



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRASTORNO AUTISTA: *LA INCLUSION EDUCATIVA*
A TRAVES DE UN MODELO MONTESSORI

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
SANDRA PATRICIA GUILLEN TELLEZ

DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ.



Ciudad Universitaria, D.F.

Enero, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

Resumen.
Introducción.

CAPITULO UNO. Una ventana al autismo.

- 1.1 Antecedentes.
- 1.2 Definiciones.
- 1.3 Características de la conducta autista.
- 1.4 Epidemiología a nivel mundial y en México
- 1.5 Posturas teóricas.
- 1.6 Efectos psicológicos del autismo.
- 1.7 Tratamientos.

CAPITULO DOS. La inclusión educativa en niños con autismo.

- 2.1 Antecedentes.
- 2.2 Definiciones.
- 2.3 Integración educativa en México.
- 2.4 Diferencias entre la integración educativa y la inclusión.
- 2.5 Modelo sobre la inclusión.
- 2.6 Escuelas inclusivas.
- 2.7 Panorama general de la inclusión en México.

CAPITULO TRES. Modelo Montessori una alternativa de aprendizaje.

- 3.1 Antecedentes.
- 3.2 Filosofía de Montessori.
- 3.3 Teoría de la educación Montessori.
- 3.4 Principios Básicos del Método Montessori.
- 3.5 El método Montessori.
- 3.6 Plan de Estudios.

PROPUESTA DE INTERVENCION.

- Taller de sensibilización al trastorno autista dirigido a los docentes de primaria con una duración de 8 sesiones.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

RESUMEN.

El trastorno autista se ha ido estudiando de una manera consistente, ya que sus interrogantes permiten la investigación continúa de su origen y prevalencia tanto a nivel mundial como en el país. Las características de este trastorno son: no existe contacto visual con sus interlocutores, alteraciones a nivel social, conductas repetitivas y estereotipadas, ecolalia, entre otras. Los tratamientos más eficaces son la conjunción entre los fármacos y las terapias de modificación de conducta, estas permiten que el niño autista pueda ser incluido dentro de una escuela regular. El modelo Montessori es una alternativa de educación para estos niños, pues crean en ellos sentimientos de éxito y logro, lo que lo motiva para aprender más, lograr ser independiente además de sentirse aceptados por sus contemporáneos. La inclusión educativa se refiere al respeto de todas y cada una de las personas que presenten diferencias o barreras de aprendizaje y participación. Este sistema de enseñanza logra que estas diferencias o barreras sean superadas, ya que sus mismos contemporáneos le ayudan a tener éxitos.

INTRODUCCIÓN.

*“En este mundo
todo es posible si pones tu mente en ello,
sé que la mente puede obrar milagros” Lipton*

Hablar de autismo es como si habláramos de sucesos extraños en un ser humano, es algo que no tiene ni pies ni cabeza, pues es un tema que no ha sido descifrado por los científicos, ¿las causas? Aun no las encuentran y realmente no saben cómo llegar a ellas, pues el autismo es un trastorno psicológico, fisiológico y/o genético, del cual únicamente sabemos que es un trastorno de desarrollo, algunas de sus características son: la falta de comunicación con el exterior, el aislamiento, lenguaje ecolálico, evasión de contacto visual y en ocasiones también se puede observar la autoagresión junto con la auto estimulación.

Para tener un mejor conocimiento sobre este tema tomaremos en cuenta algunos aspectos sobre su historia, definiciones, sus teorías, prevalencia a nivel mundial y en México, entre otros.

Coto, M (2007) encontró que el término autismo, proviene del griego *autos* que significa *sí mismo*, y refiere a la expresión de “ausente o perdido”. Fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1911, posteriormente, se considera a Kanner el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil. Kanner realizó observaciones en niños que sufrían alteraciones extrañas, las cuales no estaban descritas en ningún sistema nosológico; estas conductas eran coincidentes entre sí y diferentes del resto de los niños con alteraciones psicopatológicas.

Explica esta misma autora que Kanner consideraba el autismo como un síndrome comportamental que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida.

Menciona Paluzsny(1987) que el autismo es un síndrome de la niñez que se caracteriza por los siguientes síntomas: falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio.

Morant,.A, Mulas,F y Hernández,S(2001) creen que el autismo es un trastorno generalizado del desarrollo, de inicio precoz, que presenta alteraciones en la relación social, en la comunicación, lenguaje y en un espectro registrando de conductas e intereses. Constituye una de las alteraciones más graves del desarrollo la conducta y la comunicación.

López, S y García, C. (2008) coinciden en que el autismo es un síndrome complejo, con múltiples causas y manifestaciones diversas. Este trastorno se agrupa en los que a su vez, están incluidos dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Estos trastornos se caracterizan por perturbaciones graves y generalizadas de varias áreas del desarrollo, las cuales son: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipadas.

Estos comportamientos pueden variar en cuanto a su impacto, es decir, desde un trastorno leve hasta uno que puede llegar a ser incapacitante (SSA, 2009), por ejemplo: Muchos niños autistas tienen una baja sensibilidad al dolor pero son anormalmente sensibles al ruido, al tacto u otros estímulos sensoriales.

Estos tres rubros son tomados en consideración por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2004)*, el cual ubica al trastorno autista entre los trastornos Generalizados del Desarrollo.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, SSA (2007), existen en México un poco menos de 40 mil niños y un número indefinido de adultos que padecen autismo. Sin embargo esta institución solo atiende a 250 menores.

Maki Ortiz, subsecretaría de innovación y calidad de SSA, menciona que hay un niño autista por cada 500 nacimientos, mientras que la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA) revela que la prevalencia es de uno por cada 150 niños nacidos. Carlos Marcín, experto en el organismo, admitió que existen diferencias en las cifras, pero hizo referencia a la estadística, la cual indica que la incidencia del autismo se incrementa 17 por ciento cada año en México.

En Estados Unidos, por ejemplo, hasta 2008 se consideraba que la incidencia de casos de autismo era de uno en cada 150 niños y en Europa, 10 de cada mil. (Martínez, E. 2009)

Existen diferentes posturas teóricas que explican la causa del autismo, pero aquí nos referiremos solo a tres:

a. Teoría opioide.

Los hallazgos neuroquímicos más importantes en el autismo es una elevación en los niveles de serotonina Moran, A et al (2001). La serotonina es un neurotransmisor cerebral implicado en numerosas funciones mentales como el comportamiento, el sueño, la agresividad, la ansiedad y la regulación afectiva. Además actúa como un factor trófico y modulador de la diferenciación neuronal durante el desarrollo.

Se ha demostrado que los niveles de serotonina durante el desarrollo cerebral son más elevados en los niños que en los adultos, así que dichos niveles declinan durante la pubertad.

Según estudios realizados (Chungani et al 1999 en Morat, A et al 2001), han comunicado que los niños presentan una capacidad de síntesis de serotonina hasta en un 200% hasta los 5 años; esto va disminuyendo progresivamente alrededor de los 14 años.

En los niños autistas, el nivel de serotonina incrementa de manera progresiva entre los 2 y los 15 años de edad, en donde alcanzan el 1.5 % más que en los adultos.

Estos resultados nos proporcionan ideas respecto a los cambios evolutivos de la serotonina con respecto a la fisiopatología del autismo.

Otros estudios (Cook et al 1996 en Morat, A et al 2001) sugieren que la hiperserotoninemia podría ser heterogénea y estar relacionada con la capacidad del incremento del transporte de la serotonina y con la disminución en la capacidad de unión de serotonina y los receptores 5-HT_{2A}. Estas alteraciones deberían estar condicionadas genéticamente, ya que los hermanos de autistas cuentan con niveles de serotonina elevados.

Hacen mención también estos autores que la mayor evidencia de que la serotonina está vinculada en el autismo, es por el resultado que tienen los pacientes a los medicamentos que son inhibidores del transporte de este neurotransmisor, ya que reducen hasta en un 50% las conductas agresivas de los niños.

La teoría opioide propone que el autismo aparece desde la infancia debido a una sobrecarga de péptidos opiáceos sufrida en el sistema nervioso central, que

afectan a los neurotransmisores, de probable origen exógeno y derivados de la incompleta digestión del gluten y de caseína en la dieta (Morat, A et al 2001). Esta teoría fue implementada primeramente por Panksepp (1979) y después la amplio Reichelt et al.

En donde estos péptidos opiáceos se derivan de la ruptura incompleta de los cereales, ya que estos contienen gluten y caseína que provienen de la leche y derivados de esta.

Esta teoría consiste en: 1) posible alteración en las barreras corporales, como la mucosa intestinal y la barrera hematoencefálica y 2) un mal funcionamiento de las enzimas intestinales que son las que ayudan al desdoblamiento del gluten y la caseína.

Estas alteraciones pueden ser congénitas o adquiridas.

b. Teoría psicoanalítica.

Para Coto, M (2007) la escuela psicoanalítica se inclina a considerar el autismo como un producto de una defectuosa comunicación y falta de entendimiento entre los adultos y el bebé en sus primeros momentos de vida. Desde esta postura se plantean distintas concepciones en cuanto a las causas y a la estructura en el juego.

Según Mahler, M 1975 (citado en Coto, M, 2007) destaca la relación simbiótica madre-hijo en la génesis de la psicosis, por lo que el autismo deviene de la ruptura en esta relación. Tal como lo señala Tustin 1972(citado en Coto, M 2007), los niños viven en una situación catastrófica cuando son conscientes de su separación con la madre. Ante lo cual desarrollan el “casarón protector”. Este mismo autor propone en 1991, dos tipos de autismo: el primero, predominan los

factores orgánicos, mientras que el segundo, los factores psicógenos, y además distingue, tres formas: 1) primario anormal, 2) secundario encapsulado, y 3) secundario regresivo.

c. Teoría de la Mente.

El término *Teoría de la mente*, fue acuñado por Premack y Woodruff en 1978 para explicar los mecanismos por los cuales los chimpancés son capaces de inferir los estados mentales de sus congéneres.

Martos, J (2005), coincide con la propuesta hecha por los trabajos realizados de Baron-Cohen et al.1985, en los cuales hacen mención de la teoría de la mente, la cual, nos proporciona un mecanismo para comprender el comportamiento social.

Para Baron-Cohen et al 1985 (citado en Martos, J 2005) la teoría de la mente es la siguiente:

“Podríamos predecir que si a una persona le faltara una teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico. Confuso y, por tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos, esto podría llevarle a apartarse del mundo social completamente, y lo menos que podría suceder es que le llevara a realizar escasos intentos de interacción con las personas, tratándoles como si no tuvieran “mentes” y por tanto comportándose con ellas de forma similar a la que lo hacen con los objetos inanimados.’

La ‘ceguera de la mente’ que presentan las personas con autismo hace que se sientan como extranjeros en una tierra extraña, en un mundo que es fundamentalmente social. Sin una teoría de la mente, el mundo social puede ser un lugar terrible e impredecible. La mayor parte de las conductas extrañas que presentan las personas con autismo pueden ser mejor entendidas si constantemente recordamos que ellos no pueden ‘leer la mente’ en la manera en la que la mayoría de nosotros lo hacemos”.

Según estos autores, la teoría de la mente es una manera de entender un poco más la percepción del mundo que tienen las personas que viven con autismo. Nos proporciona un acercamiento a sus experiencias, y así poder brindarles una mejor calidad de vida, además de ayudarlos introduciendo en sus vidas cierto grado de regularidad en el mundo social.

En relación a todas las teorías que hablan de las posibles causas del trastorno y además, de las dificultades de atención que tienen a sí mismo y hacia los demás, un niño autista requiere de tratamientos para mejorar su calidad de vida.

Para Rogel, F (2007) los tratamientos existentes para el autismo pueden dividirse en farmacológicos y psicopedagógicos.

Todos los tratamientos farmacológicos son sintomáticos, existen reportes que señalan una elevada actividad de opioides endógenos en el sistema nervioso central de autistas. De igual manera, según Rogel (2007) existe una elevada concentración de serotonina, y esto ha dado lugar al uso de inhibidores de la recaptura de serotonina como fluvoxamina y sertralina con buenos resultados en disminución de pensamientos repetitivos, conductas ritualistas y mal adaptativa, así como, disminución de agresividad, mejoría en el lenguaje y la conducta social.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2009) se menciona que para el autismo han sido diseñados varios tratamientos unos con mayor éxito que otros, entre los más aceptados y el que mejor resultados ha tenido, es el tratamiento conocido como *modificación de Conducta* que está basado en la comunicación visual por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabras para poner al niño bajo control instruccional y centrar su atención o enseñanza de habilidades por medio de reforzadores y aversivos (premio y castigo).

Es importante mencionar que está comprobado que el mejor avance se logra con una mezcla o variedad de tratamientos, algunos encaminados al desarrollo de áreas específicas (por ejemplo: el lenguaje). Estas son unas series de estrategias terapéuticas con el único objetivo de minimizar las deficiencias y lograr una mejor vida social. (SSA, 2009)

Retomando lo anterior, estos tratamientos son de gran ayuda para los niños con autismo, para que puedan ser incluidos dentro de un sistema escolar estandarizado.

Si bien es sabido, el sistema educativo en México, no está preparado para recibir en sus aulas a niños con estas condiciones, no se tienen las bases por parte de los profesores para recibir y ayudar de manera adecuada a estos chicos. A lo cual, consideramos de importancia tener herramientas y conocimiento respecto al tema para tener una buena inclusión educativa.

Según Narodowski, M (2008) la definición de inclusión es la siguiente:

“La inclusión es el respeto a la diversidad, incluir significa, reunir los refuerzos de distintos sectores de la sociedad, para brindar una educación sensible a las necesidades específicas de cada sector, compensando las desigualdades, facilitando el acceso, la permanencia y el progreso de aquéllos que lo necesitan, desde una lógica de redistribución, a nivel económico y del reconocimiento a nivel cultural.”

Podemos decir que la inclusión educativa es en donde las instituciones educativas se transforman para que funcionen los niños con alguna necesidad especial, en donde no se imponen barreras para su desarrollo, estos niños conviven con toda la población estudiantil, llevan las mismas materias que los demás, y se ayudan entre sí.

Un terapeuta especializado en autismo es el que les puede proporcionar, tanto a los padres como a la escuela, dichos programas ya que estos serán llevados a cabo en ambos lados.

El ambiente escolar debe ser estructurado de tal manera que el programa sea consistente y predecible. Los alumnos con autismo aprenden mejor y se confunden menos cuando la información es presentada tanto visual como verbalmente. También es de considerarse las relaciones con sus contemporáneos que no presentan ningún problema.

Dentro de la escuela, lo más recomendable es que el niño autista tenga una monitora o guía sombra, la cual le proporciona el apoyo necesario para que vaya adquiriendo independencia, además de que se le brinda la supervisión de cualquier trabajo o actividad que se le presente y que también sea terminado adecuadamente.

Muchos niños con autismo son buenos aprendices visuales, los profesores deben de utilizar dibujos, gráfico y representaciones visuales durante la enseñanza.

Los autistas tienen dificultades para generalizar conceptos, así que una buena técnica para compensar esta dificultad es darles la oportunidad de practicar mucho las habilidades en situaciones reales, además de enseñarles el manejo del dinero real, utilizar alimentos reales, comidas, la cocina y la nutrición, llevarlos a lugares públicos para enseñarles pautas de comportamiento en sitios públicos.

Una posible alternativa educativa para estos niños es el *Modelo educativo Montessori*.

Es un modelo que fue inventado por María Montessori, italiana de nacimiento, donde descubre a través de la psiquiatría que ella ejerce, que los niños con

deficiencia mental tienen potencial para desarrollar habilidades, así que, desarrolla una propuesta educativa, en donde los principales recursos son, ambiente, amor y niño –ambiente, esta triangulación, le da la importancia del respeto, amor y del desarrollo para las habilidades de estos chicos en un ambiente escolar. (Martínez, J. 2004)

Elaboró la pedagogía partiendo de la observación y el método científico, y así elaboraba sus materiales y su filosofía.

María Montessori supo comprender que el aprendizaje es algo evolutivo y que la evolución y el cambio humano se producen en un intercambio permanente de vivencias que abre espacios de desarrollo potencial. O sea, que las personas nos educamos siempre y cuando el contexto disponga de condiciones para ello.

Para finalizar, lo anterior se realizará a través de revisión bibliográfica, en donde el primer capítulo hablaremos a grandes rasgos de lo que es el autismo, tomaremos en cuenta sus antecedentes, de donde partiremos para mencionar algunas definiciones, posturas teóricas de su etiología, así como también la epidemiología del mismo, observaremos aquí algunas diferencias entre las estadísticas tanto a nivel mundial como en nuestro país, y de igual manera analizaremos algunos tratamientos que han sido los más adecuados para el control del autismo.

En el segundo capítulo trataremos el tema de la inclusión educativa, retomaremos sus antecedentes, algunas definiciones, la integración educativa en México desde sus principios en nuestro país, de igual forma, se hablará de las diferencias entre la integración y la inclusión educativa, para después tocar las teorías o modelos de esta, la cual nos dará la pauta para analizar un poco todo lo referente a las escuelas inclusivas para así llegar al punto a tratar del panorama general de la inclusión en México.

En el tercer capítulo, estaremos tocando el modelo educativo Montessori, el cual será descrito desde su concepción hasta estos momentos, dando importancia a sus objetivos, sus características y el motivo por el cual sería una buena alternativa de aprendizaje para niños con trastorno autista.

Posteriormente se llevará a cabo la propuesta de intervención que es un taller informativo con duración de 8 sesiones de aproximadamente dos horas por día el cual será presentado a docentes.

CAPÍTULO UNO

Una ventana al autismo.

“La vida a veces te tira,
pero tú decides si te levantas”

Karate Kid 2010.

1.1 ANTECEDENTES.

Desde hace siglos, no más de dos, y mucho antes de que se diera a conocer el término autista, existieron historias sobre adultos y niños con este trastorno en todas sus manifestaciones. Tal vez fueron el motivo de antiguas leyendas, en donde podría decirse que habían sido cambiados por las “brujas”, que éstas se robaban a los niños por las noches y eran así como los regresaban a sus hogares. (Lorna, W. 1998).

No fue hasta enero de 1801, que un médico francés, Jean-Marc Gaspard Itard, se hizo cargo de un muchacho de doce años de edad, conocido como Víctor, “el salvaje de Aveyron”, al que habían encontrado viviendo en un bosque como un salvaje. La conducta del niño era extraña, y no hablaba. Itard pensó que su estado se debía al hecho de no tener contacto desde pequeño y que había estado aislado. Otro médico, llamado, Phillipe Pinel, no estaba de acuerdo con esta explicación Itard, él creía que desde nacimiento presento dificultades serias de aprendizaje.

Posteriormente, Harlan Lane, psicólogo especializado en el lenguaje, en el habla y audición, recopiló todos los datos de estos médicos para realizar un libro llamado "EL niño salvaje de Aveyron". Al leer todo el relato de Víctor, sus conductas eran de un niño con autismo. Todas las descripciones de su conducta resultarían familiares a cualquier padre con hijo autista. Víctor mostraba orden en sus cosas, nunca pudo articular palabra, se daba a entender a través de gestos o jalaba del brazo a alguien para que lo llevara a donde él deseaba. (Lorna, W. 1998)

Esta historia de Itard es impactante y conmovedora, pues tiene detalles de cómo le fue enseñando a Víctor todo lo que había en su alrededor. Sus ideas las compartió con Edouard Séguin, y después a María Montessori, y todavía influyen en los métodos de la educación especial.

En la primera mitad del siglo XX, se dieron a conocer informes, sobre un grupo de niños con extraños patrones de conductas. Fue aquí, en donde Leo Kanner, en Estados Unidos, observó que una serie de niños remitidos a su clínica tenían un patrón común de conducta inusual, al que llamó "*autismo infantil precoz*".

En 1943, fue que publicó su primer artículo sobre este trastorno, en donde daba descripciones detalladas de la conducta del niño, además de seleccionar los puntos importantes para el diagnóstico, los cuales eran: una gran carencia de contacto afectivo (emocional) hacia otras personas; una intensa insistencia en la similitud de elaboradas rutinas, frecuentemente, insólitas, elegidas por ellos; mutismo o una considerable anomalía del habla; fascinación por los objetos y destreza para la manipulación; altos niveles de habilidades viso-espaciales o memoria mecánica en contraste con otras dificultades de aprendizaje en otras áreas; una apariencia agradable, despierta e inteligente.

Otros dos puntos que destacó Kanner para el diagnóstico, fueron que: 1) el trastorno se presenta desde el nacimiento y 2) dentro de los treinta primeros meses de vida. (Lorna, W. 1998)

Han existido desavenencias con relación a la definición de Kanner y otros trastornos de la infancia, pero también con el paso del tiempo se han presentado diferentes ideas sobre la naturaleza del trastorno autista.

En las primeras décadas del siglo XX, las teorías psicoanalíticas influyeron mucho en las actitudes de los profesionales y del público. A partir que Kanner publicara su artículo de *autismo infantil precoz*, muchos creían que era un trastorno emocional, no físico, y que todo se debía a la educación de los padres hacia el niño. Esto ocasionó que muchos padres se sintieran culpables ante la conducta de su hijo que ellos mismo no podían entender, además de que su confianza para poder ayudarlo era mínima.

Fue en la década de los sesentas que algunos psiquiatras infantiles al autismo lo consideraban como una forma de esquizofrenia infantil, pero no fue hasta las décadas setenta y ochenta en donde se comenzó a considerar seriamente la idea de que el autismo de Kanner formaba parte de un espectro más amplio de trastornos autistas, gracias a los estudios realizados por Camberwell y por Christopher Gillberg y sus colegas en Suecia.

Aun en la actualidad se continúa estudiando las ideas sobre el trastorno autista, pero existen dos instancias a nivel mundial que han sido las que clasifican los trastornos psiquiátricos y de conducta, *la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)*, publicada por la Organización Mundial de la Salud y el *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)* de la Asociación americana de Psiquiatría. En las primeras ediciones no incluían en absoluto el autismo, no fue hasta la tercera y la cuarta edición del DSM en donde adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastornos autistas y que son trastornos del desarrollo, no “psicosis”. El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de “trastornos generalizados del desarrollo”. (Lorna, W.1998)

1.2 DEFINICIONES.

El autismo durante varios años ha sido definido de diferentes maneras, pero aun así no se ha llegado a tener una definición universal para el mismo, la *Asociación Americana de Psiquiatría (APA)* junto con la Organización Mundial de la Salud, se dedicaron a clasificar este concepto para hallar una definición en la cual pueda cubrir todos los signos y los síntomas del mismo.

La definición aceptada por la **APA** a través del **DSM-IV-TR** (2002), exalta que: *las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades o intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel del desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner.*

Para Coto, M (2007) la definición del “autismo” varía según el enfoque, por lo que para esta autora es fácil encontrar diferencias en lo que se refiere a las características del trastorno.

Desde la psicología según Coto, M (2007), las principales definiciones son dadas por Rutter 1984 (citado en Coto, M. 2007), quien refiere un conjunto de características y criterios a tomar en cuenta a la hora de definir el autismo, tales como: comienzo antes de los treinta meses de edad, desarrollo social alterado, desarrollo lingüístico retrasado y anómalo, pautas de juegos estereotipadas, y resistencia al cambio.

Según Rogel, F (2005) el autismo es un trastorno estático del desarrollo neurológico que persiste toda la vida. Este autor nos menciona que no es una enfermedad sino un síndrome clínico, que se presenta en los primeros meses de

vida en donde incluye alteraciones de la conducta, en la comunicación verbal y no verbal e interacción social y emocional anómala.

Otra definición que nos ayuda a entender lo que es el autismo es la que Rivieré 1984 (citado en Benito, M 2011) que fue formulada en los años ochenta y noventa, donde hace mención de lo siguiente: *“ el autismo es la distorsión más severa del desarrollo humano, es decir, es aquel cuadro en que se da un cambio cualitativo, una forma de desarrollo más diferente de la forma normal que uno puede imaginar y precisamente por eso el autismo contiene una gran promesa y es que nos ayuda a entender el desarrollo humano hasta límites que ningún otro cuadro es capaz de ayudarnos”*

Para Alonso, J 2004 (citado en Benito, M 2011) *“el autismo es una discapacidad, un trastorno generalizado del desarrollo cerebral, que produce un comportamiento anómalo en el cual los niños afectados se muestran indiferentes, ausentes con dificultad para formar lazos emocionales con otras personas”*

El autismo puede ser definido de diferentes formas y desde diferentes puntos de vista, pero todos estos conceptos del mismo pueden concordar en que el trastorno autista tiene como característica principal el ausentismo del niño que lo padece, que no existe ninguna interacción con el mundo exterior.

Aún falta mucho por conocer del autismo, pero estas características nos pueden ayudar a entenderlo más.

1.3 CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA AUTISTA

Según Rogel (2005) las principales características del autismo son las alteraciones en el comportamiento social, en la comunicación verbal y no verbal, y también el margen de intereses y actividades del niño.

Este mismo autor menciona que al contrario de lo que se ha escrito que los niños autistas no tenían una ligazón afectiva, considera que pueden mostrar afecto y tener una adecuada relación afectiva con sus padres o con personas de su entorno.

Todos los niños autistas muestran alteraciones graves del lenguaje, que puede abarcarse desde la ausencia total del mismo, pasando por déficits en la comprensión y el uso comunicativo del lenguaje verbal y la mímica.

Cuando está presente es muy común encontrar ecolalia, palilalia, neologismos, lenguaje idiosincrático (giros verbales sin significado para otras personas), lenguaje telegráfico y errores en el uso del tiempo y persona. (Rogel, 2005)

La comunicación no verbal es igual defectuosa, no se comunica adecuadamente con gestos o mímico.

La conducta del autismo muestra mal control de impulsos, agresividad verbal y física, auto agresividad, conducta aberrante. Los berrinches de duración y magnitud fuera de toda proporción con el detonante son una manifestación muy frecuente y de difícil manejo.

El miedo intenso o verdadero pánico ante situaciones desconocidas o ruidos intensos es también muy común.

Existe en ellos alteraciones sensoriales como hiper o hipo sensibilidad a estímulos auditivos, visuales, táctiles, etc., distorsiones de la percepción y dificultades en la integración multimodal.

Según Rogel (2005) estos niños presentan una deficiente interacción social y un verdadero rechazo a entablar contacto con otras personas y evitan el contacto visual.

Los niños autistas parecen no darse cuenta de los sentimientos de otras personas y del impacto negativo de su propia conducta sobre los otros, no son capaces de hacer amigos y de participar en los juegos con otros niños.

Los intentos de cambiar alguna rutina provocan con frecuencia una resistencia obstinada y ocasionar berrinches feroces.

Las estereotipias motoras son notables e incluyen aleteo de manos, giros de la cabeza, balanceo de partes o todo el cuerpo, etc. La conducta auto agresiva como morderse, jalarse el cabello, azota su cabeza, son también parte del cortejo de sintomático.

Son frecuentes en estos niños las alteraciones del sueño; dificultades en el inicio y mantenimiento del mismo, despertares múltiples, vagabundeo nocturno, patrones irregulares de sueño-vigilia, sueño de poca duración. El manejo de estos problemas con frecuencia es difícil.

Para Álvarez, E. (2007) Los trastornos del espectro autista, también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo, son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracteriza por problemas en las áreas cognitivas, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas auto agresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas.

En el 2008, López, S y García, C, mencionan que el trastorno autista se manifiesta durante los primeros años de vida y lo consideran un síndrome complejo, ya que presuponen múltiples causas o factores etiológicos y que existe un variado de manifestaciones que agrupan una amplia colección de síntomas que son raros de observar de forma idéntica en distintos individuos con el mismo diagnóstico.

Para estos autores las principales características del autismo son las siguientes: 1) fracaso en el desarrollo y mantenimiento de vínculos sociales, aislamiento social y conductas sociales inapropiadas, 2) mantienen una relación simbiótica con juguetes u objetos, repitiendo con él las mismas acciones e irritándose cuando alguien cambia el ritual fijado, 3) la evitación de la mirada a la otra persona y si lo hacen es a partir de breves miradas periféricas, y 4) incapacidad para establecer lazos de amistad y en una indiferencia con respecto a los sentimientos, emociones y a las respuestas que ofrecen los demás.

Como podemos observar, estos autores llegan casi a las mismas características del trastorno, esto nos da un indicio de que los estudios que se han realizado durante todos estos años respecto al tema, están dando frutos para ir entendiéndolo con mayor claridad, a pesar de que aún no se sabe su origen, esto nos brinda herramientas para llegar a un buen diagnóstico, y así poder brindarles a estos niños una mejor calidad de vida.

1.4 EPIDEMIOLOGIA A NIVEL MUNDIAL Y EN MEXICO

De acuerdo a la Secretaría de Salud SSA (2009) en estudios realizados en países desarrollados como Inglaterra, Dinamarca y Estados Unidos, han señalado que de 3 a 5 niños de cada 10 000 tienen autismo infantil. En los Estados Unidos hay aproximadamente 60 000 niños autistas menores de 18 años, la mayoría en edad escolar. Los varones están afectados 3 a 4 veces más que las niñas.

Algunos análisis epidemiológicos indican que la prevalencia del autismo es muy alta en ciudades con niveles altos de contaminación (Pérez, L. y Williams, G 2004), en países desarrollados se diagnostica con autismo aproximadamente a una de cada 2.000 personas (APA, 2002 en Pérez & Williams, 2004). La cifra tiende a crecer en algunos países como Estados Unidos, una de cada 625 personas. Afecta más a los varones: se diagnostica con autismo a una niña por cada cuatro niños varones. Sin embargo, las niñas afectadas presentan un retraso mayor y son más difíciles de tratar.

En México, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2008 dio a conocer que en el país hay más de 40 mil niños registrados con autismo.

La Clínica Mexicana de Autismo (Clima) calcula que existe un niño autista por cada 150 nacimientos, lo que indica que el problema es más frecuente que el cáncer infantil, la diabetes y el sida. (Enciso, A. 2007)

1.5 POSTURAS TEORICAS.

Existen muchas teorías, unas con mayor fundamento que otras, a veces complementarias o incluso contradictorias, que ponen de manifiesto el desconocimiento general que todavía existe respecto al trastorno autista.

En este apartado solamente hablaremos de tres, que son: La teoría opioide (Bases neurobioquímicas), la teoría psicoanalítica y la teoría de la mente.

Teoría Opióide

Para Morant, A, Mulas, F y Hernández, S. (2001), esta teoría propone que el autismo aparece desde la infancia debido a una sobrecarga de péptidos opiáceos sufrida por el sistema nervioso central, que afecta a los neurotransmisores cerebrales, de probable origen exógeno, y derivados en gran parte de la incompleta digestión del gluten y de caseína de la dieta.

Esta teoría fue inicialmente propuesta por Parksepp et al 1979, y posteriormente ampliada por Reichelt et al.

Morant, Mulas y Hernández (2001), mencionan que estos péptidos se derivan de la ruptura incompleta de ciertos alimentos. En concreto los cereales que contienen gluten y de la caseína que produce la leche y de los derivados de esta, aunque aún no se descarta la posibilidad de que pudieran estar implicados otros alimentos.

La teoría consiste en:

- *Debes existir una alteración en las barreras corporales, como la mucosa intestinal y la barrera hematoencefálica, que provocaría el paso por ellas de péptidos que normalmente no atravesarían y que llegarían al SNC donde se provocaría efectos tóxicos, o*
- *Un mal funcionamiento de las peptidasas intestinales que harían que los péptidos opiáceos nocivos no se convirtieran en metabolitos inocuos, pasando en este estado al torrente sanguíneo y, posteriormente, al SNC donde ejercerían su acción tóxica.*

Este tipo de alteraciones, mencionan estos autores, pueden ser congénitas o adquiridas.

Teoría Psicoanalítica.

Según Coto, M (2007), en la escuela psicoanalítica uno de los autores más destacados en hablar del tema es Mahler (1975) quien destaca la relación simbiótica madre-hijo en la génesis de la psicosis, por lo que el autismo deviene de la ruptura en esta relación.

Los niños viven una situación catastrófica cuando son conscientes de su separación con la madre, ante lo cual desarrollan el “cascarón protector” (Tustin 1972 en Coto, M. 2007). Este mismo autor en 1991 propone dos tipos de autismo: en el primero, predominan los factores orgánicos, mientras que el segundo los factores psicogénicos y, además, distingue tres formas: 1) primario anormal, 2) secundario encapsulado y 3) secundario regresivo.

En general (Coto, M. 2007), la escuela psicoanalítica se inclina a considerar el autismo como un producto de una defectuosa comunicación y falta de entendimiento entre los adultos y el bebé en sus primeros momentos de vida. Desde esta postura se plantean distintas causas y ala estructura en juego.

El psicoanálisis muestra algunas limitaciones e insuficiencias para la atención de los niños autistas, pero se ha ido desarrollando un mayor conocimiento de este trastorno, teniendo nuevas técnicas para su tratamiento.

Bettelheim 1977 (citado en Coto, M. 2007), psicoanalista austriaco, hace mención que los niños que sufren autismo se encuentran detenidos en un periodo inicial de su desarrollo intelectual y emocional; considerando el autismo como una reacción ante extremo aislamiento afectivo combinado con experiencias interpretadas como amenazadoras para su existencia.

Uno de los conceptos centrales de su teoría es el concepto de sí mismo. Que explica como los niños autistas se han retirado del mundo para volverse hacia sí

mismos, de aquí, la tarea del terapeuta es ayudarlos a invertir el proceso psicótico creando un mundo diferente del abandonado a causa de la desesperación, lo cual implica una escucha constante, un acompañamiento del niño en sus fantasmas y el respeto a sus síntomas y comportamientos.

Este mismo autor ofrece una perspectiva interesante para comprender el “interior” de los niños autistas y la desesperación de que son víctimas, esta angustia les hace buscar seguridad evitando el contacto e inclusive no reconocer su hostilidad, por esta razón sus defensas hacia el mundo externo amenazador fallan, y lo único que los protege es el no actuar; el niño se insensibiliza tanto hacia el exterior como en su psiquismo. De aquí la importancia de la relación madre-hijo.

Debido a esta teoría, Bettelheim se le ha culpado de promover la idea de la maternidad como responsable del autismo; sin embargo, otros autores, atribuyen estas críticas al desconocimiento de su obra, donde uno de sus aportes fue precisamente reconocer la importancia de los factores paternos (Delgado, 1996 citado en Coto, M, 2007).

El punto central de los autores psicoanalíticos (Coto, M, 2007) es la incidencia de los factores sociales y psicológicos, donde destaca con especial importancia, el vínculo materno que tiene la función de contención del pequeño y es el que guía los primeros pasos hacia otros vínculos y al desarrollo de las capacidades mentales y es, en el diagnóstico del autismo, un signo patognomónico innegable: la incapacidad para establecer un vínculo afectivo como lo hacen los otros niños.

Teoría de la mente.

Una propuesta clásica de que el autismo es el resultado de una incapacidad para atribuir estados mentales independientes a otros, surge a partir de los trabajos conocidos de Barón-Cohen (Martos, J, 2005):

“Una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Podríamos predecir que si una persona le faltara una teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico. Confuso y, por lo tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos, esto podría llevarle a apartarse del mundo social completamente, y lo menos que podría suceder es que le llevara a realizar escasos intentos de interacción con las personas, tratándoles como si no tuvieran “mentes” y por tanto comportándose con ella de forma similar a la que lo hacen con los objetos inanimados”.

Esta definición de la teoría de la mente, nos lleva a pensar que el autismo es una evitación al contacto de emociones y sentimientos con las demás personas que lo rodean, que sus comportamientos generalmente aislados, los llevan a no tener ni idea de cómo comportarse con los otros por el miedo que le causa el mundo exterior y los seres humanos.

Es por tal motivo, que las personas con autismo se sientan como si estuvieran en un país extranjero en una tierra extraña, en donde el mundo fundamentalmente es social. (Martos, J 2005). Sin una teoría de la mente, el mundo social, puede ser un lugar terrible e impredecible.

La mayor parte de las conductas extrañas que presentan las personas con autismo pueden ser mejor entendidas si constantemente recordamos que ellos no pueden “leer la mente” en la manera en que la mayoría de nosotros lo hacemos.

Las personas con autismo, al igual que con la ceguera, ellos estimulan el uso de otros sentidos. Ellos tienen habilidades e “islotos de capacidad” que pueden desarrollar y ser usados para cubrir los déficit existentes.

Se les puede ayudar introduciendo cierto grado de regularidad en el mundo social en el mundo social, haciéndole explícitos aspectos de la interacción social que no

captan y enseñándoles a copiar estrategias en cada nueva situación (Martos, J. 2005)

Otros puntos de vista sobre el autismo refieren que, según López, S y García, C (2007) mencionan que se han propuesto múltiples teorías, que hasta la fecha, no muestran evidencia precisa y contundente que permitan identificar los factores etiológicos del trastorno autista.

Se han expuesto varias hipótesis referentes al origen del autismo, uno es el modelo genético y biológico, en los cuales hacen referencia a que se ve influenciado, de manera particular, por condicionamientos ambientales, que actúan de forma conjunta o específica provocando el trastorno.

Para Aragón (2010) refiere que en la investigación actual se ha demostrado que el origen del autismo se vincula con un desajuste orgánico en el cual intervienen distintos factores que provocan defectos en la funcionalidad del Sistema Nervioso Central, y que es por ello que se recurren a las teorías más diversas para aportar soluciones causales al problema del autismo.

Esta misma autora menciona que las primeras pruebas de que existe una implicación orgánica en el trastorno, fue el descubrimiento de que la epilepsia aparece en más de una cuarta parte de los adolescentes autistas.

Investigaciones sugieren que se puede presentar por problemas físicos en partes del cerebro que son responsables de la interpretación de estímulos sensoriales y del procesamiento del lenguaje. Pueden jugar un rol importante los desequilibrios químicos en el cerebro, especialmente los relacionados con la Serotonina y los problemas genéticos.

Aragón (2010) menciona que el autismo también ha estado vinculado con la Fenilcetonuria no tratada, con la Rubéola y con la Enfermedad Celiaca.

Respecto a la etiología Coto, M (2007), refiere a varios autores con sus diferentes teorías y sugerencias del autismo, como por ejemplo: Kanner, en 1943, él hacía referencia que el ambiente y el comportamiento frío y hostil de los padres era el motivo por el cual se presentaba el autismo. Bettelheim 1977 y Tustin 1972, explicaban el autismo desde la misma perspectiva que Kanner, pero estas teorías han sido eliminadas por una gran mayoría debido a que son contradictorias en sus pruebas.

Paluszny 1987 (citado en Coto, M, 2007) sugiere el origen desde una perspectiva psicológica aunada a una deficiencia neurológica, donde la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial, esta teoría no está probada, pero si se toma en consideración como factor importante del desarrollo del trastorno.

Otros autores, según Coto, M (2007), buscan dar cuenta de correlatos fisiológicos, anatómicos, cognitivos y bioquímicos asociados al comportamiento autista. Frith (1993), postula la existencia de una alteración biológica, en virtud de la cual la mente del sujeto autista difiere notablemente de la persona normal.

Freeman y Ritvo, 1984, han encontrado datos sobre la posible influencia de factores genéticos como anomalías cromosómicas, e incluso enfermedades virales e infecciones intrauterinas que se han señalado como posibles causas del trastorno, también hablan de alteraciones al nivel de neurotransmisores y de altos niveles de serotonina en la sangre (Coto, M, 2007).

De acuerdo con la SSA (2009), existen múltiples estudios genéticos que relacionan los cromosomas 5 y 15 en el autismo, así como otros, que buscan vincularlo con cuestiones biológicas como vacunas e intoxicación de metales. A la

fecha, ninguno de estos estudios ha logrado sustentar su teoría y por lo mismo no se puede dar el origen mismo del síndrome.

Si bien es cierto hay muchos análisis y teorías que todavía no nos permiten conocer el origen del trastorno autista como tal, pero nos brindan una idea de la manera en que se genera. Algunas de estas teorías se contradicen y no empatan con lo que se estudia, pero consideramos que no hay que perder la esperanza de que algún día se llegue al hilo negro de este desorden, para que así se les brinde una mejor calidad de vida a las personas con autismo de las que se les da actual.

1.6 EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL AUTISMO.

Las emociones son complejas y afectan a todos los individuos. En los niños con alguna barrera de aprendizaje y participación, no están exentos.

Los niños con autismo presentan mucha dificultad en esta área y de hecho existen muchos mitos que rodean este padecimiento, como por ejemplo: de que ellos no son capaces de sentir emociones y no sienten apego a nadie.

Las personas autistas demuestran sus emociones de manera diferente y tienen mucha dificultad para hacerlo, pero No es cierto que ellos no tienen sentimientos ni se apegan a nadie.

Ellos comúnmente tienen mayor problema en las siguientes áreas:

- ⊕ Identificar emociones
- ⊕ Habilidad de regular y controlar sus emociones
- ⊕ Dificultad en compartir sus sentimientos
- ⊕ Capacidad disminuida para ver las cosas desde el punto de vista de otros
- ⊕ Problemas para identificar la causa de sus sentimientos.

Estas son algunas de las realidades que se enfrentan los niños con autismo, ya que se sienten no comprendidos, primero por sus familiares y en segundo lugar, por la sociedad.

Son niños rechazados, que no son fácilmente aceptados por sus condiciones de vida y sobre todo si existe un problema real de conducta, el cual no les permita llegar a contenerse en el entorno en el que se encuentra. (Cardoze, D. 2010)

La conducta violenta que suele presentarse en estos niños, es común en situaciones similares a las que viven en su casa, aunque a veces estas reacciones se presentan a causa de agresiones por otros niños.

La agresividad puede ser una manera de expresar su rechazo a determinadas cosas, como por ejemplo: a sus compañeros de escuela, a situaciones bajo presión como psicológica o académica, pueden responder con agresiones físicas o verbales, especialmente si existe en ellos antecedentes que predisponen estas conductas.

Las conductas de escape o de evitación no son raras en ellos y se presentan principalmente en los ambientes escolares cuando ya están cansados y cuando están sometidos a programas que no se ajustan a sus intereses. Otras veces es el resultado de una necesidad de andar al aire libre haciéndose difícil soportar estar encerrado. (Cardoze, D. 2010)

La autoagresión también es una conducta en la que se manifiesta su frustración a que no puede expresar lo que siente o piensa.

En algunas ocasiones la frustración los ha motivado para ir aprendiendo todo a lo que se les presenta, principalmente para comunicarse, ya que esta es una herramienta para las relaciones sociales, le cuesta trabajo entender lo que sucede en ellos, no saben porque reaccionan u observan a las personas de tal o cual manera.

En ellos también existe lo que es la soledad, ya que como no pueden expresarse de una manera habitual y su comportamiento no es similar al de los demás, son aislados por sus contemporáneos y tristemente también por sus familiares, con el pretexto de evitar que los conozcan y observen sus reacciones ante el mundo.

Una parte medular dentro de los efectos psicológicos de este trastorno, es la familia.

Los familiares no solo son los que reciben el impacto de dicho diagnóstico sino son quienes conviven con ellos la mayor parte del tiempo.

El modo de reaccionar de los allegados es muy bien conocido, pues es una pérdida, primero se sostienen en la negación, después en la depresión y finalmente la aceptación (o resignación), esto es cuando a los padres les confirman la condición de autismo en su hijo.

Al momento de ser informados, sus conocimientos al respecto suelen ser inclinados a concebirlo como una enfermedad grave, una especie de catástrofe que cambiará la vida del niño y de ellos para siempre en una forma negativa.

Es indudable que las posibilidades de un niño de crecer sano y convertirse en una persona productiva, son mucho más prometedoras si vive en el seno de una familia sana, y en el caso de los que tienen una condición especial, se hace mucho más importante.

Los niños que presentan algunas barreras de aprendizaje y participación, están expuestos a sufrir malos tratos, negligencia afectiva y abandonos a diferencia de quienes no las tienen. La llegada de un niño con ciertas barreras a una familia que no ha desarrollado lazos afectivos y patrones de comunicación saludables, puede ser motivo de conflicto entre los padres por recriminaciones mutuas, problemas que pueden acabar en separaciones más o menos abruptas. (Cardoze, D. 2010)

Como consecuencia, en alguno de los padres, sobre todo los primeros meses después de recibido el diagnóstico, son las perturbaciones anímicas como la depresión, los estados de ansiedad, la irritabilidad, el alejamiento afectivo, los problemas de sueño y el resentimiento. A lo cual, esto se le puede unir la sensibilidad que el niño con autismo lo perciba y sus comportamientos se agudicen hacia alguna característica específica o rutina que suele molestar mucho a los padres y de esta forma sacarlos de sí mismos hasta el momento de no saber qué hacer con esta conducta repetitiva.

Todo este tipo de circunstancias que se presentan dentro de la familia del niño con autismo, deben de ser tomadas muy en cuenta, ya que como mencionamos anteriormente, los niños lo perciben, al sentir que algo sucede entre sus padres y no poder expresarse como él quisiera, se ocasiona en su ser, una serie de manifestaciones de emociones que suelen ser no gratas para sus allegados, lo que no ayuda para su desarrollo integral.

Como es bien sabido, la familia es parte muy importante pues es una fuente de posibilidades para que ellos logren superar sus vulnerabilidades dentro de su entorno, así como también tener logros importantes que modifiquen su vida de una manera notable.

Para ayudarlos a expresar sus emociones y sentimientos se han implementado diferentes tratamientos tanto conductuales, visuales y farmacológicos, los cuales

integralmente pueden ayudar a que estos niños logren una vida más próspera e independiente.

1.7 TRATAMIENTOS

Como hemos venido hablado, para el autismo no existe una cura como tal, no hay una forma científicamente comprobada en la que nos dé otra opción para este trastorno, pero lo que sí existe, son diferentes tratamientos que son derivados de diferentes posturas teóricas, que se han venido haciendo desde hace más de 70 años, iniciando por Kanner hasta nuestros días.

Con el paso del tiempo se han utilizado diversos métodos terapéuticos para tratar a los niños con autismo, la tendencia es emplear métodos educacionales, dado que el desarrollo estructural de las habilidades es lo mejor que ha funcionado para ellos.

En este capítulo se hablará de los enfoques terapéuticos más adecuados y utilizados tanto en clínicas como de manera individualizada para el mejor manejo de conductas o situaciones específicas del mismo. (Paluszny, 1987)

Cierto número de teorías acerca del autismo giran alrededor del concepto de la causalidad del ambiente, no obstante, en la actualidad muy pocas personas adhieren esta idea, ya que algunos trabajadores de este campo, siguen pensando que el niño autista está en desventaja desde que nace, porque el entorno no satisface sus necesidades especiales.

Bettelheim (citado en Paluszny, 1987) quien considera al autismo como un alejamiento de un mundo rechazante y frustrante hacia una posición de ira. No se trata de que el niño autista no pueda relacionarse con los demás o sea incapaz de lograrlo, sino que más bien en esa fachada de vacío se esconden ira y odio. Este

autor, brinda una terapia, la cual es la del juego, que puede ayudar al niño autista a renunciar a su aislamiento.

Esta orientación es analítica y se basa en la idea de que una vez que se descubra y elaboren los mecanismos básicos del niño, éste podrá relacionarse con su terapeuta de manera normal (mostrar amor y ambivalencia), y entonces habrá una mejoría en todas las demás áreas que se estudien.

Otro autor llamado Ward, considera que el autismo aparece cuando el niño vulnerable de manera innata se encuentra en un ambiente incapaz de satisfacer sus necesidades especiales. Este autor defiende el empleo de la terapia estructural para tales niños, la cual se basa en la orientación centrada en la estimulación del desarrollo de los procesos del yo que son deficientes. En esta terapia, se interrumpe la conducta estereotipada del niño y toda la furia y angustia, que resultan de esta interrupción se dirigen hacia el terapeuta, quien entonces, a través del juego constructivo comienza el reconocimiento de las partes del cuerpo, el desarrollo del lenguaje y otras experiencias nuevas. (Paluszny, 1987)

Generalmente, estos enfoques ponen énfasis en la relación con el terapeuta y, de manera secundaria, en la ayuda brindada al niño autista para que solucione los conflictos intrapsíquicos o en la estimulación del crecimiento en las áreas en el que el desarrollo psíquico se haya detenido o haya sufrido un deterioro.

Estos enfoques han comunicado resultados favorables, pero no han sido probados con eficacia.

Los fármacos se consideran normalmente como auxiliar de otro tipo de terapias, y no como una terapia en sí. Se considera que solo debe usarse si los padres y el neurólogo están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño lo amerita. Este tipo de intervención es bajo control médico adecuado y si el niño estará cuidadosamente supervisado en su hogar y en la escuela, de modo que si

se presenta cualquier tipo de efecto colateral o reacción negativa inesperada o sobredosis, éstas puedan reconocerse de inmediato.

En la actualidad, la modificación de conducta es el enfoque terapéutico principal empleado con los niños autistas. Este tipo de terapia está basada en la teoría del aprendizaje y enfoca las perturbaciones del niño sobre las circunstancias extremas. La causa real de la condición del niño no es tan importante, sino más bien la conducta del niño se observa como respuesta a los estímulos externos.

El tratamiento tiene como objeto no descubrir la razón por la que el niño autista no habla o no juega, sino enseñarle cómo llevar estas funciones. (Paluszny, 1987)

En este método de terapia se siguen varios pasos:

- ⊕ El terapeuta de la conducta debe definir primero los síntomas que se modificarán, ya sea una conducta que debe eliminarse o una conducta que debe incluirse.
- ⊕ Identificar los estímulos que producen esa conducta.
- ⊕ Diseñar un plan de terapias.
- ⊕ Mediante reforzadores positivos y/o negativos, en pasos planeados, el terapeuta debe hacer las respuestas del niño se dirijan hacia la conducta deseada.

Al definir los síntomas que deben modificarse, es necesario establecer prioridades.

La modificación de conducta es por el momento, la base del trabajo terapéutico más importante para los niños autistas. (Paluszny, 1987)

Un autor considerado el padre de la terapia para los niños con autismo, es Ole Ivar Lovaas, psicólogo clínico, nacido en Noruega, fue quien realizó un método llamado análisis de conducta aplicada, ACA o más conocido por sus siglas en inglés es ABA (applied behavior analysis).

Sus objetivos principales de este método es: la implementación del lenguaje y las habilidades básicas del aprendizaje en estos niños, sin dejar de lado la metodología conductista (premio-castigo). (Maurice et al 1996)

El programa ABA se caracteriza principalmente por prestar un servicio mediante trabajo personalizado, integración en escuelas con niños sin ninguna dificultad, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, alta intensidad horaria, manejo de las dificultades en todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su desarrollo y manejo. (Valencia, C)

Según Palacio, J (2007) se han propuesto diversos tratamientos y alternativas con resultados escasos. Por estas características de cronicidad y pobre respuesta a tratamientos, la familia del paciente con autismo se ve inundada de múltiples ofertas.

Ante todas estas posibilidades de combinar las diferentes modalidades y alternativas para el tratamiento del trastorno, lo importante es que a partir de la evaluación inicial y valoraciones subsecuentes, se determine cuál sería la mejor combinación para responder a las necesidades del paciente.

El abordaje del autista es multimodal e incluye diversas modalidades de tratamiento: terapias conductuales y sensoriales; tratamientos psicoeducativos, cognitivos y conductuales; tratamiento para aumentar la comunicación; tratamientos biomédicos. (Palacio, 2007)

De acuerdo con la SSA (2009) existen varios tratamientos diseñados para el autismo, unos con mayor éxito que otros y algunos con poco o nulo resultado, entre los más aceptados y el que mejor resultado ha tenido, es el tratamiento conocido como *Modificación de Conducta* que ésta basado en la comunicación visual por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabras

especialmente para poner al niño bajo control instruccional y centrar su atención o enseñan habilidades por medio de reforzadores y aversivos (premio y castigo).

Martos, J (2005) menciona que el tratamiento del autismo es un intento de desarrollar en el niño habilidades y disminuir las anomalías emocionales y de conducta de que puede acompañarse el trastorno.

El núcleo del tratamiento es siempre el aprendizaje. En este proceso de desarrollar habilidades, deben de estar incluidas pautas de enseñanza y aprendizaje, así como también la intervención de fármacos que permitan la facilitación de adquisición de conocimientos del mundo que le rodea.

Actualmente no podemos curar el autismo (Martos, J 2005), pero el trastorno puede mejorarse en la mayoría de los casos; gracias a los desarrollos terapéuticos de los últimos años puede acceder a formas equilibradas y placenteras, más complejas, más inter subjetivas y abiertas, más flexibles y significativas de la experiencia humana.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Podemos concluir que el trastorno autista presenta manifestaciones importantes las que son: Alteraciones en aspecto social, conductas disruptivas y estereotipadas, además de presentar lenguaje ecolálico y no tener contacto visual con los demás.

Muchas teorías nos hablan de sus posibles orígenes, pero aún no se han encontrado conclusiones definitivas sobre el autismo, estas mismas llevan a generar ciertos tratamientos para ayudar de una manera más propositiva a estos niños.

Los más efectivos actualmente son las que tienen una combinación de fármacos junto con terapias de modificación de conducta, ya que esta conjunción provoca en el niño un equilibrio interno, que le ayuda a interactuar un poco más con su entorno.

CAPÍTULO DOS

Hacia una inclusión educativa en niños con autismo.

“Dime y lo olvido,
enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo”

Benjamín Franklin.

2.1 ANTECEDENTES.

La inclusión educativa o de personas con condiciones de discapacidad o con necesidades educativas especiales está basado en el consenso universal de normalización, el que nos menciona que hay que aceptar a estas personas ofreciéndoles las mismas condiciones que a las demás, lo que a su vez implica considerar el ritmo y las condiciones normales de vida (vivienda, escolarización, libertad de elección) y promueve la “dignidad del riesgo” en vez de la sobreprotección. Con relación a la educación, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 establece que la educación es un derecho humano básico, y el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 lo reafirma: Los Estados reconocen el derecho del niño a la educación en condiciones de igualdad de oportunidades. (Cardoze, 2010)

Durante la última década del siglo pasado, se dieron algunos eventos internacionales que reafirmaban estos derechos como la “Declaración de Educación para Todos” de Jomtiem en 1990, en la que se dice que hay que extender las oportunidades básicas para todos los alumnos, requiriéndose una visión amplia que vaya más allá de los actuales recursos, de las estructuras

institucionales, de los currículum y de los sistemas convencionales de enseñanza, y al mismo tiempo, construir sobre lo mejor de las prácticas actuales. De esto se desprende el concepto de educación para todos.

Fue en la “Declaración de Salamanca” en 1994, que se concluyó que las prestaciones educativas especiales no pueden progresar aisladamente, sino que deben formar parte de una estrategia global de la educación, así como de nuevas políticas sociales y económicas. Se vio la necesidad de un enfoque diferente al tradicional de escuelas separadas para los nichos con necesidades especiales, ya que de esta manera no se pudo ni se podría superar las barreras educativas.

Esta Declaración afirma que las escuelas inclusivas deben adaptarse a los diferentes estilos y ritmos de aprendizaje de los niños, garantizando una enseñanza de calidad mediante un programa de estudios apropiado, una buena organización escolar, una utilización efectiva de los recursos y una relación con sus comunidades. (Cardoze, 2010)

Es en 1993, en donde “*Las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades de las Naciones Unidas*”, en su norma 6, prescribe:

“La igualdad del derecho a la educación de las personas discapacitadas, y también que esa educación debe darse en contextos escolares integrados y en el contexto de la escuela regular”.

Ligado a la inclusión educativa está el concepto de “necesidades educativas especiales que actualmente se define como: *cuando el alumno presenta discapacidad física, psíquica o sensoriales, además de situaciones sociales y culturales desfavorecidas o por carencias del propio sistema escolar. Se considera más apropiado sustituir este término por el de “barreras para el aprendizaje y la participación”* esto hace referencia a todas las dificultades que experimenta el

alumno en su proceso de aprendizaje, en su integración y participación en la vida escolar. (Cardoze, 2010)

2.2 EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRACIÓN EDUCATIVA EN MEXICO.

A lo largo de la historia de México, la integración educativa ha ido modificando a través de facetas. Fue en 1915 cuando se fundó en Guanajuato la primera escuela para niños con deficiencia mental, posteriormente se amplió el servicio y dieron apoyo a todos los niños y jóvenes con alguna necesidad especial. (SEP, 2009)

A fines de los 70's, se creó por decreto presidencial, la Dirección General de Educación Especial, con los objetivos de organizar, dirigir, desarrollar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas.

En los años ochenta los servicios de educación especial se clasificaron en dos: indispensables y complementarios. Los primeros eran los centros de Intervención Temprana, las Escuelas de Educación Especial, en donde se les daba atención a niños que estaban edad preescolar y primaria, manejaban cuatro áreas: Deficiencia mental, Trastornos neuromotores, visión y audición. Estos grupos funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular, aquí también eran aceptados los niños y jóvenes con hipoacusia y deficiencia mental leve.

Los segundos eran centros de Psicopedagógicos, donde se les ofrecía el apoyo a los niños inscritos en educación básica general con dificultades de aprendizaje, lenguaje, aprovechamiento y de conducta, esta modalidad también incluía a la población con capacidades sobresalientes. (SEP, 2009)

Existían otros centros donde se hacía una evaluación y canalización de los niños, estos centros eran llamados Centros de Orientación, Evaluación y Canalización.

A principios de los noventa se desarrollaron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE), los Centros de Atención Psicopedagógica en Educación Preescolar (CAPEP), que dependían de la Dirección General de Educación Preescolar, también estaban organizados en indispensables y complementarios.

En 1993, se impuso una importante reorientación y reorganización de los servicios de la educación especial, en donde se modificaron las concepciones de los servicios y así promover la integración educativa y restaurar los servicios hasta ese momento. Todo esto llevó a cabo, gracias a la suscripción al Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma del artículo 3o constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación.

Los principios de estos cambios fueron, evitar la segregación, la discriminación y la etiquetación que implicaba atender a estos niños con necesidades especiales en dichos servicios. (SEP, 2009)

La reorientación tuvo el punto de partida al reconocimiento del derecho de las personas a la integración social y del derecho a todos tener una educación de calidad que propiciara su desarrollo máximo a sus potencialidades. Este hecho impulsó a la concepción acerca de los servicios de educación especial y de la adaptación del concepto necesidades educativas especiales.

Partiendo de esta concepción, pondremos de manifiesto que después de este concepto de necesidades educativas especiales, se fue modificando hasta lo que es ahora las barreras de aprendizaje.

La integración educativa ayudó a que hace un poco más de diez años se comenzará hablar de la inclusión educativa, que son conceptos que los delimita un

línea muy delgada para ser diferenciados entre sí. Para ello, se empezará con algunas definiciones de la inclusión educativa.

2.3 DEFINICIONES.

La inclusión ha sido definida principalmente por Mel Ainscow y Booth 1998(citado en Sandoval, M et al. 2002) quien se ha dedicado a realizar diferentes estudios al respecto, él la define de la siguiente manera:

“la inclusión es un proceso. La educación inclusiva no es algo que tenga que ver meramente con facilitar el acceso a las escuelas ordinarias a los alumnos que han sido previamente excluidos. No es algo que tenga que ver con terminar con un inaceptable sistema de segregación y con lanzar a todo ese alumnado hacia un sistema ordinario que no ha cambiado. El sistema escolar que conocemos-en términos de factores físicos, aspectos curriculares, expectativas y estilos del profesorado, roles directivos- tendrán que cambiar.

Y ello porque educación inclusiva es participación de todos los niños y jóvenes y remover, para conseguirlo, todas las prácticas excluyentes”.

Estos autores son claros en su conceptualización de lo que es la educación inclusiva, ya que nos dejan entre ver que si se requiere de cambios dentro de las escuelas y sistemas educacionales a nivel mundial, en donde ya no se puede permitir la exclusión para nadie, en donde exista una igualdad y equidad para todo el alumnado de un centro escolar, no importando sus características, ni condiciones físicas.

La inclusión para Narodowski, M (2008) es la siguiente:

“Incluir significa, reunir refuerzos de distintos sectores de la sociedad para brindar una educación sensible a las necesidades específicas de cada

*sector, compensando las desigualdades, facilitándole acceso, la permanencia y el progreso a aquellos que más lo necesiten, desde una lógica de **redistribución**, en un sentido económico y del **reconocimiento**, en un sentido cultural”.*

Para este autor estos conceptos han sido reconocidos en los últimos años por la sociología de la educación como el par conceptual que sintetiza estas dos cuestiones alrededor de la inclusión educativa.

Según Cardoze, D (2010), la inclusión educativa o la educación inclusiva es concebida como un paso previo y necesario para la integración social de todas las personas de una colectividad nacional, y por tanto, como uno de los fundamentos de una sociedad democrática cuyo principio básico es que todas las personas desde su niñez, cuenten con las condiciones adecuadas para que su vida se desarrolle normalmente y con las mismas oportunidades, o en todo caso, similares, la cual incluye una educación que le facilite su capacidad productiva y su integración social plena.

Nos da a entender esta autora, que todo ser humano tiene el derecho a desarrollar sus habilidades dentro de un contexto “normal”, no importando sus condiciones físicas, sociales, étnicas, etc. Para que pueda convivir con su entorno y sobretodo tener las mismas oportunidades que los demás y así tener una vida plena y satisfecha.

2.4 DIFERENCIAS ENTRE LA INCLUSIÓN E INTEGRACIÓN EDUCATIVA.

El movimiento de la inclusión ha surgido con fuerza en los últimos años para hacer frente a los altos índices de exclusión y discriminación y a las desigualdades educativas presentes en la mayoría de los sistemas educativos del mundo. (Blanco, R 2006)

En muchos países existe cierta confusión con el concepto de inclusión o educación inclusiva, ya que se está utilizando como sinónimos de integración de niños con discapacidad u otras necesidades educativas especiales, a la escuela común. Se está asimilando el movimiento de inclusión con el de integración y son conceptos diferentes, con una visión y focos distintos. (Blanco, R 2006).

Aquí se les presentará una visión un poco más clara de estas diferencias, que pone de manifiesto en que la integración está ligada al colectivo de los alumnos con necesidades educativas especiales, y aspira a hacer efectivo el derecho de estas personas a educarse en las escuelas comunes, como cualquier ciudadano, recibiendo las ayudas necesarias para facilitar su proceso educativo y su autonomía.

En cambio, el movimiento de inclusión, representa un impulso fundamental para avanzar hacia la educación para todos, porque aspira a hacer efectivo para toda la población el derecho a una educación de calidad.

La inclusión está relacionada con el acceso, la participación y logros de todos los alumnos, con especial énfasis en aquellos que están en riesgo a ser excluidos o marginados, por diferentes razones, desde esta perspectiva, la inclusión es una política del ministerio de educación en su conjunto y no de las divisiones de educación especial. (Blanco, 2006)

Para Barrio, J, 2009 es importante que se haga la diferencia entre los dos modelos de integración educativa y la propuesta de inclusión educativa, ya que en ambos existen ciertas similitudes en algunos aspectos. Oliver (1996 en Barrio. 2009) distingue claramente estas diferencias en la siguiente tabla.

INTEGRACIÓN	INCLUSION
Estado: lo que importa es dónde reciben los niños la educación.	Proceso: lo que importa es el proceso de cambio de las escuelas, el currículo, las organizaciones, las actitudes, etc. Para reducir las dificultades en el aprendizaje y la participación experimentada por los alumnos.
No-problemático: los asuntos relativos a la integración no son problemáticos y no son cuestionados.	Problemático: la inclusión plantea cuestiones fundamentales sobre la educación, en una sociedad desigual (injusta) y como debe proporcionarse dicha educación.
Los profesionales educativos adquieren “habilidades especiales”: la integración es solo un problema de extender las habilidades de los profesionales hacia la práctica.	Los profesionales educativos adquieren compromiso: la inclusión comienza con el compromiso de desarrollar servicios completamente accesibles.
Aceptación y tolerancia de los niños con discapacidad: la integración se basa en la aceptación y tolerancia de la discapacidad como una tragedia personal y como anormalidad.	Aceptación de todos los alumnos valorando sus diferencias.
La integración puede ser propiciada, es conducida por profesionales.	La inclusión supone lucha, conflicto: la inclusión se consigue con la negociación.

Tabla No.1 Diferencias significativas entre el concepto.

La integración se basa en la normalización de la vida de los alumnos con necesidades educativas especiales, además de ofrecer posibilidades de que el alumno desarrolle habilidades y sea capaz de tener sus propias aptitudes y características. (Barrio, 2009)

En cambio la inclusión educativa, se presenta como un derecho humano, por lo que es tratado como un objetivo prioritario en todos los niveles, en todos los alumnos y en todas las personas. La heterogeneidad es entendida como normal y está basada como un modelo socio comunitario, en donde el centro escolar y la comunidad participan para el mejoramiento de la calidad de educación.

2.5 MODELO DE LA INCLUSIÓN EDUCATIVA.

Algunos estudios revisados por Sandoval et al. (2002) el modelo “social o socio-crítico” fue expuesto por Booth y Ainscow, para entender su pensamiento y sus propuestas educativas respecto a la comprensión de los fenómenos de marginación o desventaja.

Ese modelo nos habla de las “barreras de aprendizaje y la participación” y de su concepto de lo que es la educación inclusiva.

Para estos autores Booth y Ainscow la concepción de la inclusión educativa o la educación inclusiva es la siguiente:

“El uso del concepto de ‘barreras de aprendizaje y de la participación’, para definir las dificultades que el alumnado encuentra, en vez, del término ‘necesidades educativas especiales’, implica un modelo social respecto de las dificultades de aprendizaje y a la discapacidad. De acuerdo con el modelo social, las barreras al aprendizaje y a la participación aparecen a través de una interacción entre los estudiantes y sus contextos; la gente, las políticas, las instituciones, las culturas y las circunstancias sociales y económicas que afectan sus vidas.

Consecuentemente, la inclusión implica identificar y minimizar las barreras para el aprendizaje y la participación y maximizar los recursos que apoyen a ambos.

Las barreras, al igual que los recursos para reducirlas, se pueden encontrar en todos los aspectos y estructuras del sistema: dentro de los centros educativos, en la comunidad, en las políticas locales y nacionales. Las barreras pueden impedir el acceso al centro educativo o limitar la participación dentro de él...” (Sandoval et al. 2002)

Este modelo nos hace pensar sobre la nueva concepción referente a lo que con anterioridad eran las llamadas necesidades educativas especiales, y lo que ahora son las barreras al aprendizaje y la participación, consideramos que es un término más humano, sin utilizar calificativos, es una manera en la cual nos podremos dirigir a todas esas personas que padecen alguna situación de diferencia física o mental. Las barreras, consideramos que pueden ser eliminadas siempre y cuando los demás estén conscientes de la realidad en que vivimos. Aquellas personas con alguna dificultad o discapacidad, podrán desarrollar sus habilidades si son eliminadas estas barreras y puedan participar dentro del entorno en el que conviven.

2.6 ESCUELAS INCLUSIVAS.

Uno de los principios que sustenta el enfoque inclusivo de la escuela Castaño, A (2007) se basa en la valoración de la diversidad como elemento enriquecedor de los procesos de enseñanza-aprendizaje y como consecuencia, un favorecedor del desarrollo humano.

Una de las características del ser humano, es que todos los individuos somos diferentes unos de otros y estas características no son constituyen excepciones.

El centro educativo no debe obviarlas y actuar como si los alumnos aprendieran de igual forma, bajo las mismas condiciones, ritmos y profundidad. Castaño (2007) considera que se debe desarrollar nuevas alternativas de enseñanza que tome en cuenta la diversidad de características y necesidades que presentan los alumnos, llevando a la práctica los principios de una educación para todos y con todos

La escuela tiene un papel fundamental en evitar que las diferencias de origen de los alumnos se conviertan en desigualdades educativas, y por esa vía de nuevo

en desigualdades sociales (Blanco, R. 2006). Esta autora menciona algo que consideramos importante, la escuela no es ni mucho menos el único medio para acceder al conocimiento, pero es la instancia en donde se puede asegurar una distribución equitativa del mismo si se dan ciertas condiciones.

Desde la perspectiva de la inclusión tiene que haber un equilibrio entre el aprendizaje y la participación.

En Barrios (2009) La escuela inclusiva se empeña en la construcción de proyecto común, es un proceso de reorganización interna de la escuela, un incremento de la participación de los docentes y de la sociedad en general.

Otro de los contextos que se marcan de una manera muy precisa, es de que los docentes en general estén preparados para enseñar en una diversidad de aprendizaje; esto por un lado y por otro, se debe tener en cuenta que la escuela es un espacio homogéneo en cuanto a acciones y sujetos en donde el profesor va construyendo una identidad profesional en una supuesta normalidad que distan de la escuela a lo que en realidad se verá enfrentado, produciéndose una serie de problemáticas que no es capaz de resolver mientras ya está dentro del ejercicio. (Infante, M. 2010)

2.7 PANORAMA GENERAL DE LA INCLUSIÓN EN MÉXICO

Para finalizar este capítulo, hablaremos de una manera muy general de la forma en que se ha llevado la inclusión educativa en México desde que se inició a utilizar este término.

Con respecto a este tema, la inclusión en sí aún está creciendo paulatinamente dentro de nuestro país, desafortunadamente no existe mucho interés por parte del gobierno federal respecto a este tema, ya que desde el punto de vista económico,

es un “gasto” brindar apoyo a las personas con barreras al aprendizaje y participación.

Hablando en este contexto, en donde tienen primero que invertir más el gobierno federal es la educación básica y así se lograría tener mayor conciencia respecto a la inclusión no solo educativa sino social.

A través de los años, en México, se ha venido trabajando paulatinamente como ya lo observamos en un apartado anterior, desde la integración en el país, que abrieron escuelas especiales, se creó la Dirección General de Educación Especial, en donde en su momento le dieron lugar a esta población, que en cierta forma estaba abandonada y se les brindo un espacio para desarrollar todas sus habilidades y conocimientos, para así llegar a formar parte con mayor seguridad en el entorno de su vida cotidiana.

Actualmente, en México, los dos principales problemas que enfrenta son la calidad y la equidad. Se considera, por un lado, que existe insatisfacción general con los logros educativos, pues no se ha logrado que los niños dominen la lengua española si son de alguna zona rural del país y tampoco se ha logrado darles los elementos necesarios para que continúen aprendiendo en la vida, en la escuela o donde quiera que estén (Alcántara, A., 2007).

El segundo gran problema de la educación básica es la equidad, puesto que la población vive una terrible desigualdad, y todavía la educación que se ofrece a los mexicanos es sumamente desigual, muy fragmentada para los diferentes grupos sociales de las zonas rurales, urbanas y para las personas con barreras al aprendizaje y participación.

Como anteriormente se decía, el docente dentro de sus aulas aún no está preparado para tener alumnos con ciertas barreras al aprendizaje y participación,

ya que no se le da las herramientas para atender este tipo de situaciones dentro del entorno educativo.

Por lo tanto, estas desigualdades y fragmentaciones, que desafortunadamente aún existen dentro de la educación, no ayudan para que exista en México una inclusión educativa como tal, como en muchos países del mundo ya se está desarrollando, pues a través de la educación básica, se forman los ciudadanos que el país se requiere para ser más equitativos y conscientes de que existen diferencias no solo de pensamientos, de habitus o físicas, sino también de criterios propios de cada individuo.

Como comentario final, cabría agregar que para que en México pueda existir una educación de calidad para todos se requiere de una reorientación de las funciones y características de las escuela regular, pero fundamentalmente, de un cambio de valoración de los docentes y dirigentes respecto a los conceptos de mejora escolar e inclusión, así como también sus implicaciones a nivel personal, social y nacional.

En la medida que las personas aceptemos las diferencias y aprendamos a vivir y a nutrirnos con ellas enriqueciéndonos, se conseguirán avances en todos los niveles sociales, económicos y políticos.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Durante la investigación se pudo concluir que la inclusión educativa está ligada a los derechos humanos de todos los niños, principalmente a los que presentan una barrera de aprendizaje y participación o diferencia.

De esta manera se podrá evitar la segregación, la discriminación y la etiquetación de cualquiera de estos niños.

Con estos cambios se podrá lograr una sociedad más sensible a las diferencias de cada ser humano con las cuales también aprenderán a convivir.

Falta mucho camino por recorrer para lograr una real inclusión no solo a nivel educativo sino también a nivel social.

Solo teniendo la consciencia de estas barreras o diferencias se podrá llevar a cabo, evitando que solamente se haga una integración.

CAPÍTULO TRES.

Modelo Montessori una alternativa de aprendizaje.

“Siempre que bebas agua,
recuerda la fuente”.
Proverbio japonés.

3.1 ANTECEDENTES.

María Montessori nace el 31 de Agosto de 1870, en Chiaravalle, Italia.

Estudió ingeniería a los 14 años, luego estudió biología y por último fue aceptada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Roma "La Sapienza". A pesar de que su padre se opuso al principio, se graduó en 1896 como la primera mujer médico en Italia. (Merino, M 2008)

Fue miembro de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Roma. Más tarde, estudió antropología y obtuvo un doctorado en filosofía, época en la que asistió a uno de los primeros cursos de psicología experimental. Es contemporánea de Freud y desarrolló su propia clasificación de enfermedades mentales.

En 1896 asiste a un congreso en Berlín y en 1900 en Londres, en ambos habla sobre la importancia de la mujer y profesión, es en ese último donde conoce las obras de Seguin sobre pedagogía.

Durante su práctica médica, sus observaciones clínicas la condujeron a analizar cómo los niños aprenden y a partir de ese tiempo comienza sus estudios en pedagogía, psicología experimental y antropología.

Montessori una constante investigadora, dicta varias formas sobre los métodos educativos para niños afectados mentalmente como ella los denominaba. (Claudia, R y Campos,O, 2003)

Su primera “Casa de Bambini” en español “Casa de Niños”, fue inaugurada en 1907, era la primera casa hogar en el barrio de San Lorenzo.

Dicha casa se convierte en el origen del método educativo Montessori, el cual comienza a ser puesto en práctica en este mismo lugar.

En 1909, dicta su primer curso de formación profesional en la “cita al cristella”. En 1911 deja la consulta médica y se dedica de lleno a todo que es la pedagogía.

Alexandre Graham Bell y su esposa Mabel inauguran la Asociación Educativa Montessori ya que a ellos les gustaba el método que propuso.

En 1915 capta la atención de todo el mundo con su trabajo realizado en “la casa de cristal”, en San Francisco.

En 1917 el gobierno español la invita a inaugurar un instituto de investigación. En 1919 comienza una serie de cursos de aprendizaje a los profesores en Londres. (Merino, M, 2008)

En 1922 fue nombrada inspectora de las escuelas en Italia.

Durante el régimen de Benito Mussolini, Montessori, acusó públicamente la doctrina fascista de “formar a la juventud según sus modales brutales”, es por ello que abandona su tierra y en 1933 se establece en Barcelona, España.

Es rescatada durante un viaje hacia Barcelona por un buque británico en 1936, durante la guerra civil española.

En 1938 en los países bajos, inaugura el “training Center en Laren”.

Cuando la India se incorpora a la Segunda Guerra Mundial en 1940, María Montessori y su hijo, Mario Montessori, se internan como extranjeros enemigos, pero no se les permite impartir cursos de aprendizaje, fue sino hasta después que pudieron fundar el Centro Montessori en Londres (1947).

Por estas fechas la denominan para el premio nobel en tres ocasiones:
1949, 1950 y 1951.

En este último año decide retirarse de la vida de conferencista. Tras catorce años de exilio, regresó a Italia para reorganizar las escuelas e ingresar como docente en la Universidad de Roma.

Comenzó su tarea en una de las comunidades más pobres de Roma, donde su propósito siempre fue mejorar la sociedad, partiendo del estrato más bajo del pueblo.

María Montessori fallece en 1952, en Noordwijk (Holanda) tras aportar al mundo de la pedagogía un nuevo método y el material didáctico que hasta hoy es de gran ayuda en la formación de los niños en edades preescolar y primaria. (Merino, M, 2008)

3.2 FILOSOFIA DE MONTESSORI.

La filosofía de María Montessori, es que los niños son como unas “esponjas” pues absorben toda la información que les rodea.

Ella consideraba que el amor, la aceptación entre todos los niños y la guía como apoyo dentro del ambiente era la mejor educación.

Parte de su filosofía está basada en educar con amor y educar para la paz. Estos dos conceptos son importantes, ella siempre creyó que la infancia es la impulsora para ser una nueva generación de seres humanos.

A través de la observación, los niños alcanzan la conciencia de su entorno y de la naturaleza dentro de su vida cotidiana.

Reconoció que los niños, con el simple hecho de estar en contacto con su mundo, ellos pueden ir adquiriendo habilidades, desarrollando su inteligencia de una forma gradual en cada niño e ir resolviendo sus problemas de manera independiente.

Ella creó este modelo con la finalidad de dar un enfoque novedoso al modo de enseñanza a nivel mundial.

Con todos los materiales que se utilizan pudo dar una nueva visión para el aprendizaje de los niños en su ambiente. Observó que funcionaban no solo con niños con barreras de aprendizaje y participación, sino en general.

El desarrollo de los niños fue independiente, y así se ha seguido llevando desde que se inició.

Para Montessori, crear en los niños independencia, amor y sobretodo una conciencia de observación de su entorno, era su meta, pues de esta manera tendrían la oportunidad de resolver cualquier cosa en su vida e incluso hacerle frente a una guerra.

Las ideas de esta mujer, consideramos que no son del todo ilógicas, pues si llevamos todo esto a nivel psicológico, todo ser humano necesita esta resolución de problemas para lograr y alcanzar un equilibrio en su vida emocional, tener la capacidad de la resiliencia ante cualquier circunstancia.

Este modelo permite que cualquier niño vaya adquiriendo el aprendizaje no solo educativo sino también a nivel personal, ya que ayuda a que sea libre y responsable de sus actos.

A nivel educativo, el niño es capaz de desarrollar su inteligencia y sus aptitudes a su paso, creando en ellos cierta sensibilidad a lo que les rodea.

Con estas características, el estudiante adquiere la capacidad de observación, lo cual es un paso del método científico, en lo que está basado este método de enseñanza.

3.3 TEORIA DE LA EDUCACIÓN DE MARÍA MONTESSORI.

María Montessori (Moreno, M, 2004) desarrolló una nueva teoría de la educación basándose en los estudios que realizó con mentores de la talla de Rousseau, Pestalozzi y Fröebel, quienes habían estudiado y subrayado el rico potencial innato del niño y en la capacidad que demostraba para desenvolverse en contacto con un medio definido por la libertad y el afecto.

Montessori no sólo veía la infancia como un determinante esencial en el desarrollo del hombre sino que la consideraba como “el otro polo de la humanidad”.

Consideraba que el adulto dependía del niño tanto como éste dependía del adulto.

Montessori concluyó que para explicar la autoconstrucción del niño, debía poseer dentro de sí, antes de nacer, un patrón para desenvolverse psíquicamente. Este

patrón es descubierto únicamente mediante el proceso de desarrollo que requiere dos condiciones:

- a) Relación integral con el medio ambiente y
- b) Libertad.

Si una de estas condiciones no es satisfecha, la vida psíquica del infante no logrará su desarrollo potencial, y su personalidad quedaría atrofiada. Montessori resolvió que la educación debe iniciarse desde el nacimiento del niño. (Moreno, M 2004)

El pleno desarrollo del niño es una meta final y única en la vida, y tratará de lograrla de manera espontánea a través de la comprensión de un medio ambiente.

El niño deberá desarrollar sus propios poderes para reaccionar ante la vida, al contrario que las demás criaturas, este no hereda modelos ya establecidos de comportamiento.

No obstante, se le han dado las *sensibilidades creativas* especiales para ayudarle a realizar esa tarea difícil. Estas le permitirán al niño escoger dentro de su medio confuso aquellas que le sean necesarias para su desarrollo y crecimiento.

María Montessori identificó dos etapas de esas ayudas internas que acabamos de mencionar: los períodos sensibles y la mente absorbente, que dan paso a los que serían sus principios básicos de este modelo o método.

3.4 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL METODO MONTESSORI.

El modelo Montessori reconoce cuatro principios básicos: a) *mente absorbente*, el niño manifiesta una sensibilidad para observar y absorber todo lo que se le presenta en su ambiente cotidiano, b) *periodos sensibles*, en el que el niño exhibe

capacidades inusuales en adquirir habilidades particulares y manifiesta interés espontáneo hacia determinada actividad, c) *ambiente preparado*, que se organiza cuidadosamente para el niño, a fin de ayudarlo a aprender y a crecer, y d) *la actitud de la guía*, el cual es la articulación entre el niño y el ambiente, su papel es de señalar directrices a fin de despertar en el niño su creatividad, independencia e imaginación, generar en él autodisciplina y cortesía, guiarlo para que aprenda a observar, a cuestionarse, a investigar y experimentar sus ideas de forma independiente (Jaik, A. et al, 2008).

Para María Montessori (Merino, M 2008) la **mente absorbente** es la parte en donde el niño comienza a tener mayor sensibilidad para observar y para absorber todo de su medio inmediato. Esta es la capacidad única en cada niño de tomar su ambiente y aprender a cómo adaptarse a la vida. Durante estos años, las sensibilidades del niño conducen a una vinculación con el ambiente. Un amor para el ambiente se absorbe en la mente del niño. La capacidad del niño de adaptarse a sí mismo al ambiente depende del éxito de las impresiones que este tenga respecto al entorno. Si eran sanas y positivas, el niño se adaptará de una manera sana y positiva.

Los **periodos sensibles**, estos fueron llamados así por los periodos de la edad en que el niño demuestra capacidades inusuales para adquirir habilidades particulares, ya que es cuando atrae su interés a una parte específica de su ambiente. Ayuda a estas sensibilidades que el niño desarrolla normalmente y adquiere las características necesarias para su desarrollo en un adulto.

Ejemplo: el lenguaje, en los primeros años, entre el uno y los tres años. Sentido del orden, entre los dos y tres años. El periodo sensible de la escritura, entre los tres y cuatro años. Para la sensibilidad a la palabra que conduce a la lectura de los números, entre cuatro y cinco años. (Merino, M 2008)

Los periodos sensibles para el niño varían individualmente y son aproximados, pero por todos pasan y nunca regresan. En la escuela media, las habilidades básicas se enseñan en gran parte después de que sus periodos sensibles se hayan pasado.

El **ambiente preparado** es un ambiente que se ha organizado cuidadosamente para el niño, para ayudarlo a aprender y a crecer. El ambiente está formado por dos factores *el entorno* y *el material*, preparado de tal manera se desenvuelvan en él las partes social, emocional, intelectual, la comprobación y necesidades morales de un niño, pero también para que satisfaga la necesidad del niño en el orden y la seguridad, con el conocimiento de que todo tiene su lugar apropiado.

María Montessori comprobó que preparando el medio ambiente del niño con los materiales necesarios para su periodo de desarrollo en todas las áreas posibles y dejándole escoger su material de trabajo, abriría el camino para un desarrollo completo de su ser, “Libertad de elección en un medio ambiente preparado”.

Las **actitudes del adulto** es el acoplamiento entre el niño y el ambiente preparado, y su meta es ayudar al niño a ayudarse. Dejándolo saber que es él quien debe amarse y respetarse, el adulto ayuda al niño a construir la confianza en uno mismo. (Merino, M 2008).

El niño debe estar libre, moverse y experimentar en el ambiente; el papel del adulto es únicamente señalar directrices. Las guías tienen un papel fundamental ya que deben transmitir conocimientos y formar a los alumnos.

Dichas guías deben:

- ⊕ Despertar en el niño independencia e imaginación durante su desarrollo.
- ⊕ Generar en él autodisciplina, bondad y cortesía.

- ⊕ Guiar al niño para que este aprenda a observar, a cuestionarse y a explorar sus ideas de forma independiente, motivando su interés por la cultura y las ciencias.

3.5 EL METODO MONTESSORI.

El método Montessori dentro de la pedagogía es denominado como el método de la pedagogía científica, pues está basado en la observación objetiva del niño y la experimentación para la educación de éste y como premisas del trabajo de los docentes (Narváez, E., 2006).

Dentro de esta metodología resaltan tres principios:

- ⊕ A partir de una posición vitalista, se asume la libertad como necesidad de expansión de vida, y no como necesidad de adaptación social,
- ⊕ Se concibe que la libertad se presenta dentro de la actividad,
- ⊕ El respeto de la individualidad, pues se considera que no se puede ser libre sin tener una personalidad propia, sin la afirmación del carácter individual.

Montessori basó sus ideas (Claudia, R y Campos, O 2003) en el respeto hacia los niños y su capacidad de aprender, de igual forma, es ayudar al niño a alcanzar su potencial como ser humano, a través de los sentidos, en un ambiente preparado y utilizando la observación científica.

“La meta de la educación debe ser cultivar el deseo natural para aprender” para María Montessori esta parte es fundamental pues dentro de lo que es su método por lo general los grados que manejan son varios y con diversidad de edades. Los niños más grandes ayudan a los pequeños, los cuales a su vez retroalimentan a los mayores con conceptos ya olvidados.

Cada parte del equipo, cada ejercicio, cada método desarrollado, se basó en sus observaciones de lo que los niños hacían “naturalmente” por sí mismos, sin ayuda de los adultos.

Este método de educación es mucho más que el uso de materiales especializados, es la capacidad del educador de amar y respetar al niño como persona y ser sensible a sus necesidades.

El educador ejerce una figura de guía, que potencia o propone desafíos, cambios y/o novedades.

El ambiente Montessori (Claudia, R y Campos, O 2003) no incita a la competencia entre compañeros, al contrario se motiva el respeto y la valoración de los logros alcanzados por cada alumno en su momento y ritmo oportuno.

El silencio y la movilidad son elementos indispensables en esta metodología. Los niños pueden mover sus mesas, juntarlas o separarlas según la actividad, todo el mobiliario es adecuado al tamaño del niño, siendo sus manos las mejores herramientas de exploración, descubrimiento y de construcción de dichos aprendizajes.

El error, equivocación o falta, son considerados como parte del aprendizaje, es por ello que es valorado e integrado como etapa de proceso, lo cual motiva al niño a realizar una auto-evaluación.

Otros aspectos igualmente importantes dentro de esta metodología son: el orden, la concentración, el respeto por los otros y por sí mismo, la autonomía, la independencia, la iniciativa, la capacidad de elegir, el desarrollo de la voluntad y la autodisciplina. (Claudia, R y Campos, O 2003)

El método está inspirado en el humano integral, que postula la formación de los seres humanos como personas únicas y plenamente capacitadas para actuar con libertad, inteligencia y dignidad. Este modelo está considerado como una educación para la vida, que se sirve de lo siguiente para lograrlo:

- ⊕ Ayuda al desarrollo natural del Ser Humano
- ⊕ Estimula al niño en la formación de carácter y personalidad, brindándole respeto y seguridad.
- ⊕ Favorecer la responsabilidad, la autodisciplina, la independencia, libertad, esta última entendida en el aspecto de actividad, de ser y de pertenecer, para escoger, de instruir, y desarrollar el propio autocontrol.
- ⊕ Capacidad de participación.
- ⊕ Guía al niño en su formación espiritual e intelectual.
- ⊕ Reconoce que el niño se construye a sí mismo.

Con estos rubros nos podemos dar cuenta de que el método Montessori bien llevado, logra en el niño su autonomía, y como se mencionó con anterioridad comienza a tener resiliencia frente a sus dificultades, pues desarrolla la capacidad para solucionarlos de una manera más asertiva.

3.6 PLAN DE ESTUDIOS.

El método de educación Montessori se puede dividir en cuatro amplias áreas:

Vida práctica: Está considerada la parte más importante del ambiente, ya que ayuda al niño a desarrollar coordinación, concentración, independencia, orden y disciplina. Abarca los ejercicios para la relación social, la tolerancia y la cortesía, el perfecto control y refinamiento.

Educación Sensorial: Se refiere al desarrollo y el refinamiento de los cinco sentidos: vista, olfato, gusto, tacto y sonido. El propósito de los ejercicios es educar los sentidos, así el niño podrá discriminar y aprender cosas sobre el ambiente.

Habilidades de la Lengua, Lectura y Escritura: el primer paso a la lectura y la escritura es sensorial. Los niños utilizan su dedo índice para conocer sensorialmente cada letra a través del uso de letras contorneadas con papel de lija. Esto les ayuda a reconocer las formas geométricas y al mismo tiempo desarrollar destreza. Aprender las letras fonéticamente y sustituir el dedo por un lápiz más adelante, escribir.

El aprendizaje de la lectura y la escritura se logra en el niño de forma natural. Al convivir e intercambiar experiencias con compañeros mayores que ya leer y escriben, esto proporciona al niño el deseo de hacer lo mismo.

Matemáticas, Introducción a los números: una vez más la introducción a los números y a las matemáticas es sensorial. El niño aprende asociar los números a las cantidades, trasladándose gradualmente a formas más abstractas de representación,

La educación temprana del sentido ayuda al niño poner la base para la lectura y el aprendizaje de las matemáticas. Las actividades desarrolladas con los materiales sensoriales ayudan a que el niño pase de lo concreto a lo abstracto y le ayude a discriminar tamaños, formas, colores, pesos entre otros.

Con todos estos materiales Montessori dejó en claro que el niño tiene la capacidad de desarrollar grandes cosas, siempre y cuando éste encuentre dentro de su entorno un ambiente de amor y aceptación ante sus propios logros y dificultades que le permitan lograr esa autonomía y conciencia de lo que él mismo es y representa ante su mundo.

Ya para terminar este capítulo quisiéramos concluirlo con una frase de Montessori que abarca todo lo expuesto con anterioridad,

“Nadie puede ser libre a menos que sea independiente, por lo tanto, las primeras manifestaciones activas de libertad individual del niño son guiadas de tal manera que a través de esa actividad el niño pueda estar en condiciones para llegar a la independencia”. María Montessori

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

María Montessori, logra ser la primer mujer médico en su país, Italia. Estudia diferentes carreras a parte de medicina. Mientras ejerce la medicina, le ofrecen el cuidado de unos niños con deficiencia, es ahí, donde ella los observa y se dá cuenta de que ellos también pueden lograr muchas cosas.

Conoce a varios pedagogos que la ayudan con sus filosofías a crear un modelo educativo diferente, pues ella no estaba de acuerdo con el tipo de enseñanza de su tiempo. Es así como surge su idea de hacer algo diferente para la educación.

Conforme ella fue dándose a conocer mundialmente, sus ideas fueron ya para todos los niños.

Este modelo está basado en el amor y el respeto entre los individuos. Es una educación para la paz.

Los materiales utilizados en este modelo tienen la finalidad de que el desarrollo del niño sea independiente y que logre una consciencia de lo que es él mismo, para que así, conforme crezca pueda ayudar a los demás.

Es un sistema poco ortodoxo, es más bien libre, pues los niños desarrollan sus etapas a su tiempo. Su aprendizaje va al ritmo del niño y no del profesor, en este caso se le llaman guías, que son las que acompañan a los niños en su aprendizaje.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

“Lo que se entiende por naturaleza humana, es como máximo una décima parte de naturaleza, y los otros nueve décimos son educación.” Russell

El trastorno autista se caracteriza principalmente por el aislamiento del niño hacia el entorno, la falta de contacto visual es una de sus principales particularidades, además de sus conductas estereotipadas y ritualistas.

Según la Secretaria de Salud, 1 de cada 500 nacimientos existe un niño con autismo, estas cifras son para considerar, ya que la estadística respecto al trastorno es elevada y esto es significativo para que se realice una respuesta a esta necesidad.

La siguiente propuesta tiene como finalidad sensibilizar a los docentes de cualquier centro educativo Montessori, así como también de escuelas tradicionales, respecto al tema del autismo, que como se ha observado con frecuencia, los niños autistas necesitan un cuidado y lineamientos especiales para poder ser incluidos dentro del sistema educativo en general.

Es importante para los docentes tener mayor información y conocimiento respecto al autismo y la inclusión educativa, para lograr de esta manera el apoyo que requieren los niños autistas en esta parte de su desarrollo.

Por tal motivo, se considera fundamental el desarrollo de un taller que tendrá una duración de 8 sesiones de dos horas cada una; las cuales serán impartidas semanalmente hasta concluir con el tiempo determinado. Tanto al inicio como al

final de dicho taller, se les presentará a los participantes un pre-test y un post-test, en donde analizaremos sus conocimientos antes y después de haber asistido.

Consideramos importantes estos temas, pues la inclusión educativa en niños autistas es muy difícil, ya que estos niños requieren de un programa personalizado, el cual puede ser incorporado al sistema educativo Montessori y así logran avances tanto en lo cognitivo como en la parte de la socialización.

Haciendo referencia a la inclusión educativa cabe mencionar que van de la mano ante cualquier trastorno o síndrome que puedan presentar los niños, pues es aquí en donde se marca un respeto ante esas diferencias humanas a las que todos estamos expuestos a vivir.

Los docentes, en este caso, podrán exponer sus dudas respecto a los temas de autismo, inclusión educativa y modelo Montessori, así como también saldrán beneficiados con respecto a sus conocimientos ya obtenidos dentro del taller, o reforzar sus aprendizajes anteriores respecto a los temas aquí tratados.

Lo que pretende llevarse a cabo con este taller, es que se logre una sensibilización a través de dinámicas vivenciales, en donde los docentes podrán alcanzar la empatía que requieren para desarrollar de manera óptima su trabajo dentro del aula y no les sea un desconcierto al momento que en su salón de clase se incluya a un niño autista, de tal modo, puedan brindar un mejor apoyo para su educación a nivel escolar, además de ayudarlo a sociabilizar dentro del entorno escolar.

A nivel psicológico, el taller pretender dar una concepción básica y algunas herramientas de los temas tratados, para el conocimiento general de los interesados. Además de contribuir para la difusión adecuada sobre los temas tratados en este proyecto a nivel educativo.

Ya que en realidad, los niños autistas requieren de una ayuda personalizada en donde se les puedan brindar mejores herramientas para su aprendizaje y autocontrol dentro de cualquier entorno, pero se maneja aquí principalmente su

asistencia escolar, pues es ahí donde adquiere esta socialización necesaria para su desarrollo integral e independencia.

El beneficio que se obtendrá es que todas las personas que estén presentes en el taller, tendrán la oportunidad de vivenciar y experimentar, algunas de las situaciones que llegan a tener e incluso a sentir estos niños, además de que los conocimientos teóricos adquiridos serán de gran utilidad para su mejor entendimiento.

Cualquier persona que se encuentre interesada en los temas, como psicólogos, docentes o padres de familia, podrán encontrar buenos elementos de información, lo cual les permitirá crear su propio criterio respecto a los temas aquí expuestos.

Los beneficios personales que se obtendrán son la satisfacción de brindar a los presentes una visión tal vez diferente a la que tenían antes de comenzar el taller, así como también, el bienestar de poder exponer con mucha conciencia los temas, ya que se han venido trabajando en ellos desde hace un poco más de cuatro años, lo cual hace que los conocimientos se enriquezcan y exista una retroalimentación entre los participantes y el instructor.

El poder dar parte de la experiencia adquirida a los demás es un gran logro porque, como es bien sabido, no existe mucha difusión respecto a los temas aquí tratados, si hay mucha información, pero no se comparte debidamente a toda la sociedad mexicana, y mucho menos a los que están directamente dentro de las aulas de clases.

El hecho de poner una semilla en este terreno fértil que en algún momento germinará para ayudar de manera más consciente a todos los niños autistas, servirá para que puedan desarrollarse dentro de un mundo hostil, donde aún no hay una visión clara de estas, y que existen en todo ser humano, algunas no visibles y otras expuestas.

A continuación expondremos el plan del taller:

OBJETIVO GENERAL.

Sensibilizar e informar a los docentes sobre el autismo haciendo referencia a las características y tratamientos entre otros, así como también conocerán de manera sencilla la inclusión educativa y el modelo Montessori que facilitará su práctica educativa.

POBLACION: Personal docente de escuelas primarias Montessori y tradicionales.

MATERIALES: Laptop, cañón, sillas, mesas, bocinas para la computadora.

ESCENARIO: Salón amplio, iluminado, ventilado y equipado.

PONENTE: Psicólogos, pedagogos.

DURACIÓN: 16hrs.

EVALUACIÓN: Pre test y post test.

NUMERO DE ASISTENTES: 15 a 20 personas.

SESION	DURACION	TEMA	OBJETIVO	DINAMICA
1	2hrs	¿Qué es el autismo? Antecedentes. Definiciones.	El participante reconocerá e identificará las conductas del trastorno autista	Presentación del instructor. Aplicación del pre-test. Conocerse en tríos.
2	2hrs	Características. Epidemiología. Posturas teóricas.	El participante reconocerá e identificará las características, la epidemiología y las diferentes posturas teóricas sobre el autismo	Revisión y discusión de textos sobre el tema.
3	2hrs	Efectos psicológicos. Tratamientos.	El participante reconocerá e identificará de una manera vivencial los efectos psicológicos y conocerá los tratamientos del trastorno autista.	Activación cerebral en video. Película: Temple Grandin.
4	2hrs	La integración educativa en México. ¿Qué es la inclusión educativa?	Los participantes analizarán qué es la integración y lo reconocerán en su persona.	Activación cerebral en video. Película: Mentes peligrosas.
5	2hrs	¿Cuáles son las diferencias entre la integración y la inclusión educativa? Los modelos de inclusión.	Los participantes analizarán la importancia de la inclusión educativa y el porqué es importante incluir a los niños autistas a un sistema educativo.	Activación cerebral en video. Discusión de texto. Lluvia de ideas.
6	2hrs	Escuelas inclusivas.	Identificarán las funciones de las escuelas inclusivas.	Revisar textos referentes al tema. Lluvia de ideas.
7	2hrs	Modelo Educativo Montessori. Antecedentes. Filosofía. Teoría.	Los participantes conocerán el Modelo Educativo Montessori.	Película: María Montessori.
8	2hrs	Principios Básicos. Metodología. Plan de Estudios.	Los participantes conocerán el Modelo Educativo Montessori.	Lluvia de ideas. Preguntas y respuestas. Aplicación del post-test. Cierre del curso.

CONCLUSIONES.

El interés de realizar esta investigación, surgió al observar el desarrollo de un niño autista dentro de su entorno escolar de modelo educativo Montessori.

El autismo es probablemente uno de los trastornos más investigados por sus incógnitas que se han generado alrededor de él. Es difícil de entender cómo un niño autista puede estar rodeado de personas y no exista en él una interacción con ellas, y más aún complicado para los padres de familia de que no entienden cómo su hijo que en un principio no sucedía ni aparentaba nada, su desarrollo en todos los aspectos de su vida se vea detenido en un momento dado.

Así como existen diferentes trastornos en los cuales pueden ser controlados y los pacientes pueden llevar una vida “normal”, en el autismo sucede lo mismo, no en todos los casos, pero se considera que se les puede enseñar para que puedan llegar a tener una mejor calidad de vida, así como también, incluirse dentro de las escuelas y en la vida laboral.

Las teorías que hablan sobre el autismo, llegan algunas al mismo punto, que todo es un nivel inconsciente desde el nacimiento, otras nos hablan de la parte fisiológica que ciertas partes del cuerpo no se desarrollaron de acuerdo a su tiempo de gestación, otras que por los alimentos, y así se podría hablar de muchas, pero consideramos que las teorías no se pueden generalizar, así como cada ser humano tiene una huella digital, en el autismo es lo mismo, también existe un rasgo especial, pues todos los niños autistas tienen su propia personalidad y no los podemos igualar en todo, tendrán algunas características iguales, pero no en todo.

En ellos hay un distintivo propio, y es por ello que también los sistemas educativos son diferentes para cada uno de ellos.

Al igual que los tratamientos, pueden igualarse en los rasgos para mejorar su conducta, pero no es el mismo medicamento ni la dosis para uno que para otro.

El modelo educativo Montessori es una alternativa para el aprendizaje cognitivo y de socialización para estos niños autistas, ya que se maneja mucho el área sensorial y actividades de vida práctica, lo que les permite que se sientan incluidos dentro de un salón de clase y que los niños con los que convive diariamente le ayuden a despertar esos sentidos que se quedaron dormidos.

Junto con los docentes, un niño autista puede lograr éxitos muy importantes dentro de su entorno escolar si es bien llevado y guiado.

Aquí se tiene que hacer un fuerte equipo entre cuatro puntos principales: los padres, la escuela, el terapeuta y el neurólogo.

Con este grupo, en donde todos estén bien informados además de estar concientizados respecto a ese niño en especial, se obtendrán muchos logros importantes para su desarrollo académico.

Es un trabajo arduo, de mucha paciencia y dedicación, ya que los niños autistas presentan crisis dentro del aula y eso requiere que en ese momento tenga una atención especial para calmar su angustia y desesperación.

Es por ello que todos los que estén en contacto directo e indirecto con estos niños, tengan conocimiento del tema, así mismo, la inclusión educativa es una parte fundamental para el desarrollo de los niños autistas, ya que brinda el respeto y la aceptación de todos sus compañeros y sobre todo a estos últimos se les está enseñando la convivencia con niños autistas.

Creando con esto, una sociedad más consciente de la existencia de trastornos o síndromes que no son curables y que pueden lograr a vivir en el mismo mundo que todos los demás.

REFERENCIAS.

Alcántara S, Armando. (2007). *Globalización, reforma educativa y políticas de equidad e inclusión en México: el caso de la Educación Básica*, en Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, 37,1-2, 267-307, Centro de Estudios Educativos, A.C. Distrito Federal, México. <http://redalyc.uaemex.mx>

Acevedo, Alejandro. (2003). *Aprender jugando 1*. 109. México: Limusa.

Álvarez A, Elsa. (2007). *Trastorno del espectro autista*, en Revista Mexicana de Pediatría, 74,6, 269-276.

Aragón, Virginia. (2010). *Etiología del Autismo*. Revista Digital, 45,6ª.

Barrio P, José. (2008). *Hacia una Educación Inclusiva para todos*. Revista Complutense de Educación, 20,1,13-31. Universidad Complutense de Madrid.

<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0909120013A/15360>

Blanco, Rosa. (2006). *La equidad y la Inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela de hoy*. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 4,3, 1-14. <http://innovemos.unesco.cl/medios/DOC/DyE/Estudios/articaulorblanco.pdf>

Benito V, Mónica. (2011). *El autismo de Leo Kanner*. Revista digital. 38,2011.

Cardoze, Dennis. (2010). *Autismo Infantil, redefinición y actualización*, Costa Rica. <http://www.senadis.gob.pa/wp-content/uploads/2011/03/AUTISMO-INFANTIL.pdf>

Castaño G, Ana. (2007). *La atención a la diversidad en el marco de una escuela inclusiva. Evolución histórica.* dialnet.unirioja.es

Coto C, Maricruz. (2007). *Autismo infantil: el estado de la cuestión.* Revista de Ciencias Sociales. 2, 116,169-180. Universidad de Costa Rica.
<http://redaly.uaemex./src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15311612>

Claudia, R, Campos, O. 2003, *Método María Montessori*, Instituto Profesional Luis Galdames, Santiago, Chile. 5-9.
www.psicopedagogia.com/articulos/?articulos=350

American Psychiatric Association. 2002. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado DSM-IV-TR.* Editorial: Masson, Washington, DC, EE. UU.

Enciso, Angélica. (2007, julio ,6). *El autismo afecta a más de 40 mil niños mexicanos.* La jornada. Texto recuperado en 2009.
<http://www.jornada.unam.mx/2007/07/06/index.php?section=sociedad&article=044n1soc>

Infante, Martín. (2010). *Desafíos a la formación docente: inclusión educativa.* Universidad Pontificia Católica de Chile. Estudios Pedagógicos XXXVI, 1,287-296.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2008,13 de octubre). *En México existen más de 40 mil niños con autismo.* El universal. Texto recuperado en 2009.
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/546668.html>

Jaik, A, Serrano, J.,López, C., Amancio, G., Gómez, E., Silva, R (2008).*Estudio comparativo entre dos modelos pedagógicos a nivel preescolar.* Universidad de Durango, México. Investigación Educativa.

López, S y García, C (2007). *Patrones comportacionales en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa*. Reflexiones. Revista Electrónica: psicología educativa. 13(2). Universidad de Santiago de Compostela, España.

López, S. y García, C (2008). *La conducta socio-afectiva en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa*. Universidad de Santiago de Compostela, España. Revista electrónica: psicología educativa. E-mail. slg@ugr.es, consuelogarcía@edu.xunta.es

Martínez, E. (2009). *Prevalencia del autismo*. www.eluniversal.com.mx/pervalencia

Martos, J (2005). *Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica*. Revista neurológica, 40(1).177-180 .Madrid, España. Simposio Satélite: Autismo

Maurice, C et al (1996). *Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professional*. Editorial: Pro-ed.

Merino, M. (2008). *La importancia de María Montessori en la pedagogía actual*. Revista digital: Enfoques educativos. 23,1-8

Morant, A, Mulas, F, Hernández, S.(2001). *Bases biológicas del autismo*. Revista neurológica clínica. 2(1),163-171

Moreno, M. (2004). Centro educativo integral en San Antonio de Pichincha. Tesis de licenciatura inédita. Pontificia Universidad Del Ecuador.

Narodowski, M. (2008). *La inclusión educativa. Reflexiones y propuestas entre las teorías, las demandas y los slogans*. Revista electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 6(2),19-26

Narváez, E. (2006). *Una mirada a la escuela nueva*. Revista Educare. 10(35). Universidad Central de Venezuela, Caracas. Scielo.com

Pérez, L y Williams, G. (2005). *Programa integral para la enseñanza a niños con autismo*. 17(2), 233-244. www.psicothema.com

Rogel, F. (2004). *Autismo*. Gaceta Médica Mexicana. 141(2), 143-146

Sandoval,M., López,M., Miquel, E., Durán,D., Giné,C., Echeita,G. (2002). *Index for inclusión. Una guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva*. Contextos educativos, 5, 227-238.

Secretaria de Educación. (2009). *Educación especial e integración e educativa en México*. Documento recuperado 15 de mayo del 2011. <http://pdi.cnotinfor.pt/recursos/Integracion%20Educativa%20en%20Mexico.doc>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiología.(2009). *Panorama clínico y epidemiológico del Autismo*. 2(26). Secretaria de Salud.

Paluszny, M. (1987). *Autismo, guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas.

Valencia, C y García,H. (Sin año). *El autismo: una revisión desde el análisis aplicado de la conducta*. Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias para la Conducta. www.abacolombia.org.co

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. México: Paidós.