar, llamar y alejar a alguien, sin embargo son incapaces de realizar gestos expresivos como la manifestación de sentimientos y emociones, consolar, abochornarse y demostrar amistad. Tienen dificultades para comprender las expresiones de estados de ánimo y ciertas peculiaridades en su forma de expresar los sentimientos, en general, son dificultades que se relacionan con los aspectos más complejos de la comunicación y no con una falta de afecto. La deficiencia social del autismo puede describirse como una falta de empatía ya que se caracterizan por su indiferencia al malestar de otras personas, su incapacidad para ofrecer apoyo e incluso para recibir apoyo ellos mismos. La empatía implica la capacidad de saber lo que las otras personas piensan o sienten, aunque tales sentimientos y pensamientos de los demás sean diferentes de los estados mentales propios que se producen simultáneamente (Frit, 1993).

Algunas de las anomalías que se aprecian en la conducta social de los autistas pueden considerarse cualidades positivas poco frecuentes, en vez de verse como deficiencias: los autistas no tienen sentido de modestia, vergüenza o culpa, los tabúes sociales les resultan difíciles de entender por lo que tienden a comportarse en público exactamente igual que se conducen en privado; los autistas no tienden

a engañar, no tratan de impresionar, no manipulan a las personas ni cuentan chismes y no se alegran por las desgracias de los demás (Frith, 1993).

Las anomalías sociales de los autistas en el primer año de vida constituyen una gran incógnita ya que no está claro qué aspectos de éstas, si los hay, son específicos del autismo y cuáles podrían ser signos de otras causas de retraso evolutivo siendo que el retraso mental se asocia con una disminución de las respuestas a los estímulos sociales, como también de las respuestas a otros estímulos.

Leo Kanner en 1943 (Eaves y Awadh, 1998) fue quien inicialmente identificó a un grupo de niños con una profunda inhabilidad para establecer relaciones sociales y emocionales significativas. Observó que estos niños tienen dificultades en el desarrollo y uso del lenguaje normal. A partir de entonces también se ha observado que los niños autistas tienen ciertos impedimentos cognitivos y emocionales que bloquean la adquisición de conceptos básicos del yo y de la naturaleza simbólica del lenguaje. Sin embargo los trastornos emocionales y conductuales del niño autista pueden manifestarse desde los primeros meses de vida, mediante la observación de características como establecer o mantener el contacto visual y sonreír socialmente, pasar demasiado tiempo mirando un objeto, un juguete, sus dedos o golpear repetidamente su cabeza sobre su cuna.

Para entender mejor el desarrollo social del niño autista, es necesario seguir su curso desde el inicio de la vida. Paluszny (1993) afirma que normalmente el embarazo de las madres de niños autistas no difiere del de las madres de niños normales, aunque se encontró que los niños que presentaban rubéola congénita mostraban mayor incidencia de autismo. Puede ser que después del nacimiento en los primeros años de vida no se observe ninguna dificultad en el niño pero antes de los 3 años de edad ya han aparecido algunos síntomas, especialmente la falta de respuesta social. Algunos padres informan de problemas psicosociales desde los primeros meses ya que aunque el bebé sonríe no lo hace en respuesta a los cuidados que recibe del adulto, no establece contacto visual con su madre, no llora cuando ésta se aleja ni sonríe cuando se acerca, no diferencia entre los familiares y los extraños. En los últimos meses del primer año no se entretienen

con los juegos que realizan los niños normales, más bien se interesan en juegos que los estimulan sensorialmente al mecerse o golpearse la cabeza contra algo, no se interesan en la interacción interpersonal, suelen centrar su atención en un solo estímulo consiguiendo mantenerla por horas y en lugar de explorar su ambiente juegan con un objeto de forma repetitiva. Otra característica del niño autista es la vocalización, ya que no muestra un lenguaje apropiado debido a que aparentemente no entiende ni responde, no trata de comunicarse por medio de gestos ni imitación, presenta un lenguaje ecolálico. En cuanto al desarrollo motor no parece haber diferencias entre el niño autista y el normal, aunque pueden existir algunas variaciones. Respecto a su salud general ésta puede ser normal aunque presente marcadas preferencias por un solo alimento en particular, patrones de sueños anormales, hipoactividad o hiperactividad, cierta apatía y aparente sordera (Paluszny, 1993).

De igual manera, Wing (1998) describe el desarrollo de algunos bebés que presentan después una conducta autista. Parecen desarrollarse normalmente durante un tiempo y sus padres no perciben nada extraño durante mas o menos el primer año, sin embargo, los interrogatorios con padres demuestran que había aspectos raros en su conducta.

Posteriormente a los 2 y 3 años de edad los problemas sociales se vuelven más marcados, el niño prefiere jugar repetitivamente con un objeto que estar con otras personas, haciendo berrinche si se interrumpe su juego, el movimiento corporal repetitivo es más evidente y parece no reaccionar ante el dolor, lloran o sonríen sin razón alguna además de mostrar resistencia al control de esfínteres. Aunque el habla se encuentre presente no la utilizan como forma de comunicación, no hacen mímica ni gesticulan, debido a que la edad del desarrollo del lenguaje en el niño normal se corresponde con la etapa más alterada del autista: éste se encierra cada vez más en sus estereotipias y rituales, se muestra progresivamente más aislado e incomunicado. Las conductas simbólicas que coinciden con el desarrollo del lenguaje (juegos de ficción, imitación diferida) también parecen perturbadas, y los problemas de comprensión no afectan sólo a

la comunicación verbal sino a la interpretación de las situaciones sociales, de las mismas señales sociales y emociones de los demás (Paluszny, 1993).

Alrededor de los 4 años el niño muestra conductas atípicas en la alimentación, el vestido y la socialización, además modificaciones en la rutina provocan berrinches o angustia extrema. En el lenguaje se observa cierto desarrollo aunque perturbado, también muestran diferente entonación que los niños normales. En evaluaciones realizadas a niños autistas en edad preescolar, muestran ciertas anormalidades en el rango intelectual, lingüístico, social y conductual. En niños mayores pueden presentarse berrinches, violencia y ataques agresivos sin provocación.

Caparulo y Cohen (1982) mencionan que durante los años posteriores el niño autista puede avanzar, con tratamiento psicológico oportuno, y llegar a desarrollar un lenguaje comunicativo útil para mejorar sus habilidades sociales. La hiperactividad y las conductas disruptivas también pueden decrementar con la maduración y el tratamiento aunque la ansiedad sigue apareciendo ante demandas sociales que el autista no comprende. Las conductas sexuales deben ser educadas de manera especial en estas personas ya que su curiosidad sexual puede llevarlos a realizar conductas sexuales socialmente inapropiadas.

Respecto a la adolescencia Riviere (1996) señala que es una etapa compleja para todas las personas y también para los autistas: puede implicar una evolución favorable (con disminución de excitación, comprensión algo más adecuada del mundo social y desarrollo de conductas y habilidades funcionales) o la aparición de nuevas dificultades en algunos sujetos (aumento de excitación y ansiedad, aparición de crisis epilépticas, incremento de los rituales, problemas de alimentación, aumento de la impresión general de falta de sentido y finalidad de la conducta, ciclos depresivos). Casi ningún autista es capaz de desarrollar una sexualidad genital. Los más capaces se vuelven relativamente conscientes de sus diferencias con otras personas en su etapa adolescente y pueden sentirse seriamente afectados por esa conciencia.

Orsmond, Wyngaarden y Mailick (2004) investigaron acerca de las relaciones con iguales y las actividades recreativas y sociales de adolescentes y adultos

autistas. Un aspecto interesante de los resultados es la actividad recreativa que sí realizan algunos adolescentes y adultos autistas, en donde no necesariamente se requiere de interacción social, por ejemplo, una caminata o cualquier otro ejercicio. La participación en eventos organizados como servicios religiosos o actividades recreativas en grupo es menos común. La participación en actividades sociales y recreativas está muy relacionada con factores ambientales, principalmente familiares, además de las características individuales. Pocos autistas del estudio reportaron tener amistad con personas de su misma edad.

1.2 Características conductuales del niño autista

A partir de las observaciones del desarrollo social del niño autista varios investigadores han coincidido en la presencia de ciertas características conductuales de la misma manera en que han divergido en otras.

Riviere (1996) presenta un listado de alteraciones que considera como un continuo, es decir, como una dimensión de características autistas que pueden presentarse en otras personas además de las que tienen el diagnóstico realizado.

A. deficiencias de las competencias de reconocimiento social.

1. Formas de aislamiento e indiferencia a otras personas
2. Ausencia de contactos sociales espontáneos pero aceptación pasiva de los intentos de aproximación de otras personas.
3. Carácter unilateral de las pautas de relación, falta de interés por ideas y sentimientos de otros.
4. Forma leve que suele encontrarse en adultos con deficiencias sociales severas en la infancia, que han progresado y parecen haber aprendido las reglas de relación y contacto social de forma intelectual, y no vital.

B. Deficiencias de las competencias de comunicación social.

1. Ausencia de motivación comunicativa
2. Expresión exclusiva de deseos
3. Expresión de comentarios irrelevantes al contexto

4. Empleo de un lenguaje elaborado pero sin implicación en una auténtica pauta de conversación recíproca (cuestiones repetitivas y largos monólogos).
- C. Deficiencias de las competencias de imaginación y comprensión social.
1. Ausencia de imitación significativa y juego de ficción
 2. Presencia de imitación sin comprensión real del significado de la acción realizada; falta de juego de ficción espontáneo
 3. Representación estereotipada y repetitiva de un cierto rol sin variación ni empatía
 4. En personas mayores y más capaces, hay cierta apreciación de que algo sucede en la mente de otros aunque no comprende qué es
 5. Cierta habilidad para reconocer sentimientos de otros pero a nivel intelectual más que empático o emocional
- D. Formas repetitivas de actividad.
1. Predominio de conductas estereotipadas (balanceo, aleteos de manos, fascinación por estímulos sensoriales simples, etc.)
 2. Movimientos repetitivos más complejos, de carácter ritual o rituales sensoriales más complejos. Vinculación intensa a ciertos objetos
 3. Insistencia en realizar ciertas secuencias de acciones o en la representación dibujada o construcción de ciertos contenidos y objetos.
 4. Preocupación obsesiva por ciertos contenidos intelectuales

Cohen y Volkmar (2002) han observado las siguientes características en niños autistas:

- * Falta de respuesta a estímulos sociales
- * Dificultad en el lenguaje comprensivo y expresivo
- * Intolerancia a cambios físicos o rutinas diarias
- * Movimientos inusuales. Repetitivos y ritualísticos
- * Fascinación mecánica. Pueden parecer más interesados en los objetos físicos que en las personas

* Puede haber presencia de habilidades especiales. Algunos pueden memorizar listas largas de nombres o números, pueden decir el día de la semana en que caerá cualquier fecha futura.

Wimpory, Hobson, Williams y Nash (2000) han observado características similares en niños autistas basándose en el instrumento DAISI (entrevista a padres de niños autistas para evaluar el área social):

* Falta de compromiso social, de establecimiento de relaciones interpersonales.

* Déficit en conducta comunicativa. Ausencia de respuesta a la voz de otros y falta de comprensión de los gestos.

* Alteración en relaciones persona-persona. Carencia de iniciativa para iniciar interacción y dirigir la mirada a otros, sociabilidad en juegos y comprensión de sentimientos.

* Alteración en las relaciones persona-objeto-persona. Establecimiento del contacto visual, ofrecer y dar objetos a otros, mostrar objetos y seguir lo que otros señalan.

* Conductas repetitivas. Conductas inusuales.

Sigman (1993) señala que las alteraciones sociales de los niños autistas no son tan radicales como se ha descrito, debido a que participan en juegos sociales simples y responden de forma positiva a las iniciativas de juego social con sus madres, sin embargo sí presentan ciertas limitantes:

* Los niños autistas de todas las edades padecen un déficit en relación a los tipos de respuesta que indican comprensión social.

* El niño pequeño no muestra atención a las señales emocionales de los otros, ni intentan iniciar actividades conjuntas o interacciones. Los niños autistas mayores, incluso aquellos con un buen nivel intelectual, tienen una gran dificultad para comprender las experiencias del otro o las propias, además parecen no comprender las reglas sociales que se desarrollan tempranamente para regular las interacciones sociales.

Un aspecto sobresaliente es que si los niños autistas muestran mayor cantidad de conductas de atención conjunta y referencia en sus primeros años, continúan

siendo posteriormente más hábiles desde un punto de vista social que los niños autistas que muestran menos atención conjunta. También se ha encontrado que los niños autistas que muestran cierta atención conjunta tienen mejores habilidades lingüísticas, que los niños autistas que no muestran atención conjunta.

Las conductas estereotipadas son alteraciones muy características en el autismo e incluyen conductas autolesivas, conductas de autoestimulación cinestésica, poca resistencia al cambio ambiental y juegos ritualizados. Howlin (1998) comenta que las conductas disruptivas tienen una importante función comunicativa, sobre todo en los niños con pobres habilidades de comunicación. Estas conductas son un medio del niño autista para controlar rápidamente su miedo mientras que conductas como la agresión y la auto-agresión pueden indicar una necesidad de atención, estimulación o escape de situaciones estresantes. De igual manera, Rusell (2000) menciona que la conducta repetitiva puede surgir en el autismo como estrategia compensatoria para reducir el nivel de ansiedad resultante de la incapacidad para comprender el mundo social que le rodea ya que la tasa de conductas repetitivas aumenta cuando el individuo está en una situación nueva o impredecible.

Otras alteraciones características del autismo son las respuestas perceptivas, las dificultades en la imitación, las dificultades para tolerar la frustración, las dificultades atencionales y las dificultades en la generalización de aprendizajes. Rogers, Bennetto, McEvoy y Pennington (1996) comentan que la habilidad de imitación temprana da al niño información acerca de las otras personas y esto es importante para que desarrollen sus sentidos por lo que consideran que una deficiencia en funciones ejecutivas puede ser causa de una temprana deficiencia de imitación trayendo como consecuencia otras deficiencias en el desarrollo social cognitivo. Los autores realizaron una obra musical con adolescentes en donde examinaron el funcionamiento en la realización de tareas de imitación mediante muestras manuales y faciales de las tareas de la obra. Los resultados mostraron que los adolescentes autistas no tienen dificultades en sus habilidades motoras ni

de memorización para realizar la imitación ya que muestran ejecuciones equivalentes al control de la mímica sobre el control de tareas.

Como puede observarse existen algunos puntos de vista contrarios entre los estudiosos del tema del autismo respecto a los componentes del desarrollo social y el análisis de la deficiencia en el autismo. Sin embargo, en el tema de las características conductuales del niño autista se muestran más unidos y redundan las descripciones detalladas de las principales alteraciones y su manifestación conductual. Las áreas de mayor alteración, de acuerdo con las listas conductuales citadas son: atención, afectividad, lenguaje y comunicación, en las cuales se enfocará el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

ÁREAS QUE INTERVIENEN EN LA SOCIALIZACIÓN

Como se menciona en el capítulo anterior, el autismo se caracteriza por ciertas alteraciones en la interacción social donde pueden diferenciarse la comprensión social y la conducta social. La primera incluye aspectos como la atención conjunta, comprensión de falsas creencias, toma de perspectiva afectiva y empatía. La conducta social incluye aspectos como la interacción con un igual y la conducta prosocial. Una tercera área que une las dos anteriores es la comunicación que junto con el lenguaje, manifiesta un mejor grado de desarrollo en los casos de personas autistas. De esta manera, la atención, la afectividad y la comunicación se convierten en las áreas principales de la socialización.

2.1 Atención en el autismo

Para que se de una respuesta se requiere poner atención al estímulo, entonces se observa que ésta es un vínculo entre el estímulo y la respuesta. Cuando la atención se enfoca a determinados estímulos o a algunas características de éste se le llama atención selectiva, esta capacidad de desplegar la atención y concentrarla en solo algunos puntos es muy importante porque brinda la oportunidad de aprender. Esta habilidad se va desarrollando en el niño normal mediante cambios relacionados con la edad. En un principio la atención es sobreexclusiva ya que el niño muy pequeño atiende a estímulos en función de lo que le parece más llamativo como el color, el movimiento etc., y fija su atención en este totalmente, posteriormente con el paso del tiempo la atención se vuelve sobreinclusiva ya que el niño, ahora escolar, atiende a muchos más estímulos, inclusive más de los que le son necesarios. Mediante la experiencia y la enseñanza, aprende que debe enfocar su atención sólo a algunos aspectos del ambiente, ignorando aquellos que son irrelevantes, con esta selección el procesamiento de la información es más eficiente (Ross, 1997).

Es necesario mencionar que existen diferencias individuales en el desarrollo de esta atención en cuanto a la velocidad y a la madurez con que se presenta. Se dice que hay deficiencias en la atención cuando no se desarrolla la atención selectiva, es decir, la atención se estanca en uno de los dos polos ya sea la sobreexclusiva o la sobreinclusiva.

La atención sobreexclusiva se ha encontrado en niños con retraso y autistas, ya que centran su atención sólo en un estímulo o en un aspecto de éste. Ross (1997) ha mostrado gran interés en el tema de la atención sobreexclusiva y sobreinclusiva y ha recopilado varios estudios al respecto. El autor cita una investigación en donde participaron niños normales, autistas y retardados, se les presentaron 3 estímulos simultáneos a los que debían responder de forma motora, los tres grupos presentaron respuestas, sin embargo al presentarse bs estímulos de forma individual los niños autistas no respondían a todos, lo que indica que centraban su atención sólo en uno, es decir, presentaron atención sobreexclusiva. En la vida diaria se presentan muchos estímulos y un niño que presta atención a sólo uno de ellos es obvio que tendrá dificultades.

Algunos investigadores han trabajado con niños autistas problemas de aprendizaje relacionados con la atención sobreexclusiva, Ross (1997) menciona un estudio donde se ayudó a niños autistas a enfocar la atención descomponiendo una tarea en componentes individuales mostrando solo un elemento del estímulo. Sin embargo en el ambiente natural es muy difícil aprender atendiendo sólo a un elemento a la vez, por lo tanto un método más eficaz requeriría ayudar a estos niños a atender a estímulos múltiples y no adaptar la situación de aprendizaje a la presentación de un estímulo a la vez. En otro de los estudios revisados por Ross (1997) se encontró que los niños autistas pueden responder a estímulos múltiples, pero necesitan una exposición mayor a estas señales que los niños normales.

Un aspecto relevante es la atención conjunta que se refiere al hecho de dirigir la atención del otro con intención de compartirla con respecto a personas o hechos. Britton (2001) plantea que la atención conjunta juega un papel importante en el desarrollo tanto de las interacciones sociales como de la comunicación

temprana y, de acuerdo con el autor, la capacidad de iniciar y mantener episodios de atención conjunta está ausente en niños autistas.

Las incapacidades para mantener la atención conjunta y para comprender que los pensamientos de las otras personas son distintos de los nuestros afecta los procesos cognitivos implicados en la socialización de los niños autistas que a su vez afecta la forma de pensar y aprender ya que la incapacidad para comprender los cambios de las expresiones faciales los hace incapaces para entender las intenciones de los otros y los lleva a tomar decisiones pobres. En el aprendizaje se ven afectados porque tienen dificultades para procesar grandes cantidades de información presentadas oralmente y tienen dificultades para generalizar.

Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird y Drew, (1997) han estudiado aspectos de la socialización como son la empatía, el juego simbólico, la atención conjunta y la imitación. En situaciones de juego espontáneo y juego estructurado, compararon un grupo de niños con retardo en el desarrollo, un grupo de niños con desarrollo normal y un grupo de niños con autismo (con una edad de 18-20 meses) observando que los niños con autismo presentaron fallas específicamente en aspectos de empatía, atención e imitación. Los niños con autismo no establecieron contacto visual en la atención conjunta ni en la empatía. Los niños con autismo, al igual que los otros dos grupos presentaron juego funcional pero pocos participantes de los tres grupos mostraron juego simbólico en la condición de juego espontáneo. Los niños autistas miran menos a la cara y no muestran interés en las expresiones faciales; no buscan la mirada del adulto ante la presencia de un objeto interesante; no muestran gesticulaciones emocionales ni respuestas a una demostración emocional de un adulto; se interesaron más en juguetes mecánicos que en una persona; y mostraron menos conductas imitativas que los otros dos grupos.

Baron-Cohen, Baldwin y Crowson (1997) investigaron estrategias de dirección de la mirada del hablante y dirección de la mirada del escucha para hacer asociaciones entre una palabra y un objeto nuevo, esto puede ser útil para la comunicación del niño autista. Los autores observaron que los niños autistas son relativamente insensibles a la dirección de la mirada del emisor y consideran que

la estrategia de dirección de la mirada del hablante utilizada con los niños autistas no resultó como se esperaba porque existe un déficit de atención conjunta en el niño autista tanto en las situaciones verbales como no verbales.

Travis, Sigman y Ruskin (2001) indican que existe una menor iniciación de la atención conjunta, menor empatía, menor interés ante el dolor y daños substanciales de la interacción social en el repertorio de autistas en comparación con el de niños con retardo en el desarrollo. Las formas intuitivas y no verbales de la comprensión social como son la iniciación de la atención conjunta, la empatía o la conciencia de las expectativas sociales están más relacionadas con la interacción con iguales y con la conducta prosocial en muestras de niños autistas en alto funcionamiento. Y por el contrario, las medias de conocimiento social verbalizable como la comprensión de falsas creencias y la toma de perspectiva afectiva no están relacionadas con las habilidades de interacción social.

Goldstein, Johnson y Minschew (2001) realizaron un estudio donde examinaron aspectos relevantes de la atención. Para esto se tomaron en cuenta cuatro modalidades de la atención las cuales son: A) enfocar un objeto y realizar una tarea en presencia de objetos distractores, B) mantener la mirada en el objeto durante un periodo determinado, C) adaptarse a un cambio en el foco de atención, D) Recibir e interpretar efectivamente la entrada de información. Durante la investigación se comparó la atención de individuos autistas con alto funcionamiento y niños de un grupo control. Los participantes fueron 103 niños normales y 103 niños a los cuales se les había diagnosticado autismo a través del Autism Diagnostic Interview y el Autism Diagnostic Observation Schedule. Los resultados mostraron que el mayor descontrol está sobre las medidas de atención que requieren flexibilidad cognitiva o velocidad psicomotora, más que una exactitud o precisión. Además se encontró que el autista tiene problemas para codificar la información y mantener la mirada ante una figura u objeto a través del tiempo. La postura del autista puede ser también una causa del déficit de atención.

Las observaciones de Goldstein y cols. (2001) se contraponen con las de Baird (1998) quien comenta que los niños autistas permanecen más tiempo mirando objetos que personas y cuando desvían su atención se dirigen a otro objeto, es

decir, a estímulos no sociales y los miran por tiempo prolongado en comparación con los estímulos sociales (personas) que cuando llegan a llamar su atención, lo hacen por breves períodos.

Leekam, Hunnisett y Moore (1998) estudiaron el seguimiento visual en niños con autismo partiendo del supuesto de que la atención conjunta es una de las respuestas más tempranas en el desarrollo humano; la habilidad para seguir a otra persona dirigiendo cabeza y mirada comienza a aparecer normalmente en el primer año de vida, sin embargo, en los niños autistas parece estar ausente. Los resultados de sus experimentos y observaciones demuestran que una considerable proporción de niños autistas no tienen dificultades para seguir con la cabeza a otros, sin embargo, hubo diferencias entre los niños con mayor edad mental quienes se orientaron espontáneamente hacia otra persona volteando la cabeza, a diferencia de los niños con menor edad mental quienes tuvieron dificultades con estas respuestas. En general, observaron que los niños autistas tienen un déficit de atención que se refleja en el hecho de seguir menos con la mirada a otras personas en comparación con los niños de desarrollo normal, aunque finalmente pueden lograrlo cuando se les indica hacerlo mediante una señal (apuntando u ordenando verbalmente).

2.2 Afectividad en el autismo

Las emociones tienen un papel importante en la relación con los demás, ya que a través de expresiones también es posible la comunicación. Rieffe, Terwogt y Stockmann (2000) mencionan que los niños autistas tienen una “ceguera mental”, es decir, actividades como pensar, soñar y planear, no son reconocidas por el autista, de esta manera se puede decir que los niños con autismo tienen problemas para comprender las emociones de otros.

La felicidad, el enfado, y la tristeza son predominantes al resultado de una situación, cuando no se logra mantener un estado deseado se despierta un estado de tristeza o enfado, causado por la frustración. Contrario a lo que se maneja en investigaciones pasadas, Rieffe y cols. (2000) apoyan la idea de que los autistas

poseen la capacidad para comprender el pensamiento de otras personas, pero esta capacidad no es espontánea ni tienen un desarrollo normal.

Los niños con autismo reaccionan a detalle en situaciones que otros niños pasan inadvertidas o consideran insignificantes. Se ha argumentado que la tensión y la inquietud juegan un papel importante en muchos problemas del comportamiento de los niños con autismo esto se debe a varios factores causales entre los que se encuentran: su capacidad pobre de coherencia central, su percepción hipersensible, un desorden en el proceso de información y la dificultad de poder manejar muchos estímulos a la vez.

Los rostros humanos transmiten información acerca de la identidad, por ejemplo los movimientos de labios, la dirección de la mirada fija y la emoción son las fuentes informativas principales y más poderosas a través de la cuales se comunican interacciones sociales tanto emocionales como lingüísticas. Gepner, Deruelle y Grynfeldt (2001) argumentan que la habilidad de los sujetos autistas para usar y entender la información facial está dañada y que esto puede informarnos acerca de otros problemas que manifiestan durante la interacción social. El reconocimiento facial emocional es una clave importante para la investigación del desarrollo social del autista porque llega a ser el aspecto principal del procesamiento involucrado en interacciones sociales. Algunos estudios en este campo fallan al mencionar si los déficits autistas son restringidos al procesamiento emocional o no. Los movimientos faciales juegan un papel importante en la percepción de emociones de muchos niños autistas. Una observación importante de Gepner y cols. (2001) es que no existe diferencia entre el procesamiento de expresiones emocionales y no emocionales observadas en los niños autistas, esto sugiere que la percepción emocional no es sistemáticamente deficiente en niños con autismo.

Una teoría bastante interesante acerca de la afectividad en niños autistas comparados con los de desarrollo normal es la "Teoría de la mente" desarrollada originalmente por Baron-Cohen y retomada por algunos de sus colaboradores. Howlin, Baron-Cohen y Hadwin (1999) han trabajado con niños autistas pruebas de falsas creencias. De acuerdo con sus observaciones, los niños autistas

cometen más errores en este tipo de pruebas que los niños normales y con problemas de aprendizaje de una edad mental menor. Esta inhabilidad de los niños con autismo para comprender las creencias de los otros es revelada dramáticamente mediante las pruebas de engaño. Puesto que el engaño vincula la manipulación de creencias, esto es consistente con sus dificultades en la comprensión de la creencia. En la prueba de Penny Hiding Game (juego de ocultación de monedas) una simple prueba de engaño que requiere que el niño oculte una moneda en una u otra mano, los niños con autismo muestran las pistas que posibilitan saber donde está la moneda. Por ejemplo, ellos omiten cerrar la mano vacía, o esconden la moneda a la vista del adivinador. En contraste con los niños con problemas de aprendizaje y normales de 3 años que cometen menos errores de este tipo.

Respecto al estado mental de la emoción, parece que los niños autistas pueden comprender emociones simples (causadas por alguna situación) pero no las más complejas (causadas por las características de la creencia de la persona). El deseo es otro estado mental que, como la toma de perspectiva, parece tener déficits menores en niños autistas comparados con niños de la misma edad mental.

Un aspecto importante de la afectividad es el contacto físico que, para algunos niños autistas, parece insoportable mientras que para los niños normales es reforzante. Wing (1998) hace una clasificación de cuatro tipos de grupos autistas: 1) el grupo de niños que se aísla de los demás y utiliza a las personas como instrumento para obtener algo sin interesarse en lo que le pase a los demás; 2) el grupo de niños que aceptan que las personas se acerquen pero no interactúa con ellas; 3) el grupo de niños que interactúan cuando quieren algo pero lo hacen con brusquedad; y 4) el grupo de autistas adolescentes o adultos que interactúa con ausencia de pensamientos y sentimientos hacia los demás. Hasta en este aspecto, la gama de variedad en la tolerancia al contacto físico parece muy amplia cuando se trata de niños autistas.

En cuanto a este rechazo al contacto físico por parte de algunos niños autistas Rincón (2001) explica que son niños cuya vinculación con la madre fue dañada o

rota por ser prematuros, porque nacieron con alguna inmadurez orgánica, enfermos o porque simplemente hubo una separación de la madre e incapacidad de ocuparse del bebé. Al no haber madre disponible que brinde seguridad y confianza mediante la cercanía física del abrazo, el niño acude a auxiliares que le ofrecen una habituación simbiótica que al paso del tiempo se vuelve adictiva. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades básicas define, desde muy temprana edad, sentimientos positivos y negativos que al correr el tiempo se discriminan cada vez más. El perfil emocional del niño está ya instalado cuando el habla y los gestos constituyen la lengua. El lenguaje se hace cargo del pensamiento ordenándolo y las conductas resultantes de los sentimientos, de los pensamientos y de la interacción se organizan y someten a los aspectos más profundos. En el autista no hay lenguaje, y cuando se llega a producir sirve a los fines informativos, para crear pensamientos aislados; esto impide su uso con fines emocionales. Los pensamientos desorganizados y sin integración entre sí no se ponen al servicio de la base emocional y ésta no puede ayudar a integrarlos, así que no llegan a comprenderse aunque ocasionalmente a manifestarse en conductas disruptivas y/o estereotipadas.

De igual manera, Brauminger y Kasari (2000) argumentan que la incapacidad para relacionarse con el mundo social trae sus consecuencias en la persona autista manifestándose de diferentes maneras. La soledad emocional se presenta como una consecuencia por la falta de vínculos afectivos con otros trayendo tristeza, miedo, impaciencia y vacío. La soledad cognitiva social, en cambio, se basa en procesos como una autoevaluación, autopercepción y comparación social y surge cuando el niño percibe sus relaciones sociales como insatisfactorias o cuando no tiene acceso a relaciones sociales con iguales, se sienten marginados y aburridos. La investigación acerca de la soledad tanto cognitiva como emocional son aspectos relevantes al estudiarse como un indicador de si el autismo es un desorden del proceso cognitivo o es un desorden en el proceso básico afectivo o emocional. El estudio realizado por los autores con base en esta teoría mostró que, ciertamente, los niños autistas experimentan gran soledad y poca satisfacción

con sus relaciones, que asocian la amistad con compañerismo y les gusta estar envueltos en relaciones sociales teniendo por lo menos un amigo.

Anteriormente, Hobsson y Lee (1998) estudiaron el autoconcepto en autistas, expresado en forma verbal por medio de opiniones acerca de ellos mismos. Los resultados de su estudio mostraron que los niños autistas producen menos declaraciones en la categoría social pero más en la categoría física, esto sugiere que los niños autistas tienen una anomalía específica en el manejo del “yo” en relación con otras personas, lo cual puede deberse a la falta de experiencia social.

En esta misma línea algunos investigadores han afirmado que en los niños autistas no existen conductas de apego y no diferencian entre miembros de su familia y extraños mientras que otros dicen que sí hay diferencia en sus conductas al dirigirse a su madre, siendo estas conductas indicadores de afecto (proximidad, sonreír, hablar). A partir de estas afirmaciones Crossley y Dissanayake (1997) investigaron cómo el niño autista dirige su afecto y conductas sociales a su madre y a un adulto desconocido mediante conductas como el contacto físico, orientación del cuerpo, mirada, dar, mostrar y juego mutuo. Los resultados mostraron que los niños autistas mantienen proximidad y contacto físico, sonreían a su madre aunque raramente mostraron conductas como dar, mostrar y jugar. También se observó que los niños autistas incrementaron la proximidad con su madre cuando un extraño entró al cuarto y fallaron al dirigir alguna conducta social al adulto desconocido.

2.3 Lenguaje y comunicación en el autismo

Cuando los científicos estudian el lenguaje lo dividen en varios subsistemas y los niños con autismo presentan anomalías en cada uno de ellos, lo cual obviamente influye en la competencia social

Uno de los subsistemas del lenguaje es la fonética (producción de los sonidos del habla) que puede presentar anomalías de entonación. Otro subsistema es el vocabulario que puede presentar desde un retraso moderado, hasta su completa ausencia. Un tercer subsistema del lenguaje es la sintaxis que se refiere a las

reglas de la gramática que permite combinar las palabras en frases de modo significativo y comprender cómo el orden de las palabras puede alterar el significado de las frases, en este subsistema los niños con autismo pueden presentar cierto retraso pero la secuencia de adquisición es la misma que la de los niños normales. Otro subsistema del lenguaje es la semántica y se refiere a las reglas que nos permiten utilizar las palabras de un modo significativo, los niños con autismo que pueden hablar también utilizan palabras para referirse a las cosas pero muestran problemas característicos con los significados de las expresiones más abstractas (a menudo entienden las palabras en un nivel muy literal). El último subsistema del lenguaje es la pragmática, se refiere a las reglas de la conversación que nos permiten utilizar el lenguaje de manera que resulte adecuado al contexto y al oyente; los niños con autismo a menudo emplean el lenguaje de modo inadecuado al contexto social y tienen dificultades para reconocer la intención tras el habla de alguien (Baron-Cohen y Bolton, 1998).

Sigman (1998) mediante sus investigaciones ha comprobado que las habilidades en el lenguaje a edad temprana predicen un aumento con la edad a diferencia de la respuesta a las emociones de otros que permanece estable con el tiempo. En cuanto a la relación entre estas habilidades básicas y las habilidades que aún no se desarrollan, han observado que tanto la comunicación no verbal como el juego son necesarios para la adquisición y consolidación del lenguaje. El comportamiento pro-social y las relaciones interpersonales también se pueden predecir por el nivel de comunicación verbal, el juego simbólico y la respuesta ante las emociones de otros.

Dado que las habilidades verbales tempranas predicen en gran medida el futuro desarrollo del niño autista las vocalizaciones atípicas forman parte de los síntomas que se consideran al describir el desorden autista. Sheinkopf, Mundy, Oller y Steffens (2000) llevaron a cabo un estudio para evaluar el surgimiento de las conductas vocales tempranas en niños con autismo. El estudio se centró en el desarrollo vocal temprano integrando observaciones de conducta vocal con medidas de funcionamiento social y de comunicación en niños autistas.

Se examinaron dos grupos de niños uno con retardo en el desarrollo y el otro con autismo. Los grupos se seleccionaron de acuerdo a su limitado desarrollo verbal. Los resultados muestran que los niños con autismo no tienen dificultades con la expresión de sílabas bien formadas; sin embargo, muestran daños significativos en la calidad vocal, específicamente, producen una gran proporción de sílabas con fonación atípica en comparación con los niños retardados en su desarrollo. Los niños con autismo también muestran un daño en conductas de atención conjunta, además, las atipicidades en la conducta vocal de niños con autismo parecen ser independientes de las diferencias individuales en habilidades de atención conjunta sugiriendo que un modelo de procesamiento múltiple puede ser necesario para describir daños en la comunicación social temprana en niños con autismo.

Desde la perspectiva neuropsicológica, Shopler y Mesiboy (1996) describen que se ha encontrado que la escasa interacción verbal del niño autista puede generar síntomas afásicos, es decir, de incapacidad perceptiva y puede presentar síntomas disléxicos referidos a la distorsión en los sonidos que emiten. Además de los problemas verbales se pueden presentar problemas no verbales referentes al desorden en la percepción social que incluye la auto- percepción, es decir, puede presentar afasia agnosia (inhabilidad para reconocer caras familiares) lo cual puede establecer una relación entre la escasa comunicación verbal y el desinterés por la interacción social.

Dennis, Lazenby y Lockyer (2001) hacen hincapié en que para tener una comunicación exitosa son necesarias las inferencias, es decir, gran parte del significado que se le dan a las palabras se infiere, esto lo hacemos por ejemplo en el lenguaje figurativo. Las personas con autismo presentan un déficit en este sentido, es decir tienen problemas al inferir e interpretar las palabras provocando que no entiendan la ironía, bromas o metáforas. Dennis y cols. (2001) realizaron un estudio comparando la habilidad en niños normales y con autismo para usar y entender inferencias respecto a: estados mentales, coherencia, lenguaje figurativo e inferencia intencional al hacer discursos dando como resultado que su ejecución en tareas inferenciales fue menos satisfactoria que en las tareas no inferenciales,

los niños autistas hicieron inferencias para entender palabras de estados mentales pero fallaron al inferir que esa palabra implica un contexto. Los niños autistas fallan al hacer tareas de diálogo y lenguaje figurativo y tienen problemas para entender metáforas y para producir diálogos. Las tareas de ambigüedad fueron más fáciles que las metáforas, lo que sugiere que la dificultad de los niños con autismo es la intencionalidad de la expresión no los múltiples significados. El diálogo fue más fácil que el discurso lo cual sugiere que la dificultad es la intencionalidad de los contextos sociales, no la coherencia.

En cuanto a la tendencia del niño autista a interpretar el lenguaje de forma muy literal, Mitchel, Rusell y Salmarsh (1997) realizaron un estudio con niños autistas presentándoles tres historias con dos versiones cada una. En la primer versión el mensaje emitido por el protagonista era distinto a lo que él deseaba y en la segunda versión el mensaje y el deseo eran consistentes. Los resultados mostraron que los niños con autismo evidentemente interpretan el lenguaje más literal y los autores consideran que posiblemente se deba al déficit de atención que presentan estos niños, lo cual a su vez no les permite tener una concepción de pensamiento, no imaginan la afinidad que hay entre el pensamiento y el lenguaje. Con base en estos resultados se sugiere que al dirigirse a un niño autista el lenguaje sea concreto para no dar lugar a interpretaciones equivocadas por parte del niño.

Finalmente cabe recordar que entender y usar el lenguaje involucran no sólo la decodificación tal cual, sino la construcción de significados y la integración de la inferencia, siendo esto último una dificultad para los autistas.

CAPÍTULO 3.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN EL AUTISMO

Las investigaciones que se han hecho recientemente sobre las formas de intervención con niños autistas se han centrado en el desarrollo de habilidades comunicativas, Rogers (2000) lo atribuye a que la adquisición de estas habilidades facilita la socialización en niños autistas. Además se observa que en la mayoría de las intervenciones en comunicación se incrementa el compromiso social del niño autista y tal compromiso contribuye directamente en otras áreas relacionadas con la conducta social (como la afectiva, atención, comportamientos inapropiados, etc.) aún cuando éstas no sean específicamente el objetivo de la intervención.

3.1 Lenguaje y comunicación

En el presente apartado, cabe aclarar cierta diferencia entre los conceptos de lenguaje y comunicación. Son conceptos diferentes ya que el primero está referido a la adquisición de un código (fonológico en el caso del lenguaje oral) y al aprendizaje de reglas de utilización de dicho código para formar palabras, frases, oraciones y discursos mayores. En cambio, la comunicación se refiere a una interacción con otra persona, a la utilización del lenguaje para transmitir pensamientos, opiniones, sentimientos, etc. a otras personas con el fin de establecer una interacción.

3.1.1 Comunicación verbal

Antes de comenzar la exposición de las diversas estrategias que se han puesto en práctica para mejorar la comunicación, cabe mencionar algunas consideraciones que sugieren las revisiones hechas por un par de autoras.

Howlin (1998) realizó una revisión acerca de las prácticas de tratamientos psicológicos y educativos para el autismo destacando que un solo modo de

tratamiento no siempre va a ser efectivo para todos los niños y para todas las familias. La intervención puede necesitar ciertas adaptaciones de acuerdo a las necesidades individuales y la valoración de las aproximaciones que involucren un análisis funcional de los problemas explorados. Esto sugiere que muchos de los llamados desafíos conductuales son resultado de la dificultad fundamental del niño en la comunicación y la comprensión social, o de tendencias ritualistas y obsesivas que también son características del autismo.

El hecho de que algunos niños muestren mejoras sustanciales en la medida que crecen, ha conducido a demandas que determinados tratamientos en particular ofrecen satisfacer significativamente o incluso llevar a una cura. Entre tales intervenciones se encuentra la terapia de contención, la musicoterapia y el tratamiento sensitivo escocés que involucra exposición a espectáculos especiales.

En una revisión crítica realizada por Delprato (2001) se estudiaron diez tratamientos de los que se realizó una comparación de los procedimientos tradicionales de conducta operante con intervenciones normalizadas desarrolladas recientemente para enseñar el lenguaje a niños pequeños con autismo. Delprato (2001) comenta que muchas características de viejos tratamientos incluyen una favorable estructuración dirigida por el profesor en sesiones de continuas pruebas, iniciativa del maestro, reforzamientos artificiales y formación de respuestas. Las intervenciones normalizadas constan de sesiones de estructura floja, de enseñanza indirecta con situaciones cotidianas, iniciativa del niño, reforzamientos naturales y criterios liberales para la presentación de reforzadores. La principal conclusión fue que en los ocho estudios con criterios de respuesta lingüística, el entrenamiento de lenguaje normalizado fue más efectivo que el entrenamiento de pruebas continuas. Además, en los dos estudios que se evaluó el afecto parental, el tratamiento normalizado produjo afectos más positivos que el entrenamiento de pruebas continuas.

Ya dentro de las investigaciones sobre la adquisición de vocabulario en niños con autismo se encuentra el trabajo de Moore y Calvert (2000) quienes proponen la utilización de computadoras para que los niños se interesen más en aprender sobre el medio ambiente. Para probar la efectividad de esta técnica la compararon

con el tratamiento conductual. Lo atractivo de esta técnica son los efectos de sonido y acción que se utilizan, lo cual llama la atención de los niños autistas.

El estudio de Moore y Calvert (op. cit) tuvo como objetivo crear un programa en computadora para mejorar el vocabulario en niños autistas con edades de 3 a 6 años. Los niños aprendieron los nombres de objetos mediante su presentación con colores, animación, música y sonidos. Después de que un objeto era nombrado correctamente por el niño se le reforzó durante 8 segundos mediante estimulación visual. En los resultados se examinaron los aspectos de atención y motivación observándose un incremento en ambas. Dentro de los alcances se dice que el incremento en la atención visual es un factor importante en la retención de la información y este procedimiento favorece la atención motivando a los niños mediante los colores, acciones y sonidos. Sin embargo, aunque no lo mencionan los autores, se considera que esta técnica tiene la desventaja de no propiciar la interacción persona – persona debido a que la instrucción es dada por la computadora, por lo tanto, se recomienda la combinación de esta técnica computarizada con métodos conductuales para obtener un resultado más benéfico en el tratamiento de lenguaje en niños con autismo.

Además de las computadoras se han llevado a cabo procedimientos de auto - administración para reducir vocalizaciones inapropiadas de niños autistas. Estos procedimientos incluyen: la auto –evaluación, auto – registro y auto – refuerzo. Mancina, Tankersley, Kamps, Kravits y Parrett (2000) realizaron un estudio donde aplicaron este procedimiento con una niña autista que presentaba conductas inapropiadas en vocalización, movimientos faciales y movimientos corporales. Los autores se centraron en las vocalizaciones inapropiadas esperando un cambio en la conducta meta y cambios en conductas colaterales, así como precisión de los autorregistros de los estudiantes y una disminución del tiempo requerido para enseñar los procedimientos. Aunque no se explica detalladamente en qué consiste la auto – administración, se menciona que se obtuvo tanto el decremento de la conducta objetivo como las conductas colaterales, con lo que demuestran la efectividad de su procedimiento.

Respecto a los estudios realizados en el área de comunicación con niños autistas se tienen diversos procedimientos.

Koegel (2000) publicó una investigación en donde se consideran seis factores importantes para la intervención en el área de comunicación. El primero es el de la espontaneidad, iniciaciones y función del idioma donde el niño autista tiene dificultades para iniciar la comunicación verbal y no verbal. Este punto se trabajó mediante el sistema de Comando Aéreo de Alaska que consiste en exponer al niño a una serie de signos, fotografías, ilustraciones e imágenes en computadora para que inicie un comentario sobre lo que se le mostró.

El segundo factor se refiere a los resultados positivos donde los niños autistas al emitir pocas expresiones fracasan al usar el idioma como medio de iniciación social. Para esto se han elaborado programas de intervención en donde se expone al sujeto a numerosas situaciones sociales con el fin de que inicie conversaciones con preguntas y realice verbalizaciones espontáneas. Los resultados sugieren efectos favorables que pueden ser generalizados por el niño y conservados a largo plazo.

El tercer factor involucra a la familia en la intervención. El cuarto factor es la realización del tratamiento en el contexto natural para que el niño autista pueda generalizar. El quinto factor es la interrelación del idioma en otras áreas. El sexto es el uso social y pragmático del idioma que implica el desarrollo del aspecto fonológico, semántico y sintáctico.

La aportación de este trabajo es el análisis de estos aspectos de la comunicación que hay que considerar para desarrollar una intervención eficaz tomando en cuenta las habilidades que ya posee el niño autista, así como las que hay que trabajar.

Otro procedimiento que han utilizado como apoyo en el desarrollo de habilidades de comunicación efectivas con los niños autistas es la enseñanza naturalista junto con aparatos como el emisor de voz utilizado por Schepis, Reid, Behrmann y Sutton (1998). El VOCA (*Voice Output Communication Aids*) es un aparato que suministra al niño el habla grabada, es decir, se graban frases en el aparato que se le coloca al niño, esto le sirve de ayuda en las interacciones

verbales ya que le sugiere pedir cosas, hacer comentarios, responder a preguntas, etc. Schepis y cols. (1998) evaluaron los efectos del uso del VOCA combinado con procedimientos de enseñanza naturalista para incrementar las interacciones comunicativas de cuatro niños autistas obteniendo resultados que muestran la eficacia del procedimiento ya que se incrementó la frecuencia de conductas comunicativas en los cuatro niños sin decrementar otras conductas comunicativas (gestos, palabras o vocalizaciones) como se temía.

Dentro de los procedimientos para incrementar habilidades de intercambio social en niños autistas se encuentra el trabajo de Krantz y McClannahan (1998) quienes lograron implementar repertorios verbales en niños con autismo con el fin de que aprendieran a participar en intercambios sociales y se beneficiaran de las experiencias más frecuentes mediante los modelos de lenguaje de los adultos. El establecimiento de repertorios se llevó a cabo mediante una sugerencia escrita en una tarjeta que aparecía junto a cierta actividad que el niño realizó, de tal manera que la sugerencia le sirvió para iniciar intercambios sociales. Se dice que son intercambios sociales porque el niño se dirigía a un adulto diciéndole “mira” o “mírame” tal y como le sugería la tarjeta, esperando como respuesta algún comentario del adulto. La sugerencia escrita fue desvanecida sucesivamente hasta su desaparición total notándose un incremento en las interacciones sociales de los niños que permaneció y se generalizó en las tres condiciones (establecimiento, desvanecimiento y cambio de actividad de enseñanza sin escrito). Se considera que el procedimiento de escrito efectivamente capacitó a los niños con autismo para conversar con adultos y esto les sirve para beneficiarse de modelos de lenguaje de los adultos e iniciar la práctica del lenguaje que contribuye a su fluidez.

Motivados por este trabajo, Sarokoff, Taylor y Poulson (2001) llevaron a cabo un nuevo estudio sobre la enseñanza a niños con autismo a comprometerse en intercambios conversacionales mediante el mismo procedimiento de desvanecimiento de un escrito pero ellos incluyeron un estímulo textual que consistía en golosinas y videojuegos donde se les presentaba la primer palabra de cada ítem. En el escrito se les completaba la primer palabra de la golosina con

un comentario acerca de ésta, por ejemplo, una bolsa de golosinas tenía la palabra “Gummi Savers” en el paquete (estímulo) y en el escrito se le presentaba el enunciado “Gummi Savers es mi favorito” como sugerencia de interacción. Como en el trabajo anterior, el escrito fue desvanecido sucesivamente hasta desaparecer conservándose el estímulo textual, es decir, el paquete. Los resultados mostraron la eficacia del procedimiento utilizado ya que el aumento y mantenimiento de las afirmaciones escritas y el incremento de afirmaciones no escritas durante la fase de tratamiento, así como su generalización con nuevos estímulos lo evidenciaron.

Otro componente del lenguaje social notablemente deficiente en los niños con autismo son las iniciaciones verbales. Los niños con autismo raramente realizan comentarios de manera espontánea, estas formas de lenguaje generativo requieren de una instrucción sistemática. Taylor y Levin (1998) examinaron los efectos de un aparato de sugerencia táctil como un incitador para un estudiante con autismo para elaborar iniciaciones verbales acerca de sus actividades de juego en tres diferentes contextos: durante actividades de aprendizaje cooperativo, durante actividades normalmente desarrolladas con compañeros y en la clase de educación regular del estudiante. Los resultados muestran que el aparato sirvió como un incitador efectivo para las iniciaciones verbales durante contextos de juego y durante actividades de aprendizaje cooperativo.

Se ha trabajado mucho en los procedimientos para incrementar la comunicación verbal en niños con autismo, sin embargo, otro aspecto de la comunicación en donde estos niños también presentan problemas es la comunicación no verbal que a continuación se aborda pero donde parece existir menos interés por parte de los investigadores.

3.1.2 Comunicación no verbal

Normalmente, las personas se comunican unas con otras de diferentes maneras, además del habla, utilizan gestos, expresiones faciales y movimientos corporales para acompañar una conversación. Sin embargo, los niños y adultos

con autismo son incapaces de utilizar incluso estos métodos alternativos de comunicación.

A pesar de la cantidad de trabajos que se realizan sobre la adquisición de comunicación verbal en niños autistas, se observa que alrededor del 50% de niños autistas no llegan a desarrollar el habla. Keen, Sigafoos y Woodyatt (2001) mencionan que en ausencia del habla se presentan los problemas en la comunicación incluyendo la conducta prelingüística, preverbal, prelenguaje y no simbólica, definida como el uso de gestos, movimiento corporal, mirada y sonidos vocales. Los niños autistas, por lo general, no logran desarrollar estas formas simbólicas de comunicación, dando como resultado que no cuenten con acciones prelingüísticas para comunicarse. El entrenamiento en comunicación funcional ha sido utilizado para sustituir conductas prelingüísticas como formas más apropiadas de comunicación.

Se ha observado que el entendimiento y las respuestas a las emociones de otros en los niños autistas se van desarrollando con la edad. Dissanayake, Sigman y Kasari (1996) en un estudio longitudinal observaron las respuestas de niños autistas ante las expresiones faciales y verbales de dolor de un investigador encontrando evidencias de que los niños autistas a los 17 meses mostraban preocupación y una respuesta inmediata de atención hacia el dolor. Cinco años después se observó que los niños autistas respondían a dos emociones diferentes: el dolor y la ira. Los resultados de ambas observaciones demuestran la estabilidad de las respuestas de los niños autistas a las muestras afectivas de otros.

Keen, y cols. (2001) evaluaron una variación del entrenamiento en comunicación funcional para sustituir conductas prelingüísticas con formas de comunicación simbólica y reconocible, a través de la intervención implementada por un maestro. Los cuatro participantes sustituyeron su conducta existente prelingüística por conductas que se consideraron equivalentes y funcionales, aprendiendo a expresarse usando formas más simbólicas de comunicación. Dentro de los alcances se considera que los niños autistas que tienen severos

daños en la comunicación pueden avanzar más allá de la etapa prelingüística logrando una comunicación más eficiente.

La importancia que tiene la adquisición de habilidades comunicativas sociales tempranas se asocia con la reciprocidad social y el funcionamiento comunicativo posterior, por ello, los programas de intervención temprana contemporáneos para niños con autismo frecuentemente incorporan el entrenamiento ocurrido naturalmente de modelos de interacciones sociales tempranas no precisamente verbales pero sí comunicativas.

Hwang y Hughes (2000) comentan sobre las técnicas pedagógicas interactivas como imitación eventual, refuerzo de un evento ocurrido naturalmente y la demora de tiempo que se usan para enseñar modelos de iniciaciones en el niño autista. El ambiente se arregla para aumentar el interés del niño en los materiales y en las actividades, así como para motivarlo a usar comportamientos sociales y comunicativos. Por ejemplo, un juguete preferido puede ponerse fuera del alcance del niño para motivarlo y requerirle que comunique la necesidad de la ayuda. Estudios revisados por estos autores indican que las estrategias interactivas sociales pueden promover habilidades comunicativas sociales tempranas en niños con autismo. El cambio positivo se ha observado en el comportamiento social, pidiendo asistencia, saludando, sosteniendo cierta atención conjunta y mostrando imitación motora.

Al parecer, las estrategias interactivas sociales muestran promesas considerables para aumentar las habilidades sociales y comunicativas del niño autista. A través de 16 estudios revisados por estos autores, se observaron evidencias de cambios positivos en comportamientos sociales y afectivos, en comunicación no verbal, contacto visual, atención conjunta e imitación. Estos cambios positivos aumentan las posibilidades de que en años posteriores el niño vaya adquiriendo habilidades verbales de comunicación social.

Cabe mencionar una gran limitación presente en toda esta exposición de procedimientos que se han desarrollado para apoyar el tratamiento en el área social a los niños con autismo. La descripción de los procedimientos se hace muy superficial, no se proporcionan detalles metodológicos que puedan servir de

orientación a educadores y psicólogos al momento de elaborar programas de intervención para niños autistas. Aunque se consiguiera el acceso a la metodología detallada, no todos los procedimientos y estrategias estudiados se pueden llevar a la práctica muchas veces por el costo de los aparatos utilizados, otras por dificultades prácticas, es decir, no se ajustan a un ritmo de vida cotidiano (como el caso de las sugerencias escritas) y otras por la heterogeneidad de la población autista ya que no todos los niños autistas presentan las mismas deficiencias ni la misma gravedad, cada uno tiene necesidades y cualidades especiales.

Más allá de las investigaciones hechas sobre los procedimientos de intervención con niños autistas, existe en México una institución que brinda apoyo terapéutico a niños con autismo y a sus padres además de realizar investigación y capacitación a profesionales. La Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo (CLIMA) es una institución que cuenta con programas psicoeducacionales para el tratamiento terapéutico de niños y adolescentes con autismo. Son programas psicoeducacionales porque incluyen el trabajo individual así como de pequeños grupos que cuentan con una guía curricular de objetivos y metas de habilidades psicológicas a lograr. Los programas contemplan procedimientos de integración sensorial, psicomotricidad, autocuidado, psicoeducativa, comunicación, terapia de desarrollo, terapia de desarrollo cognoscitivo, facilitación del aprendizaje por computadora, organización afectiva, arresto consciente, integración escolar, taller de habilidades especiales, ocupacionales y creativas. Los programas se imparten en el orden presentado siendo los talleres la última etapa de tratamiento contemplada. Igual que las investigaciones, esta publicación de CLIMA no precisa respecto al trabajo realizado, las actividades programadas ni tampoco brinda información sobre los logros que han tenido.

El Instituto Prekop, fundado por la psicóloga Laura Rincón Gallardo, es otra institución mexicana que brinda servicio psicológico desde el marco de la terapia de contención. Aunque su área no es especialmente el síndrome autista, originalmente se creyó que la terapia de contención era eficaz solamente para

niños autistas. Rincón (2001) argumenta que la terapia de contención beneficia conductas autistas como: la evasión, retraimiento, aislamiento y conductas repetitivas o estereotipadas. Se recomienda el abrazo de contención en casos de autismo como una opción para colmar al niño de seguridad en un proceso primario y profundo, satisfactor real de las necesidades básicas. Estadísticamente se ha demostrado que con la terapia de contención los niños aumentan el interés por el contacto, la búsqueda activa de la imitación, el contacto visual, la sensibilidad ante ciertos estímulos, el interés por la actividad, por nuevos objetos y por el juego propositivo. Además disminuye el temor ante los cambios, así como la agresividad y los movimientos estereotipados; mejora la relación con el adulto, la comunicación, el lenguaje y la responsabilidad. Por tal motivo, en el siguiente capítulo se abordan de manera más detallada las bases de esta terapia como propuesta de intervención.

CAPÍTULO 4.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA SOCIALIZACIÓN

Existe un acuerdo general en la opinión de que el tratamiento más eficaz y universal del autismo es, actualmente, la educación. Ésta tiene como objetivos generales: desarrollar al máximo las posibilidades y competencias de cada niño, favorecer un equilibrio personal lo más armonioso posible, fomentar el bienestar emocional y acercar a los niños autistas a un mundo humano de relaciones significativas. Sin embargo, en los casos de autismo, menciona Riviere (1996), son necesarias ciertas pautas educativas que permitan acercarse a dichos objetivos a pesar de las deficiencias de interacción, comunicación y lenguaje, y de las alteraciones de la atención y conducta.

Los niños autistas requieren ambientes educativos muy estructurados en aspectos como: ambiente relativamente simple, grupos muy pequeños (3 a 5 niños), planteamiento muy personalizado de objetivos y procedimientos educativos, ambiente que facilite la percepción y comprensión de relaciones contingentes entre las conductas del niño y el medio ambiente y una actitud directiva por parte del educador.

En lo que se refiere a los contenidos, Riviere (op. cit.) señala dos alternativas principales: el enfoque evolutivo y el enfoque ecológico. El enfoque evolutivo está basado en los datos que poseen sobre el desarrollo normal del niño y propone adecuar los objetivos educativos al nivel evolutivo del autista, recorriendo una secuencia semejante a la que se da en la evolución normal. El enfoque ecológico parte de un análisis realista de los ambientes en los que vive la persona autista y establece objetivos encaminados a aumentar su capacidad para adaptarse funcionalmente a esos ambientes. En los procedimientos, es decir, el cómo enseñar, se plantean también dos alternativas: un enfoque conductual y un enfoque interaccionista. El primero, es de carácter muy directivo y se basa en un análisis funcional riguroso de las relaciones entre las conductas del niño y las

contingencias del medio educativo, manipulando cuidadosamente esas contingencias con el fin de aumentar la frecuencia y complejidad de los comportamientos adaptativos y disminuir la probabilidad e intensidad de los comportamientos perturbados. El enfoque interaccionista contempla la actividad educativa como un proceso de relación donde involucra al alumno en experiencias que le resulten significativas y promuevan una actividad realmente asimiladora.

Sánchez (1999) sugiere contemplar ciertas normas al plantear los objetivos: ir de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto, de la directividad a la promoción de la autonomía y de lo imitado a lo espontáneo. Además considera el papel fundamental que representan los padres como educadores y señala dos niveles de participación. En el hogar, donde requieren una atención especial por el problema socioemocional que les plantea interactuar con un niño que tiene alterada precisamente esta área y que además no se aprovecha del aprendizaje incidental por lo que se requiere desarrollar estrategias de enseñanza para la adquisición de un repertorio conductual de interacción unido al apoyo en los problemas motivacionales, la culpabilización y la recurrencia a conductas extremas de sobreprotección o rechazo. Un segundo nivel es el entrenamiento específico en las técnicas que se vayan a emplear con el niño para favorecer la generalización de aprendizajes y manejar conductas que aparezcan en el hogar.

Hasta el momento se han considerado estos principios para la intervención psicopedagógica en los casos de autismo, no obstante, la propuesta del presente trabajo se enfoca en una intervención menos pedagógica y más psicológica que apoye al programa conductual contemplando además la parte emocional de los padres y del mismo niño autista. La orientación psicoeducativa de los padres constituye el centro de la terapia de contención cuya estructura se describirá a continuación.

4.1 Autismo y terapia de contención

Prekop (1991) expone que cuando un niño autista tiene que renunciar a la percepción originaria y familiar de la resonancia rítmica que experimentaba con su

madre, tras la desvinculación, se ve expuesto a un sinnúmero de estímulos inesperados en la incubadora o en la sala de lactantes y cae sin duda en un estrés intolerable. Para ordenar su equilibrio interior, el niño se agarra con ayuda de sus sentidos y de su motricidad a los estímulos que él mismo puede producir de una manera segura y en los que puede confiar. Cuando no puede escuchar la palpitación de la madre, se abandona a la observación de movimientos de su propio cuerpo y cosas parecidas. Cualquier otro estímulo priva al niño de esas vinculaciones sustitutivas de las que se ha hecho dependiente y así se comprende que el niño prefiera los objetos inanimados, porque de acuerdo con ciertas reglas puede manipularlos con mayor seguridad y confianza que a las personas. En vez de buscar la tranquilidad junto a su madre el niño se aferra a su manipulación, considerando las caricias, palabras y cualquier oferta de interacción como el máximo peligro para su propio programa de seguridad, con esto, todo el desarrollo y capacidad de comunicación quedan bloqueados.

Cuando la deficiencia de vinculación y seguridad se vuelven crónicos surgen las dependencias de tipo adictivo de las vinculaciones sustitutivas y en su ausencia se convierten en fenómenos dolorosos de privación que conducen a la desconfianza y rechazo de las ofertas de cariño disponibles. Es entonces cuando Prekop (1991) sugiere la práctica de sujetar bajo la siguiente hipótesis.

“Las opiatas* endógenas excedentes, que entran en acción tras la ruptura de la vinculación con la madre mediante las autoestimulaciones, conducen a una manía que a su vez se hace patente en la dependencia de esas autoestimulaciones perfectamente determinadas. Con el método de la sujeción la madre le exige una privación al niño autista (en una sesión de esa índole pueden observarse fenómenos somáticos que acompañan típicamente a una privación: sudoraciones, respiración agitada, aumento de la temperatura, tensión muscular, tensión interna dolorosa). Debido a la obligada adaptación a los estímulos intensos de la madre, ligada corporal y psíquicamente, se da entre otras cosas una reordenación de los procesos bioquímicos, que libera de la adicción y abre una vinculación auténtica” (Prekop, 1991, pág. 146).

* Opiata, que es calmante

La psicología del aprendizaje ha clasificado la contención como un método terapéutico-conductista para la desensibilización sistemática ya que pese a su rechazo, el autista se enfrenta en gran medida a sus miedos frente al contacto social experimentando dicho contacto social como algo positivo, tranquilizante y distensivo.

El niño con su resistencia supera la contradicción afectiva y experimenta sus fuerzas vitales, cuanto más atormentadora la tensión, tanto más satisfactoria resulta la distensión. Al oponer resistencia, el niño potencia el carácter sin reservas del amor materno, obtiene la prueba de que recibe más amor del que pide, pone a prueba la fuerza de la madre y cuanto más violenta es la resistencia mejor percibe la fuerza ordenadora y armonizadora del sujetar. Cuando la persona sujetante aguanta las resistencias, es sentida como una amiga fiel en las crisis. El abrazo protector disminuye los miedos ya que desde ese momento se puede asumir la responsabilidad de los sentimientos negados y se puede ser franco y liberarse de los mismos. Cuando más intenso es el enfrentamiento el niño percibe su propio yo diferenciado del tú, desaparece la confusión y se abre paso una delimitación precisa.

Como a través del hecho de sujetar surge una vinculación, corresponde a las personas cercanas que quieren al niño y que tienen el deseo de mejorar esa relación aplicar la contención.

La terapia de contención tiene un *enfoque holístico*, es decir, considera al ser humano como un todo. Operar de modo holístico implica incluir:

- Eje histórico: la historia generacional, familiar, intrauterina, etc.
- Eje de la actualidad: todas las áreas de interrelación del sujeto con su medio.
- Eje de los diversos planos estructurales: lo físico, lo biológico, lo intelectual, lo emocional y lo espiritual.

Los **objetivos** de esta orientación psicoeducativa son: informar, educar, tranquilizar, ayudar a elaborar, ayudar a encontrar vías de acción, situar en la realidad, brindar un marco de referencia, permitir y alentar la expresión, quitar la culpabilidad, respetar y aconsejar (Rincón, 2003).

Prekop (1991) comenta que la dinámica del proceso de sujetar es más eficaz **cuando** se le sujeta al niño por un motivo agudo y apremiante, es más favorable cuando aparece el malestar que el niño siente al privársele de sus satisfacciones sustitutivas, por ejemplo, cuando al niño autista se le prohíben sus rituales, sus manías de orden, sus estereotipias motrices, etc., cuando se encienden los miedos o las agresiones. También es importante considerar que hay que arriesgarse a sujetar cuando se está convencido de poder sostener el procedimiento sin interrupciones, cuando no acude ninguna visita, cuando no va a despertarse otro niño pequeño que reclame atención en el momento de la sujeción, y sobre todo, cuando se tienen las fuerzas suficientes para aguantar hasta el final.

Las **condiciones externas** que se deben tomar en cuenta son: un espacio bien aislado, en el que se pueda gritar y dar rienda suelta a la satisfacción y a la angustia del corazón, y en el que no pueda ser molestado desde fuera. Se sugiere un cuarto provisto de colchonetas o cobertores para permitir sujetar al afectado con muchas variaciones (sentado, acostado y con la posibilidad de apoyarse en las paredes).

4.2 El proceso de sujetar

Una vez presente el motivo desencadenador, el niño es tomado en brazos. El abrazo es natural y completamente normal, sin sofocación pero sí apretado de tal manera que el niño no pueda decidir sobre su posición corporal ni sobre sus movimientos. Se sostiene al niño en la cavidad entre la cabeza, los hombros y el cuello, pecho contra pecho y vientre contra vientre. Hay que evitar todo tipo de distracción y autoestimulación (como chupar un dedo, mirar una lámpara, hablar y manipular con preguntas, etc.). El sujetador debe tener sus manos lo más libres que le sea posible para poder acariciar al niño y sujetarle la cabeza (Prekop, 1991).

Iniciado el proceso, se presenta una curva de ambivalencia afectiva (ver figura 1) en donde las fuerzas destructivas, que en ocasiones son el motivo de

sujetar, no permiten la oferta del abrazo amoroso, éste es el requisito fundamental: la resistencia del niño al abrazo de la madre. Ha estallado la crisis y el sentido del sujetar es la aceptación de la crisis y su superación desahogando y ordenando la ambivalencia afectiva, es decir, se cambian las tendencias a la huida por vinculación, la tensión ha de convertirse en relajamiento, los miedos en seguridad, la ira en gusto, la tristeza en alegría y el odio en amor. Ésta es la señal para saber que el proceso ha concluido, sólo se podrá soltar al pequeño cuando pueda sentirse el amor.

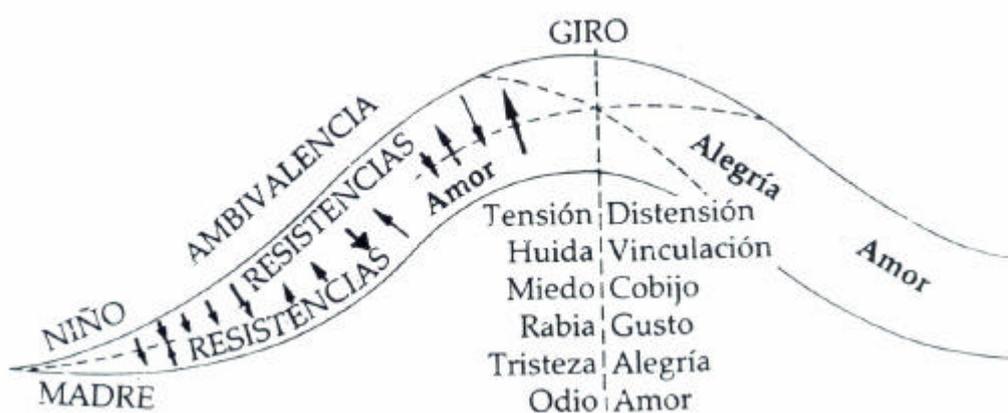


Figura 1. Curva de la ambivalencia afectiva (Prekop, 1991, pág.124).

Prekop (1991) compara la curva de la ambivalencia afectiva con una representación del paso a través de las crisis en la dinámica del sujetar. Los paralelismos que se observan en la figura 2 dejan ver que una interrupción brusca del sujetar en medio de la resistencia produce una experiencia insatisfactoria tanto para el sujetado como para el sujetante, puesto que el niño percibe ser más fuerte que la madre y en consecuencia saca la impresión de no poder confiar en ella, así que la madre tiene que soportar el gran dolor de que su pequeño se defiende contra su amor y que sienta odio contra ella para desarrollar el proceso transformador con éxito.



Figura 2. Representación del paso a través de la crisis en el proceso de sujetar.

La duración de la contención depende del temperamento del niño, la gravedad de la relación perturbada y la habilidad para descubrir estrategias de huida, sin embargo, Prekop (1991) asegura que la primera sesión de sujetar no dura menos de una hora. Para lograr la expulsión de la resistencia hay que alentar al niño para

que salga de sí mismo mirándolo cara a cara y permitiéndole desahogar su rabia en gritos a la vez que se le sostiene y acaricia. También la madre tiene derecho a manifestar sus sentimientos negativos frente al niño reclamando el contacto visual y diciéndole cómo se siente cuando él la atormenta.

El consuelo comienza después de que el niño ha manifestado su insatisfacción, se le proporciona meciéndolo, haciéndole caricias, cosquillas, besos y hasta alentándolo a llorar. Una regla importante es que no sea el niño el que decida el tipo de consuelo, sino exclusivamente la madre. Si el niño se deja animar, si colabora, quiere decir que se ha operado el giro. Las convulsiones espasmódicas desaparecen de su carita, su musculatura se afloja, los ojos le brillan, respira profundamente, el niño disfruta con el abrazo contra el que antes se rebelaba. La fase de distensión es el gozo activo en el amor. El tipo de comunicación depende del estadio evolutivo del niño y va desde el roce mutuo de la nariz, la señalización y denominación de las distintas partes del cuerpo, hasta las conversaciones sobre distintas vivencias.

4.3 Estructuración del programa para la terapia

Objetivo

Mediante la sujeción reestablecer la vinculación afectiva entre la madre y el niño para propiciar una influencia favorable de parte de la madre en el desarrollo del niño.

Sesión 1 Entrevista

Se realiza una entrevista clínica con el fin de conocer a detalle la problemática existente (anexo 1).

Sesión 2 Evaluación

Siendo la vinculación madre-hijo el objeto de tratamiento, se realiza una evaluación inicial de dicha vinculación para tomar una muestra del punto de

partida para la terapia de contención, misma que se realizará al finalizar la terapia (anexo 2).

Sesión 3-13 Capacitación

Como a través del hecho de sujetar surge una vinculación, corresponde hacerlo a las personas cercanas que quieren amar al niño y que tienen el deseo de mejorar esa relación. Siendo la contención un acto que se realiza en medio de una crisis emocional, el que contiene o sujeta, requiere capacitación previa en donde se le brinde apoyo psicológico para su propio proceso de desarrollo personal, de lo contrario, durante las sesiones de contención podrán surgir en el sujetante emociones aparentemente desconocidas por él que si no se saben tratar pueden perjudicar el proceso de vinculación. Durante esta fase se recopila información acerca de antecedentes familiares, hechos que pudieran afectar la madurez y estabilidad emocional de la persona que va a sujetar.

Además de la preparación emocional, se habilita al sujetante para provocar el desahogo emocional en el niño. Se aborda teóricamente la dinámica del proceso, desde el momento adecuado para sujetar, pasando por la curva de la ambivalencia afectiva, la expulsión de la resistencia, el consuelo y la distensión.

Sesión 14-16 Práctica

Cuando el padre que va a sujetar está capacitado, se comienza la práctica con el niño. En el caso de niños autistas es más favorable sujetarlo cuando aparece el malestar al privársele de sus satisfacciones sustitutivas, por ejemplo, cuando se le prohíben sus rituales, sus manías de orden o sus estereotipias motrices.

Lo mejor es un espacio aislado en el que se pueda gritar y no se sienta molestado desde afuera. Un local provisto de colchonetas o cobertores para permitir sujetar al afectado acostado o sentado y con la posibilidad de apoyarse en las paredes. El niño es tomado en brazos de manera natural, el sujetador ocasionalmente tiene que incitar al niño al contacto visual, dirigirse a él, sacudirlo en sus manifestaciones agresivas y alentarle a que se desahogue gritando todas las agresiones que quiera.

Las fuerzas destructivas que desencadenan el hecho de sujetar no permiten la oferta del abrazo amoroso y estalla la crisis. El sentido de sujetar es la aceptación

de la crisis, ayudar al niño a ordenar y cambiar sus tendencias a la huida en vinculación, su miedo en seguridad. El sujetante (en el mejor de los casos la madre) tiene que soportar el dolor de que su pequeño se defiende contra su amor y tiene que aguantar largo tiempo hasta que se desarrolle el proceso transformador.

Hay que alentar al niño para que salga de sí mismo, en el acto de sujetar la madre toma el rostro del niño en sus manos y reclama en lo posible el contacto visual diciéndole cómo se siente cuando él la atormenta. Si el pequeño mira a otra parte o hace como si no oyera, la comunicación materna tiene que ser más palpable para el niño. Aunque la madre confiesa también sus sentimientos negativos la resistencia del niño se moviliza pues cuanto más consciente es de sus propios sentimientos y de los ajenos, tanto mejor aprende a soportar el reto y a superar los polos opuestos en sus vivencias. Basta con impedir los caminos de huida que son debilitadores y con hacer posible la confrontación con las situaciones desencadenantes del miedo (el bañarse, un traslado de casa, la visita de una persona extraña, el miedo a la oscuridad, etc.) para movilizar la resistencia.

El lenguaje corporal es el que evidencia si se ha llegado a la distensión. Hay que observar si hay tensión muscular, si hay sudor y cómo es la respiración.

Cuando el niño haya manifestado su insatisfacción habrá que empezar el consuelo, meciéndolo, haciéndole caricias, dándole masajes, con roces, cosquillas, besos, etc. Si el niño se deja animar, si colabora, quiere decir que se ha operado el giro. Las convulsiones espasmódicas desaparecen de su carita, su musculatura se afloja, respira profundamente, los ojos le brillan y disfruta con el abrazo. El signo más seguro lo proporciona el niño cuando sin ninguna indicación, está dispuesto a un nuevo abrazo. Ésta es la fase de distensión, es el gozo activo del amor mediante el contacto y la interacción, cuyas muestras dependen del estado evolutivo del niño.

Es necesario realizar el acto de sujetar durante tres ocasiones diferentes ante el terapeuta y posteriormente se sugiere a los padres llevarlo a cabo en casa, en el momento que aparecen las crisis.

Sesión 17 Post evaluación

Se evalúa por segunda ocasión, la interacción madre -niño (o la persona sujetante) a través de la misma metodología que la primera evaluación. Se reportan los resultados a los padres junto con las sugerencias a considerar en el ambiente cotidiano y/o escolar.

CONCLUSIONES

El autismo es uno de los síndromes más complejos, desde su definición y hasta la diversidad que se manifiesta a través de sus casos. Existen debates sobre si los daños sociales en el autismo son el resultado de una deficiencia afectiva, cognitiva, neurológica ó ambiental y hasta el momento no hay resultados unificadores.

En el presente trabajo se han presentado los argumentos que cada autor da para apoyar su teoría. Dichos argumentos muestran que el autismo es un síndrome, no una enfermedad. Que la manera tan peculiar que tienen estos niños para relacionarse con el medio está condicionada por el pobre entendimiento de los múltiples aspectos implicados en las relaciones interpersonales y no por una falta de interés por parte del niño.

En el presente trabajo se analizaron los componentes del desarrollo social del niño autista considerando la atención, la afectividad y la comunicación como representativos de una lista más amplia.

Se expuso la manera en que se relacionan dichos componentes para llegar a una interacción social tanto de manera normal como la característica del síndrome autista. A través de dicho análisis se comprobó que la comprensión social y la conducta social son las áreas básicas para el establecimiento de las relaciones humanas en donde, la comunicación juega el papel de vínculo entre las dos primeras a través del lenguaje que se emplea como herramienta para estructurar y exteriorizar el pensamiento. Las largas listas de alteraciones características del síndrome autista son el reflejo de esa escasa comprensión social cuya causa puede ser la exacta coincidencia de alteraciones neurológicas que afectan los procesos cognitivos y afectivos produciendo la incomprensión de la relación social puesto que ésta es de antemano compleja al estar compuesta de muchos elementos y matices que sólo se asimilan en la misma experiencia de la interacción.

Las características conductuales tempranas del autismo provocan también una actitud diferente por parte de los padres y las personas cercanas al niño que al experimentar la escasa demostración afectiva del niño se confunden interpretando la dificultad como falta de Interés y asumiendo que el carácter del niño es así.

Establecen quizá una relación más lejana que al paso del tiempo se convierte en abismal. Esta desvinculación resultante entre la madre y el niño agrava la situación privando al niño de seguridad y confianza en sí mismo y en los otros que se refleja en mayor o menor presencia de conductas estereotipadas, agresivas, en la intolerancia al contacto físico y en la tendencia a la preservación de la igualdad, entre otras cosas.

La atención es un requisito para responder a un estímulo y la deficiencia de ésta, en el caso del autismo, se manifiesta en una escasa comprensión social, es decir, si el niño autista no es capaz de desarrollar una atención selectiva, pierde la oportunidad de captar aquella información transmitida a través de las gesticulaciones, ademanes o miradas del interlocutor. La atención sobrexclusiva que caracteriza a los autistas en su mayoría, no permite el aprendizaje por imitación, por exploración y menos el aprendizaje escolar.

La afectividad es un componente que engloba aspectos como la expresión de emociones, empatía, contacto físico e intencionalidad. A través del reconocimiento facial de emociones, normalmente se pueden hacer inferencias acerca del estado mental de las personas (deseos, intenciones, sentimientos) y responder de forma adecuada. Si en los casos de autismo no existe un procesamiento normal de las experiencias afectivas y el individuo no es capaz de comprender dichas sensaciones, se produce estrés al no entender lo que las otras personas hacen, dicen o quieren, éste se manifiesta a través de conductas estereotipadas en las que el niño busca un refugio.

Cuando no se desarrolla el lenguaje verbal, la situación se agrava ya que las habilidades verbales tempranas predicen en gran medida el futuro desarrollo del niño autista. Por medio del lenguaje se construyen significados, se puede expresar el sentir y se potencia la interacción social.

La segunda parte del objetivo fue presentar las formas de intervención que se han puesto en práctica para apoyar el desarrollo social en las personas con autismo. Al respecto se observa que los esfuerzos se han centrado, en la mayoría de los casos, en la creación de aparatos, programas para computadora y todo tipo de procedimientos que ayudan a habilitar el lenguaje verbal en los niños autistas

dejando de lado las necesidades especiales cognitivas y afectivas. Son necesidades cognitivas comprender lo que la interacción social requiere de él y lo que le ofrece, las pautas de interacción que establece la situación, las reglas de comunicación, de convivencia, etc. Las técnicas psicopedagógicas ofrecen una opción más completa de tratamiento cuando integran de manera holística diferentes programas en distintas áreas para la educación del niño autista.

El diagnóstico temprano seguido de una intervención adecuada a las necesidades específicas de cada niño constituye, hasta el momento, la opción más favorable para apoyar al niño autista en su desarrollo y potenciar habilidades para su mejor adaptación tanto en diferentes ambientes como a lo largo de las etapas de su vida.

Cumplido el objetivo, las aportaciones que representa el presente material se encuentran en la propuesta de intervención. Esta se considera un apoyo y no un reemplazo para los programas educativos de intervención. Siendo tan complejo el síndrome autista no es posible pretender que un abrazo de contención tenga los mismos resultados que un programa interdisciplinario bien diseñado. Sin embargo, un programa puede enriquecerse contemplando la necesidad afectiva de los autistas al proveerles de una experiencia emocional tan gratificante. El abrazo de contención no sólo beneficia al niño sino también a la madre o la persona que sujeta quien, junto con el niño, experimenta satisfacción.

La terapia de contención contribuye a mejorar la relación primaria (madre-hijo) al establecer un vínculo afectivo a partir del cual se brinda seguridad al niño para disminuir el grado de estrés que le causa la incompreensión social, se establece un canal de comunicación y se puede llegar al conocimiento de las necesidades específicas de cada niño.

Para futuras investigaciones queda la aplicación de la propuesta de terapia de contención en un caso específico. Analizar el efecto de dicha terapia en cada uno de los componentes del desarrollo social, comparar éstos resultados con los obtenidos al aplicar las estrategias expuestas en el capítulo tres y verificar que la contención contribuya a formar un programa de intervención holístico.

ANEXO 1

ENTREVISTA CLÍNICA

ANEXO 2

PROPUESTA DE CODIFICACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE INTERACCIONES MADRE-HIJO

EVALUACIÓN

Una característica de la educación informal es la carga afectiva asociada con casi todo lo que se aprende dentro de ese contexto. La enseñanza informal fusiona de un modo muy especial los dominios cognitivo y afectivo favoreciendo el éxito en el aprendizaje. Para la investigación sobre las relaciones afectivas, comunicativas y sociales que mantiene el niño en contextos interactivos familiares con sus figuras de apego, Barajas y Clemente (1999) proponen un sistema de evaluación que a continuación se presenta.

La tarea objeto de resolución compartida es una caja de clasificación de doble entrada con piezas de plástico organizadas según criterios de forma y color. Las interacciones se filman en video por un intervalo de 10 minutos. Las instrucciones son las siguientes: "La tarea que realizará el niño consiste en insertar todas las piezas en la caja a través de los orificios adecuados, si no tienen dudas comiencen, en seguida vuelvo". El evaluador sale del cuarto por 10 minutos, a su regreso, comenta con la madre acerca de la actividad y concluye la sesión.

Se procede a la interpretación y clasificación de las conductas según las categorías definidas, haciendo un recuento de frecuencias de aparición de las conductas para cada categoría de las dimensiones instruccional y afectiva de la conducta materna, así como para el total de estrategias conductuales desplegadas por la madre que supongan una implicación física y para las respuestas interactivas infantiles.

La codificación que Barajas y Clemente (op.cit.) proponen contempla las siguientes categorías:

- Dimensión instruccional. Dirigir, facilitar, canalizar o guiar el pensamiento y la acción del niño hacia la comprensión y solución de la tarea.
 1. Manipular la atención.
 2. Organización
 3. Explicación
 4. Modelado
 5. Petición de información
 6. Instrucción

7. Indicación visual
 8. Intromisión en la función del niño
 9. Aprobación
- Dimensión afectiva. Conductas que implican una valoración (positiva o negativa) y con ello un determinado nivel de apoyo en la dimensión emocional hacia el comportamiento del niño.
 1. Positiva. Alabanza, Apoyo emocional verbal y Afecto físico.
 2. Negativa. Restricción física, Desaprobación verbal
 - Demanda de operación mental mediante estrategias parentales de distanciamiento. El distanciamiento cognitivo hace referencia al grado de separación psicológica del presente inmediato o distancia referencial que contiene una emisión lingüística.
- Nivel I Demandas de distanciamiento bajo: denominar, identificar, observar, demostrar y describir.
- Nivel II Demandas de distanciamiento medio: reproducir, secuenciar, comparar, enumerar y sintetizar.
- Nivel III Demandas de distanciamiento alto: evaluar, inferencia causa-efecto, planificar, proponer alternativas, transformar, resolver conflicto.
- Implicación física. Es la pretensión de la madre de guiar al niño hacia la resolución del problema. El índice de la implicación física y se obtiene analizando la frecuencia total de aparición de estrategias emitidas de una forma no verbal y la proporción que representa esta frecuencia respecto al total de estrategias utilizadas en la interacción completa.
 - Categorías de comportamiento infantil.

Respuesta a iniciativa materna

 1. Sigue indicación: instrucción, orden, petición de información, modelado e indicación visual.
 2. Rechazo de ayuda, información o consejo: cuando el niño, verbalmente o no, rechaza enérgicamente los intentos de la madre de ofrecer ayuda, información o consejo.

3. No sigue indicación: el niño modifica de alguna manera las directrices de la madre o realiza una acción contraria a la indicada.

Iniciativa

1. Petición de conformidad: cuando el niño solicita verbalmente o no, su aprobación o visto bueno a una conducta propia.
2. Petición de ayuda, información o consejo.
3. Acto independiente: el niño muestra iniciativa o independencia hacia la realización de la tarea.

Hecha la valoración de la forma de vinculación madre-hijo se decide si la díada es apta para la terapia de contención. El sujetar resulta oportuno en unas relaciones perturbadas consigo mismo y entre dos personas en donde se observa una ambivalencia afectiva, cuando se presentan deficiencias crónicas de vinculación y seguridad que descansan en dependencias de tipo adictivo de las vinculaciones sustitutivas.

REFERENCIAS

- Baird, G. (1998). The Frequency and Distribution of Spontaneous Attention shifts Between Social and Nonsocial Stimuli in Autistic, Typically Developing and Nonautistic Developmentally Delayed Infants. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. (39). 747- 753.
- Barajas, E. y Clemente, R.A. (1999). "El apoyo materno a la solución de problemas: propuesta de un sistema de codificación". En: Anguera, M.T. (coord.) Observación de la conducta interactiva en contextos naturales: aplicaciones. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Baron-Cohen, S. (1998). "¿Son los niños autistas mejores físicos que psicólogos?". Infancia y Aprendizaje. 84, 33-41.
- Baron-Cohen S. y Bolton P. (1998) "Cómo se hace el diagnóstico y Problemas Psicológicos". Autismo una guía para padres. Edit. Alianza, Madrid: España.
- Baron-Cohen, S., Baldwin, D. y Crowson, M. (1997). "Do Children with Autism Use the Speaker's Direction of Gaze Strategy to Crack the Code of Language". Child Development. 68. (1), 48-57
- Brauminger N. y Kasari C. (2000) "Loneliness and friendship in High-Functioning Children with autism". Child Development. Vol. 71, (2). 447-456.
- Britton, P.R. (2001) "El uso de la enseñanza de las habilidades sociales en niños con trastorno del espectro autista". <http://trainland.tripod.com/pam.htm>
- Caparulo, B.K. y Cohen, D.J. (1982). "The Syndrome of Early Childhood Autism: Natural History, Etiology, and Treatment". En: Socialization and Personality Development. USA, Oxford University Press, cap. 8, parte dos.
- Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. y Drew, A. (1997) "Infants with Autism: An Investigation of Empathy, Pretend Play, Joint Attention, and Imitation". Developmental Psychology. 33, (5). 781-789.
- CLIMA (2001) Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo. Videduca <http://www.clima.org.mx/investigación.html>
- Cohen, J. y Volkmar, R. (2002). Autism". The World Book Encyclopedia. Chicago.
- Crossley, S. y Dissanayake, C., (1997). "Proximity and Sociable Behaviors in

- Autism: evidence for attachment “. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 37. (2). 149-156
- Dawson, G (1998), “Neuropsychological correlated of Early Symptoms of Autism”. Child Development. 69, (5), 1276-1285.
- Delprato D.J. (2001) “Comparisons of discrete – trial and normalized behavioral language intervention for young children with autism”. Journal of Autism and developmental Disorders. 31 (3) 315-324.
- Dennis, M., Lazenby, A. y Lockyer, L. (2001) “Inferential Language in High-Function Children with Autism”. Journal of Autism and Developmental Disorders 31. (1). 47-54.
- Dissanayake C., Sigman M. y Kasari C. (1996) “Long-term stability of individual differences in the emotional responsiveness of children with autism”. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 37. (4). 461-467.
- Eaves, R.C. y Awadh, A.M. (1998) “The diagnosis and assessment of autistic disorders“ . En: Vance, H.B. Psicological Assessment of Children: Best Practices for School and Clinical Settings. USA, Wiley & Sons, 385-417.
- Frith, U. (1993). “La soledad del niño autista “. Autismo hacia una explicación del enigma. Madrid, España: Alianza, 193-217.
- Gepner B., Deruelle C. y Grynfeldt S. (2001) “Motion and emotion: a novel Approach to the study of face processing by young autistic children”. Journal of Autism and Developmental Disorders. 31. (1), 37-45.
- Goldstein, G., Johnson, C. y Minshew, N, (2001). “Attentional Processes Autism”. Journal of Autism Developmental Disorders. 31. (4). 433-440
- Hobsson, P. y Lee, A., (1998). “On developing self-Concepts: A Contrlled Study of Children and Adolescents with Autism”. Journal of Child Psychology and Allied Disciplines. 39. (8). 1131-1144.
- Howlin, P. (1997). “Social Functioning” . Autism. New York: Routedge, 59-97.
- Howlin, P., (1998). “Practitioner Review: Psichological and Educational Tretments for Autism”. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 39. (3). 307-322.

- Howlin P. (1998) "Problems of social understanding". Children with autism and Asperger syndrome: a guide for practitioners and carers. England: Edit. Jonh Wiley & Sons, 145-176.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S. y Hadwin, J. (1999). Parte 1. Teaching Children with Autism to Mind-Read: a practice Guide to Teachers and Parents. (1-9). Gran Bretaña, John Wiley & Sons.
- Keen D., Sigafos J. y Woodyatt G. (2001) "Replacing prelinguistic behaviors with functional communication". Journal of Autism and Developmental Disorders. 31, (4), 385-397.
- Kennedy C.H. y Shukla S. (1998) "Social interaction research for people with Autism as a set of past, current, and emerging propositions". Behavioral Disorders. 21. (1).21-35.
- Krantz, P.J. y McClannahan, L.E. (1998) "Social Interaction Skills for Children with Autism: a Script-Fading Procedure for Beginning Readers". Journal of Applied Behavior Análisis. 31, (2). 191-202.
- Leekam, S., Hunnisett, E., y Moore, C., (1998). "Targets and Cues: Gaze - Following in Children with Autism". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 39. (7). 951-962
- Mancina, C., Tankersley, M., Kamps, D., Kravits, T. y Parrett, J. (2000). "Brief Report: Reduction of Inappropriate Vocalizations for a Child with Autism Using a Self-Management Treatment Program". Journal of Autism and Developmental Disorders 30. (6). 599-606.
- Mitchel, P., Rusell, H. y Salmarsh, R. (1997). "Overly literal Interpretations of speech in Autism: Undertanding That Messages Arise From Minds". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline. 38. (6). 685-691.
- Moore, M. y Calvert, S. (2000). "Brief Report: Vocabulary Acquisition for Children with Autism: Teacher or Computer Instruction". Journal of Autism and Developmental Disorders. 30. (4). 359-362.
- New York State Department of Health Early intervention Program (1999) Quick Reference Guide for Parents and Professionals: Autism Pervasive Developmental Disorders. New York: Autor

- Orsmond, G.I., Wyngaarden, K. y Mailick, M. (2004) "Peer Relations and Social and Recreational Activities among Adolescents and Adults with Autism". Journal of Autism and Developmental Disorders. 34. (3), 245-256.
- Paluszny, M. (1993). "El niño autista". Autismo guía práctica para padres y profesionales. México: Trillas. 15-34.
- Power, M. (1999). "¿Qué es el autismo?". Niños autistas: guía para los padres, terapeutas y educadores. México, D.F.: Trillas, 25-53.
- Prekop, J. (1991) Si me hubieras sujetado. México: Diana.
- Rieffe, C., Terwogt, M. y Stockmann, L. (2000). "Understanding Atypical Emotions Among Children with Autism". Journal of Autism Developmental Disorders. 30. (3). 195-303
- Rincón, L. (2001) El abrazo que lleva al amor. México: Pax.
- Rivière, A. (1996). "El desarrollo y la educación del niño autista". En: Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. Desarrollo Psicológico y Educación III. Madrid, Alianza, cap. 18.
- Rogers, S.J. (2000) "Interventions That Facilitate Socialization in Children with Autism". Journal of Autism and Developmental Disorders. 30, no. 5.
- Ross, A., (1997). "Deficiencias en la atención". Terapia de la conducta infantil: principios procedimientos y bases teóricas. México: Limusa. 521-535.
- Ruble L. A. (2001) "Analysis of social interactions as goal – directed behaviors In children with autism". Journal of Autism and Developmental Disorders. 31, (5), 471-482.
- Sánchez, P. (1999) "El autismo: intervención psicopedagógica". En: Lou, Ma. A. y López, U.N. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Madrid, España: Pirámide, cap.11.
- Sarokoff, R.A., Taylor, B.A. y Poulson, C.L. (2001) "Teaching Children with Autism to Engage in Conversational Exchanges: Script Fading with Embedded Textual Stimuli". Journal of Applied Behavior Analysis. 34, (1). 81-84.
- Sattler J. M. (1996) "Evaluación de los trastornos de conducta no específicos". Evaluación infantil, , México, D.F.: El manual moderno, 753-761.

- Schepis, M.M., Reid, D.H., Behrmann, M.M. y Sutton, K.A. (1998) "Increasing Communicative Interactions of Young Children with Autism Using a Voice Output Communication Aid and Naturalistic Teaching". Journal of Applied Behavior Analysis. 31, (4). 561-578.
- Sheinkopf S.J., Mundy P., Oller K. y Steffens M. (2000). "Vocal atypicalities of Preverbal Autistic Children". Journal of autism and developmental disorders. 30, (4), 345-354.
- Shopler, E., y Mesibov, G. (1996). "Verbal and Nonverbal Cognitive Processes". Learning and Cognition. New York: Plenum Press, 33-51.
- Sigman M. (1993). "Investigación conductual en autismo infantil". En: Canal B.R., Crespo C.M., Pérez P.Y., Sanz V.R. y Verdugo A.M. El autismo 50 años después de Kanner, Salamanca, España: Amorú editores, 41-53.
- Sigman, M., (1998). "Change and Continuity in the Development of Children with Autism". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 39, (6), 817-827.
- Staats A. W. (1996) "The theory of abnormal personality and behavior". Behavior and Personality, N. Y., USA: Springer Publishing Company Inc..
- Taylor, B.A. y Levin, L. (1998) "Teaching a Student with Autism to Make Verbal Initiations: Effects of a Tactile Prompt". Journal of Applied Behavior Analysis. 31, (4). 651-654.
- Travis, L., Sigman, M. y Ruskin, E. (2001) "Links Between Social Understanding and Social Behavior in Verbally Able Children with Autism". Journal of Autism and Developmental Disorders. 31, (2), 119-130.
- Wimpory, D., Hobson, P., Williams, M. y Nash, S. (2000). "Are Infants with Autism Socially Engaged? A Study of Recent Retrospective Parental Reports". Journal of Autism and Developmental Disorders 30. (6), 525-536.
- Wing, L. (1998). "La conducta de los sujetos con trastornos del espectro autista". El autismo en niños y adultos. México, D.F.: Trillas, 41-72.