



**UNIVERSIDAD LATINA S.C.**

**Universidad  
Latina**

**3344-25**

**T E S I N A**

**“APORTES DE LA INTERVENCIÓN EN  
EL TRATAMIENTO DEL ÁREA DE  
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN NIÑOS  
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**MARÍA POLET ONTIVEROS BARRERA**

**ASESOR: MTRO. ALBERTO NIÑO MONDRAGON  
ARENAS**



**Ciudad de México, 2017**



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.

## **DEDICATORIA**

### **GRACIAS A DIOS.....**

**Por haberme dado la fuerza y conocimiento para llegar hasta aquí, por haberme puesto en una familia donde me han llenado de amor, por las personas que se encuentran en mi vida, mis padres, hermanas, abuelitos, tíos, primos, sobrinos, mi novio y amigos, por estas personas que son parte importante de mi.**

**Gracias Dios por mi vida, por lo que día a día me das la oportunidad de vivir, por esta segunda oportunidad de vida a mi padre por la fuerza que le diste de salir adelante y gracias por darme una mamá muy fuerte.**

**Al Maestro Alberto Nino Arenas Mondragón, que con sus conocimientos, dedicación y paciencia me apoyo para que este proyecto se realizara, agradezco su interés, y solo me queda decirle " GRACIAS"**

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	12
CAPITULO 1 TEORÍA SOBRE EL AUTISMO.....	13
1.1 Historia del estudio del autismo.....	13
1.2 Etiología del autismo.....	22
1.3 Historia y desarrollo del DSM.....	24
1.3.1 Criterios de diagnosticación del DSM-V para el Trastorno Del Espectro Autista.....	26
1.4 Investigaciones sobre autismo.....	34
1.4.1 Teoría de la Mente.....	35
1.4.2 Teoría Psicoanalítica.....	38
CAPITULO 2 DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LENGUAJE Y COMUNICACIÓN.....	41
2.1 Lenguaje y comunicación en personas con autismo.....	54
2.2 Aspectos generales de la intervención del lenguaje en el Trastorno del Espectro Autista.....	60
CAPITULO 3 TEORÍA CONDUCTUAL.....	66
3.1 Condicionamiento Operante.....	68
3.1.1 Reforzamiento.....	69
3.1.2 Principios de reforzamiento.....	72
3.2 Análisis Conductual Aplicado.....	73
3.3 Procesamiento para aprendizaje y modificación de conducta.....	76
3.4 Programas de reforzamiento.....	77
3.4.1 Economía de Fichas.....	78
3.4.2 Atención.....	79
3.4.3 Imitación.....	80

3.4.4Seguimiento Instruccional.....	81
CAPITULO 4 MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	83
4.1 Como mejorar la intervención en niños con autismo.....	84
4.2 Modificación de conducta.....	93
4.3 Terapia Ocupacional.....	98
4.3.1 Hidroterapia para niños con autismo.....	104
4.4 Modelo Psicoanalítico.....	106
4.5 Modelo Sistémico.....	109
4.5.1 Terapia Familiar Integral.....	113
RECOMENDACIONES.....	116
CONCLUSIONES.....	119
REFERENCIAS.....	121

## INTRODUCCIÓN

El término autismo aparece por primera vez en la monografía *Dementia Praecoxoder Gruppeder Schizophrenien* redactada por Eugen Bleuler (1857-1939) para el Tratado de Psiquiatría dirigido por Gustavo Aschaffenburg (1866-1944) y publicado en Viena en 1911. Bleuler sustituye la noción de Demencia precoz, enfermedad que Emil Kraepelin (1856-1926) había definido con base en una evolución progresiva hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual por un grupo de psicosis esquizofrénicas que tenían en común, cualquiera que fuera la forma clínica bajo la cual se manifiestan, un cierto número de mecanismos psicopatológicos, siendo el más característico la Spaltung que da su nombre al grupo, como síntomas fundamentales especialmente el autismo o autismo.

Este término, creado por Bleuler (1911), tiene una etimología que según él por el repliegue de la vida mental de llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás que resulta. El autismo es análogo a lo que Freud llama autoerotismo, para Freud, erotismo y libido tienen una significación mucho más extensiva que para las otras escuelas. El autismo expresa el lado positivo de lo que se nombra negativamente pérdida del sentido de la realidad. El sentido de la realidad no totalmente ausente en el esquizofrénico, solo le falta para ciertas cosas que están en contradicción

Estos autores, a pesar de las diferencias entre sus respectivas concepciones, hablan de enfermedades cuyos trastornos, demencia precoz esquizofrenia, comenzaron al final de la adolescencia, de modo que el autismo estaba relacionado para ellos a la patología mental

del adulto joven y los psiquiatras clasificaron a los trastornos esquizofrénicos entre las psicosis propias de esta edad.

Cohen (1986), menciona que a finales de la Segunda Guerra Mundial aparecieron dos contribuciones importantes para el estudio de la psicopatología infantil que sus autores colocaron bajo la etiqueta de la patología del autismo, utilizando ambos este término a pesar de que sus concepciones eran, si no opuestas, por lo menos muy alejadas una de la otra. Fueron conocidas internacionalmente con un importante desfase entre ellas en razón de las propias circunstancias de su publicación.

La primera es L. Kanner (1894-1981) cuyos trabajos, publicados desde 1943: el artículo *Autistic Disturbance of Affective Contact*, hasta 1956: *Early Infantile Autism*, fueron muy rápidamente conocidos puesto que este médico

En inglés. Kanner (1943), a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, esencialmente varones, un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad de su aparición puesto que se manifiesta desde el primer año de vida; una sintomatología marcada por la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición K también desde su primer artículo un aumento precoz del volumen craneal que no obstante solo tratad de estos once casos.

Una observación hecha por Kanner en una de sus publicaciones sobre la ineffectividad, de la que darían muestra en la educación de sus hijos los padres de los niños que sufren de este síndrome polémicas pues las familias de los pequeños autistas se quejaron de esta culpabilización. Finalmente, en un número de

K neurológicas o genéticas conocidas

sin según lado o forme parte de un conjunto más también de autismo típico y de autismo atípico.

La otra contribución, contemporánea en el tiempo a la de Kanner, fue la de Hans Asperger (1906-1980), que publicó en 1944, en Viena, *Die Autistische Psychopathen in Kinder-* salter. La fecha y el lugar de publicación, cuando Austria estaba todavía sometida al régimen nazi, hicieron que este trabajo solo se conociera más L

inglés y cuando el texto original se tradujo a otras lenguas. Aunque haya empleado el mismo término clínico descrito por Asperger es muy

K

edad y que no hay en ellos retraso significativo ni del desarrollo cognitivo ni de la adquisición del lenguaje. A estos niños no les gusta la rutina y pueden presentar en la adolescencia un episodio psicótico.

Sin duda este síndrome cuando el régimen nazi imponía la eutanasia activa de los enfermos afectados por padecimientos que los teóricos de la higiene racial juzgaban hereditarios e incurables, como la esquizofrenia y los retrasos mentales,

tud protectora frente a estas personas que manifestaban en ocasiones dotes sorprendentes en diversos terrenos intelectuales, lo que mostraba que no se trataba de

Haute (2010), menciona que Kanner y Asperger, interrogados sobre una posible similitud entre los dos síndromes que describieron cada uno por su lado, estuvieron de acuerdo en decir que se trataba de entidades nosológicas completamente diferentes a pesar de la referencia común a la psicopatología autista.



La Organización Mundial de la Salud OMS (1993), define al autismo como un "Trastorno conductual que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida". La cual sigue vigente en la actualidad, sin embargo, la clasificación más utilizada es la del DSM-IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría APA(1994), pues a diferencia del trastorno de Asperger; "el autismo se asocia en un 75% de los casos con retraso mental, ya que este se diferencia principalmente porque no implica limitaciones o alteraciones formales del lenguaje"(Sarason; 1996).

Los trastornos que afectan la comunicación y el lenguaje son prototipos de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y forman parte de los criterios de diagnósticos que se manejan en la actualidad como se reflejan en las clasificaciones aceptadas en la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los síntomas que presentan las personas con TEA también se refleja en el lenguaje y la comunicación, dando lugar a un a un espectro de funcionamiento que abarca desde la usencia de conductas con intencionalidad comunicativa hasta el empleo de conductas de mayor complejidad funcional y formal. La mayor parte de los autores coinciden que en el desarrollo normal existe una clara continuidad entre la comunicación pre verbal y la comunicación verbal, y los niños normales pre verbales constantemente desarrollan aptitudes y construyen esquemas comunicativos que son fundamentales para el posterior desarrollo del lenguaje.

Algunos de estos aspectos son la regulación temporal del intercambio social, que se define como el modo en el que regulamos temporalmente nuestra comunicación verbal o no verbal en la relación con la otra persona, las pautas de atención y acción conjunta, la expresión facial, las miradas de referencia conjunta y los primeros gestos, principalmente el

de señalar. Muchos de los niños pequeños con autismo presentan la conducta de señalar con una función protoimperativa.

Los niños con TEA muestran dificultades en la adquisición de las primeras etapas del lenguaje dentro del periodo crítico natural, la mitad de la población, un 50% de los casos no desarrollan jamás un lenguaje funcional. Cuando los niños con autismo son capaces de comunicarse mediante el uso de lenguaje oral generalmente acceden a este mediante la ecolalia (inmediata y diferida) con una escases de lenguaje creativo, es decir que el niño con autismo utilizaría los mensajes que recibe como un todo sin analizar las diferentes partes del enunciado de forma separada y sin entender el sentido general.

Las personas con trastorno autista, señala el DSM-IV, pueden mostrar una amplia gama de síntomas de la conducta, en las que se incluye la hiperactividad, impulsividad, agresividad, conductas auto-lesivas, puede ver respuestas extrañas a estímulos sensoriales, por ejemplo, umbrales altos al dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a luces y olores, fascinación por ciertos estímulos, (APA, 1994) también se presentan alteraciones en la conducta alimentaria y en el sueño, cambios inexplicables de estados de ánimo, falta de respuesta a peligros reales, temor intenso a estímulos que no son peligrosos.

Se ha descubierto que las características que presenta el autismo, pueden ser minimizadas mediante diversas técnicas de educación especial que se apoyan interdisciplinariamente en la psicología, psiquiatría, medicina, biología, pediatría, trabajo social, etc.

Algunas instituciones que trabajan con niños autistas son:

- APYRE Apoyo y rehabilitación A.C.
- Apoyo Angelitos con Autismo A.C.
- Asociación de Padres para el Tratamiento del Autismo, el Niño Oculto A.C.

- Centro de Atención al Autismo AURA
- Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C. CLIMA
- Comunidad Educativa y Psicopedagógica Integral CEPI
- Centro de Rehabilitación Psicopedagógica CREPS
- Centro Hacer para Ser
- Colegio De Educación y Desarrollo Integral A.C.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación busca la posibilidad de utilizar un enfoque diferente a los ya utilizados en escuelas con niños de 8 a 10 años de edad, de educación primaria, para poder abordar las dificultades de comunicación y lenguaje en niños con autismo, implementando una nueva propuesta de trabajo con los docentes así mismo trabajar con los padres de familia siendo este el grupo primario de interacción en su entorno de niños con autismo.

La modificación de conductas se debe basar en el trabajo conjunto de docente y familia con la finalidad de implementar nuevas herramientas de trabajo que propicien un ambiente de confianza y motivación.

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Es posible lograr una comunicación funcional y eficiente del niño con la aplicación de terapia?

¿Se puede lograr una comunicación funcional y eficiente y al mismo tiempo lograr la adaptación social de la persona desde la terapia?

¿Qué aportes brinda la terapia al abordaje de los trastornos de la comunicación y el lenguaje en niños con Trastorno del Espectro Autista?

¿Qué utilidad tienen los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación en la intervención psicopedagógica de personas con Trastorno del Espectro Autista?

## JUSTIFICACIÓN

El autismo o trastorno autista se origina desde una temprana edad, los cerebros de los niños son anatómicamente distintos, es un trastorno cerebral que dificulta la habilidad de una persona para interactuar y comunicarse con los demás y aunque el autismo se descubrió por primera vez en 1943 aun no se sabe la causa exacta. Debido a que los niños nacen con autismo o con una alta disposición a desarrollarlo, por lo tanto, la causa no se debe a una educación deficiente y tampoco es algo que se pueda prevenir, se sigue estudiando tanto los factores genéticos como los ambientales.

La Organización Internacional Autismo Speaks calcula que a escala mundial la cifra promedio de personas con autismo es de uno por cada 88 nacimientos con un incremento anual del 20 por ciento. En México se estima la prevalencia de uno por cada 100 nacimientos, es decir, de los 2 millones 500 mil nacimientos que hay en promedio al año, mil niños tendrán un trastorno del espectro autista. Su origen y causa se desconoce, su diagnóstico suele ser muy complejo y no hay datos oficiales que nos permitan saber cuántos son y donde están (Arellano; 2015).

Con frecuencia las personas no saben qué hacer frente a un comportamiento autista, para ellos, un niño autista puede parecer extraño o difícil, agresivo o desobediente aún más se le puede atribuir una educación deficiente y no a un trastorno cerebral. Los niños con autismo pueden brindar afecto, pero debido a que su cerebro procesa las cosas de diferente manera, tienen distintas formas de dar recibir amor, los familiares deben ser pacientes para poder demostrar afecto en términos del niño. Los comportamientos autistas para muchos representan un desafío tanto para los autistas como para las personas que están a su cuidado, aun así pueden desarrollar habilidades que les permitan tener una vida plena y feliz.

El autismo aparece por todo el mundo, en familias de todas las clases sociales, en los últimos años el aumento de casos de autismo ha ido creciendo, no sabemos porque surge se piensa que puede haber un desencadenante ambiental, pero no se ha podido identificar. A pesar del tiempo que ha pasado desde que Leo Kanner estableció los rasgos principales del autismo: la necesidad de un ambiente invariable, rutinas fijas, la soledad autista y el déficit de comunicación, estos son los principales indicadores del autismo, las investigaciones no han dado con la causa de dicho trastorno, hay diversas teorías para explicar el trastorno autista.

El trabajo de los profesionales consiste, en primer término, en ofrecer apoyos adaptados a esa gran variabilidad de necesidades, capacidades y características de cada persona. De este modo, se opta siempre por un trabajo individualizado, tratando de aprovechar aquellas habilidades en las que la persona con autismo pueda destacar, para compensar aquellos aspectos de la vida diaria en los que tenga más dificultades. Los profesionales del autismo, tratan de ahondar en todos los aspectos de la vida de la persona, de forma que su avance sea integrado, y los aprendizajes de un área puedan ser más fácilmente generalizados a las otras.

Desde los aspectos más cognitivos, hasta el área emocional, las habilidades sociales, las relaciones con la familia o el ocio, los distintos profesionales se encargarán de ofrecer apoyo a cada área, para al final, alcanzar el mayor grado de autonomía y satisfacción. Más concretamente, el papel de la psicología en el tratamiento clínico-socio-educativo del autismo tiene dos partes fundamentales.

La primera, el tratamiento individual con cada persona. En el trabajo individual se trata de reforzar aquellas áreas del desarrollo del individuo que no puedan verse cubiertas por completo en el aula. La segunda, el apoyo tanto a profesionales como a familias, en

todos aquellos momentos en que se requiera alguna adaptación específica para mejorar el funcionamiento de la persona con autismo.

La teoría y la práctica, como en tantos otros aspectos de la vida, son dos caras de una moneda que no pueden coexistir la una sin la otra. Por ello, para poder ser un buen profesional de este campo, una buena base teórica siempre será necesaria para sentar las bases de un conocimiento práctico. El conocimiento teórico puede prepararte para el qué esperar, pero toda esa nube de teorías, de conceptos y de explicaciones, no podrá asentarse si no se pone en práctica con casos reales día a día.

Son los padres quienes hacen posibles las alternativas de tratamiento ya que son pocas las instituciones públicas que atienden de manera individual y constante a los niños con autismo. Las instituciones educativas no cuentan con programas adecuados para el trabajo con niños autistas, la interacción que estas llegan a tener con los niños son deficientes por lo que se obliga a los padres de familia buscar otras alternativas en la que los docentes estén preparados para poder atender a estos niños.

El interés del presente trabajo es conocer diferentes alternativas de tratamiento para niños autistas, las dinámicas de relación de padres con hijos autistas, así como con los docentes con los que día a día se van a enfrentar los niños, permitiendo en ellos una mejor interacción, comunicación y adaptación en su medio social que dan pie a una relación que establezcan con las personas que lo rodean, de esta manera obtener un buen equipo de trabajo entre las tres partes.

Este trabajo de investigación se desarrolla en cuatro capítulos los cuales son ordenados de acuerdo al contenido de la información que se llevo a cabo para conocer la intervención que se da a niños con autismo.

En el capítulo uno, se hace una breve reseña histórica de lo que es el autismo y cuáles son las causas que hace que los niños presenten este trastorno del desarrollo. Cabe mencionar que se pensaba que esto era causado por la indiferencia de los padres, en la actualidad se cree que tiene que ver más con lo orgánico y biológico que con lo psicológico. También se habla sobre el manual de diagnóstico DSM la evolución que este ha tenido y los criterios que describen el Trastorno del Espectro Autista. Este describe al autismo como un trastorno general del desarrollo donde se encuentran implicados rasgos socioafectivos, cognitivos y conductuales.

En el capítulo dos, se aborda el tema sobre los problemas de comunicación y lenguaje que presentan los niños con Trastorno del Espectro Autista. Cuáles son las áreas de desarrollo que se ven afectadas por estos problemas, En el capítulo tres, se describe la teoría conductual, puesto que es la que se utiliza en este trastorno ya que bajo este paradigma el objetivo son las respuestas que emite el sujeto ante estímulos.

El capítulo cuatro, nos habla sobre los modelos de intervención para la modificación de conducta de los niños con autismo, ya sea para aumentar el número de respuestas positivas o para decrementar las conductas negativas que tienen, como pueden ser los movimientos estereotipados, balance de su cuerpo, el berrinche y grito a través de la aplicación conductual. De esta manera se fortalece la conducta positiva del niño autista, adjuntando los tipos de intervención en niños con trastorno del espectro autista, dinámicas en equipo y/o individual, y terapias opcionales que ayudan a mejorar la funcionalidad del niño autista. Mismo en el que se dará una propuesta de trabajo.



## OBJETIVOS

### Objetivo General

Describir las diferentes alternativas de intervención en niños con autismo que ayuden a establecer patrones de comunicación en los niños para favorecer la interacción y adaptación en su medio social.

### Objetivos Específicos

- Conocer la aportación de docentes en las aulas de trabajo favoreciendo el desarrollo de los niños en conjunto con padres.
- Implementar modelos psicoeducativos que fortalezcan las habilidades de los niños con autismo en su entorno de interacción social.
- Planificar estrategias de intervención acorde a las posibilidades de los niños con autismo.
- Ejecutar intervenciones psicoeducativas, como programas de modificación y aprendizaje de conducta para mejorar el vínculo humano de niños con autismo.

# CAPITULO 1 TEORÍA SOBRE EL AUTISMO

## 1.1 Historia del Estudio del Autismo

El término autismo fue utilizado por Bleuler en el año de 1911, era para referirse a un trastorno del pensamiento que solamente aparecía en algunos pacientes esquizofrénicos. Es cierto que Bleuler utilizó el término autismo, sin embargo, se considera a Leo Kanner (1943), el descubridor de este trastorno de la niñez que influye en el desarrollo físico, mental y emocional del infante, gracias a la alteración de once niños que sufrían de alteraciones extrañas y no parecidas a ninguna otra enfermedad psicopatología.

La definición de Kanner (1943) es: "Un grupo de niños cuyo cuadro difiere tanto y tan peculiarmente de cualquier otro trastorno conocido hasta el momento, que cada caso merece una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades?" (Kanner; 1943. Sarason; 1996). Kanner la describió de un modo preciso, prueba de ello es que su definición del autismo es la que se sigue empleando actualmente.

Después de describir los casos de once niños Kanner da sus características especiales que referían a tres aspectos:

- 1.- Las relaciones sociales.
- 2.- La comunicación y el lenguaje. Destacaba un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas; y en caso de que

llegaran a pronunciar palabras o frases es porque repiten emociones oídas (ecolalia), en vez de crearlas espontáneamente, tienen a comprender emisiones de forma literal e invierten pronombres personales.

3.-La insistencia en la varianza del ambiente. Se refiere a la inflexibilidad, la rígida adherencia y la insistencia en la igualdad de los niños autistas. Kanner (1943) comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y como la conducta del niño está gobernada por un deseo obsesivo por mantener la igualdad, que nadie excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones (Riviere; 1997).

Por otra parte, es importante mencionar que el autismo es un trastorno relativamente infrecuente, pues tiene una prevalencia a 4.5/10.000 personas (INEGI; 2008), por el contrario las alteraciones de lo que se ha llamado frecuentes y se encuentran en dos o tres de cada mil personas, por tal motivo se sostiene que; las alteraciones que presenta el autismo en particular, plantea desafíos importantes de comprensión, explicación y educación. De comprensión porque resulta difícil entender cómo es el mundo interno de las personas con problemas significativos de relación y comunicación. De explicación porque aún se desconocen aspectos esenciales acerca del origen biológico y los procesos psicológicos de las personas con autismo.

De educación porque esas personas tienen limitadas las capacidades de empatía, relación intersubjetiva y penetración mental en el mundo interno de sus semejantes, que permiten al niño normal aprender mediante mecanismos de imitación, identificación, intercambio simbólico y experiencia vicaria. Pues la manera de desarrollarse de las personas autistas y de adquirir habilidades y conocimientos se diferencia tanto y normal de desarrollo (Riviere; 1997).

Desde que fue definido el autismo, este se ha presentado como un mundo lejano, extraño y lleno de enigmas. Los enigmas se refieren, al propio concepto del autismo, sus causas, explicaciones y tratamientos de este trastorno. A pesar de la enorme cantidad de investigaciones realizadas durante más de medio siglo, el autismo sigue ocultando su origen y de ese modo haciendo difícil la intervención educativa y terapéutica. Por otra parte, cuando se tiene la oportunidad de relacionarse con personas autistas puede ocasionar sentimientos como: opacidad, impredecibilidad e impotencia, algunos difíciles de describir y que acentúan aún más el carácter enigmático del autismo (Riviere; 2002).

Un ejemplo en donde esas impresiones son claras, es en el caso de un niño autista al que llamaremos Iván de dos años cuyo desarrollo desde el nacimiento es posible observar de manera pública y objetiva, gracias a las filmaciones que fueron haciendo sus padres, semana a semana, desde el primer momento en que lo tuvieron en sus brazos hasta su edad actual. En los primeros meses de vida no hay nada extraño en la conducta de Iván, es un niño alerta, sonriente, tranquilo y aparentemente normal en todo.

Las adquisiciones motoras propias del primer año, que incluyen destrezas tan importantes como sujetar bien la cabeza, sentarse y caminar se producen en su momento sin problemas. Pero desde los 16 meses aproximadamente, las tomas de vídeo producen una inquietante sensación de soledad, de algo opaco y cerrado, en las relaciones de Iván, con la realidad en general y con las personas en particular. A los 18 meses sólo dos después de esas alarmas tan sutiles y difíciles de describir, Iván, está solo en todas las situaciones sociales. En muchas de las filmaciones transmite la sensación de que las personas han dejado literalmente de existir para él. Permanece la mayor parte del tiempo aislado y alejado al mundo de sus padres, hermanos y familiares. (Riviere,1997).

No es extraño que, padres y muchos profesionales, acompañen la vivencia de impotencia e impredecibilidad con la peculiar falta de correspondencia que existe entre la  
ñ (R  
1997). Sarason (1996) menciona que en una entrevista realizada a una familia con un niño autista J., de tres años, correr sin rumbo por la habitación aleteando con las manos, completamente indiferente a la presencia de los adultos que conversan. De vez en cuando, detiene su carrera sin destino, estira y retuerce los dedos índice y anular, los mira extasiado con el rabillo del ojo, ¿Cómo pueden relacionarse esas conductas con el contexto que rodea el niño?, ¿Qué hacer para atraerle al mundo de las personas y así sacarlo de su mundo ausente?.

Las impresiones de opacidad, ofrece paradójicamente, una vía por la que se podría llegar a las incógnitas del autismo si se toma en cuenta que las relaciones humanas son normalmente recíprocas (Riviere;1997). De acuerdo a todo lo que se ha venido  
:  
cual, las otras personas resultan opacas e impredecibles, aquella persona que vive ausente mentalmente a las personas presentes y por tal motivo se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación (Riviere; 1997).

Cabe señalar que pocos meses después de que Kanner publicara su artículo sobre Autismo, otro médico vienés, Dr. Hans Asperger, dio conocer varios casos de niños con autismo en el año de 1944, en el cual coincidió con Kanneren las características que presentan los niños autistas, sin haber leído el artículo que había publicado Leo Kanner (1943).

Sin embargo, si existieron algunas diferencias en los dos artículos, por ejemplo Kanner no se preocupó en 1943 por la educación, mientras Asperger si lo hizo. Él consideraba el autismo como un trastorno de la personalidad que planteaba un reto muy

complejo para la educación especial; el de cómo educar a niños que carecían de motivación lo que ocasiona que las personas establezcan relaciones afectivas y se identifiquen con los miembros adultos de la familia.

Riviere (2002) menciona, que los intereses de Asperger no tuvieron gran relevancia en los primeros 20 años de estudio y tratamiento del autismo infantil, esto es debido a dos razones principales: 1) La teoría fue prácticamente desconocida; hasta 1991, ese artículo no se había traducido al inglés ya que estaba en alemán. 2) En la primera época de investigación del autismo predominaron concepciones dinámicas que no hacían fácil un enfoque educativo coherente con el autismo. Es imprescindible mencionar que este segundo aspecto diferencia tres épocas principales del estudio de este problema, la primera se extendió de 1943 a 1963, ocupando los primeros 20 años de estudio del autismo, la segunda abarcó las dos décadas siguientes de 1963 a 1983, la tercera se ha perfilado en los últimos 15 años en el cual se hecho descubrimientos más importantes acerca del problema y se han definido nuevos enfoques para su explicación y tratamiento.

La primera época de estudio del autismo, 1943-1963. El autismo era considerado como un trastorno emocional, producido por factores afectivos inadecuados en la relación con los miembros de la familia en específico con los padres. Esos factores dan lugar a que la personalidad del niño no pueda constituirse y por ende se trastorne. De este modo, madres y/o padres incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza producen una alteración grave en el desarrollo del niño que hubiera sido potencialmente normal y que seguramente posee una inteligencia mucho mejor de lo que parece, pero que no pueden expresar por la perturbación emocional que padece. El empleo de una terapia dinámica de establecimiento de lazos emocionales sanos era la mejor manera de ayudar a los niños autistas en aquella época (Sarason, 1996).

La segunda época de estudio del autismo, 1963-1983. En la primera mitad de los años 60 un conjunto de factores contribuyeron a cambiar la imagen científica del autismo, así como el tratamiento que se daba al trastorno. Se fue abandonando la hipótesis de los padres culpables, a medida que se demostraba su falta de justificación empírica y que se encontraban los primeros indicios de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos, pues con la aparición de nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológicas y neurofisiológicas se produce un avance en el conocimiento de este trastorno. Ese proceso coincidió con la formulación de modelos explicativos de autismo que se basaban en la hipótesis de que existe alguna clase de alteración cognitiva más que afectiva, que explica las dificultades de relación, lenguaje y flexibilidad mental (Sarason; 1996).

Riviere (2001) menciona que, en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, todo esto en conjunto como consecuencia de la alteración afectiva. Con esto, Rutter propuso la siguiente definición; El autismo proviene de un origen orgánico cerebral y también un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas y

Sin embargo, es de importancia destacar que aunque existió un gran avance en las investigaciones sobre el autismo, no se logró descubrir el origen de este, ya que los nuevos modelos de este problema se basaron en investigaciones empíricas rigurosas y controladas.

En los años 60', 70' y 80' la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo. En ello influyeron dos tipos de factores: 1.- el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta para ayudar a desarrollarse a las personas autistas y 2.- la creación de centros educativos para autistas, promovidos por asociaciones de padres y familiares de personas con este trastorno (Riviere;2002):

En 1961 Charles Ferster y Miriam K. Demyer, psicólogos especialistas en aprendizaje y psiquiatra infantil, demostraron por primera vez la utilidad de los métodos operantes de modificación de conducta para el tratamiento de este problema. La conducta del autista de parecer desconectado y ajeno al medio depende funcionalmente de ese mismo medio y pueden modificarse cuando éste se controla adecuadamente se promueven procesos de aprendizaje de conductas y funcionales de extinción o disminución de las que no son.

La demostración de la posibilidad de controlar mediante procedimientos operantes, las conductas autistas abrieron camino para la creación de muchos programas eficaces para desarrollar el lenguaje, eliminar las conductas alteradas, fomentar la comunicación y las conductas sociales, promover la autonomía, aumentar las capacidades cognitivas y las destrezas funcionales de las personas autistas. Todos son programas de aprendizaje y tenían un papel central en la educación.

El desarrollo de programas de aprendizaje para los niños autistas coincidió históricamente con un proceso social de gran repercusión práctica: la formación de las primeras asociaciones de familias afectadas, anteriormente desunidas y aplastadas por el peso de una culpabilización (Riviere, 2002).

En 1962 se fundó la primera asociación de padres de niños autistas del mundo. La National Society for AutisticChildren (actualmente llamada National Autistic Society) del Reino Unido, y en las dos décadas siguientes las asociaciones se crearon en diferentes países (Riviere, 1997).

Esto tuvo consecuencias importantes: por una parte como grupos de presión social contribuyeron a sensibilizar a la sociedad y a las administraciones públicas sobre las necesidades y derechos de las personas autistas, por ejemplo derecho a la educación. Y por otro lado organizaron centros escolares dedicados específicamente a personas con este problema.



El enfoque actual de autismo. En los últimos años se han producido cambios importantes, que permiten definir una tercera época del autismo. El cambio principal del enfoque general del autismo consiste en considerarlo desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Si el autismo supone una desviación cualitativa importante en el desarrollo normal, se tendría que comprender ese desarrollo para así tener un conocimiento profundo del problema. Es de suma importancia destacar, que a su vez, nos ayuda a explicar mejor el desarrollo humano, ya que hace notar algunas funciones que se producen en él y que suelen pasar desapercibidas a pesar de la importancia que tienen en la manifestación del autismo precisamente por su ausencia.

El autismo se ha convertido en los últimos años en tema central de investigación en psicología evolutiva y psicopatológica; anteriormente en la actualidad ese término se refería al trastorno profundo del autismo. También la revista científica más difundida sobre autismo cambió su nombre, comenzó llamándose *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, desde 1978 a la fecha lleva por nombre *Journal Autism and Developmental Disorders* (Riviere; 2002).

Otro cambio importante que se produjo en las explicaciones del autismo fue en el aspecto psicológico y neurobiológico. Por ejemplo Barón Cohen, Leslie y Frith, (1985), (citados por Riviere; 2002) investigadores del Medical Research Council de Londres, descubrieron una incapacidad específica de los autistas para formularon un Modelo que ha sido muy fértil, según el cual el autismo consistiría en un trastorno específico de una capacidad humana importante a la que denominan Teoría de la

En el plano neurobiológico los estudios de genética, investigación neuroquímica, exploración citológica, neuroimagen, electrofisiología, entre otras, han permitido descubrir alteraciones que cada vez se acercan más al descubrimiento del origen y posibles causas de este trastorno.

Wolfolk (1999) menciona que la educación es el procedimiento principal que se ha caracterizado en los últimos años por su estilo pragmático, integrador y menos artificioso que en los años anteriores se centra más en la comunicación como núcleo base del desarrollo, respetuoso con los recursos y capacidades de los autistas. De manera complementaria, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficaces para tratar algunas alteraciones asociadas con el autismo, en determinados casos. Ya que investigaciones recientes señalan que se deriva de un desorden en el Sistema Nervioso Central (S.N.C), como síndrome, la causa no es única, se cree que puede ser.

Genéticas: (endógena) X  
autismo no tiene fuerza hereditaria, solo es una cuarta parte.

Bioquímicas: el mal funcionamiento químico o metabólico favorece el comportamiento autista.

Virales: (congénitas) puede ser producto de infecciones sufridas por la madre durante el embarazo por ejemplo, rubéola.

Estructurales: debido a malformaciones del cerebro y otras estructuras neurobiológicas.

Finalmente cabe mencionar, que han aparecido nuevos temas de interés, acerca de este trastorno, en las décadas anteriores. Un ejemplo significativo de ello son; los adultos

A medida se ha puesto de manifiesto la necesidad tanto teórica como práctica de considerar el trastorno desde la perspectiva del ciclo vital completo y no sólo como una

asignados a los niños autistas. Mientras que las administraciones educativas y los profesionales de la educación se han hecho relativamente conscientes de las necesidades específicas de las personas con autismo que no cuentan con recursos económicos para ofrecerles una atención adecuada.

Es significativo entender que los autistas requieren una atención individualizada, se supervisión y apoyo durante toda su vida. Pues a este problema no se ha encontrado una cura hasta el momento aunque puede mejorar significativamente, gracias al trabajo arduo y tolerante de los padres y los profesionales.

## 1.2 Etiología del Autismo

En el estudio de las causas del Autismo Sarason (1996) menciona que se han desarrollado varias teorías que tratan de explicar el origen del síndrome autista. Ninguna de ellas por sí sola lo ha logrado, en la actualidad se considera que su etiología es multifactorial. Entre las teorías que más aceptación han tenido están las genéticas, las neurobiológicas y las psicológicas.

Con relación a la etiología genética inicialmente se consideró un mecanismo de transmisión autosómica recesiva (por análisis de segregación familiar y por hallazgos concordantes en gemelos monocigóticos), pero actualmente se piensa que existen menos de 10 genes que actúan de manera multiplicativa, por lo que se habla entonces de Herencia Multiplicativa. También se ha señalado el llamado síndrome del cromosoma X frágil, es decir la falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma, como causa del síndrome autista.

Con relación a la etiología neurobiológicas se habla de las anomalías, en los neurotransmisores, específicamente de la serotonina que se encuentra aumentada en los niños con síndrome autista (hiperserotoninemia), que altera el funcionamiento cerebral, otras investigaciones hablan de alteraciones en el cerebro, específicamente cambios en el número y tamaño de las neuronas de los núcleos cerebelosos, que sugiere un trastorno evolutivo en las relaciones sinápticas de estos núcleos. Estudios de neuroimágenes han

evidenciado alteraciones en el volumen cerebral (disminuido) en la corteza cerebral y en el sistema límbico.

También existen hallazgos inmunológicos que demuestran niveles de inmunoglobulinas alteradas, específicamente unas inmunoglobulinas A baja y una actividad deficiente del sistema del comportamiento. Las teorías psicológicas que se han empleado para explicar el problema son: la socioafectiva planteada por Kanner y luego replanteada por Hobson en los años 80; la cognitiva de Lesli y Frieth y una tercera que es la cognitiva afectiva.

La teoría socioafectiva de Hobson (1989), dice que los autistas carecen de componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas, tales reacciones son necesarias para la configuración de un mundo propio y común con los demás. La carencia de experiencia social trae como consecuencia; falla en reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos y severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir, pensar simbólicamente.

La teoría cognitiva postula que las deficiencias cognitivas se deben a una alteración que se denomina metarepresentacional, que es la responsable de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y que puedan atribuir estados mentales con contenido. La teoría cognitivo-afectiva, plantea que las dificultades de comunicación y sociales, tienen origen en un déficit afectivo primario, que se halla estrechamente relacionado a un déficit cognitivo, esto explicaría según Mundy (1986) las dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de otras personas.

Cabe mencionar que los niños TEA son bastante comunes, en un estudio del 2004, mencionado por Johnson (2007) en Pediatrics, revela que 44% de los médicos de atención

primaria reportan que al menos 10 niños a su cargo pertenecen a los TEA. Por esto, es muy importante que los médicos de atención primaria reconozcan los signos tempranos del autismo y así puedan realizar una detección y abordaje oportuno. Según Johnson (2007), estudios publicados a inicios del nuevo milenio concluyen que la mejor estimación de prevalencia de TEA es Europa y Norteamérica es aproximadamente de 6 por 1000, siendo mucho más frecuente en el sexo masculino.

Los casos de autismo han aumentado en los últimos años, lo cual puede ser producto de imprecisiones en el diagnóstico, identificación de niños con desordenes genéticos no relacionados con TEA, como el síndrome de Down, que tiene criterios que se solapan con los TEA, y por último el diagnóstico de un miembro de la familia que orienta a que el hermano mayor también lo puede padecer.

### 1.3 Historia y desarrollo del DSM

La primera edición del DSM, de la American Psychiatric Association (APA) apareció en 1952, fue el primer manual psiquiátrico oficial en describir los trastornos psicológicos, y como tal, fue un avance importante en la búsqueda de un conjunto estandarizado de criterios diagnósticos. Estos criterios eran un poco vagos y poseían una baja confiabilidad.

Una segunda limitación del DSM-I era que estaba basado en el supuesto teórico de que los problemas o reacciones emocionales causaban el trastorno que describían. La segunda edición o DSM-II se publicó en 1968. Esta fue la primera clasificación de los trastornos mentales basada en el sistema contenido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El DSM-II (1968) represento un alejamiento del concepto de que la mayoría de los trastornos psicológicos eran reacciones emocionales, los autores de esta edición trataron de utilizar términos diagnósticos que no implicaran un marco teórico particular pero, queda claro que basaron sus criterios en conceptos psicoanalíticos. Estos criterios eran tan holgados, que un clínico con preferencia teórica particular podía ajustar el diagnostico de un cliente a su teoría en vez de ajustar a la condición real del paciente.

Para superar estos problemas de baja confiabilidad la APA (1974) reunió un grupo de trabajo formado de académicos y profesionales clínicos para preparar un nuevo y más extenso sistema de clasificación, que reflejara la información más actualizada sobre los trastornos mentales. Este nuevo grupo de trabajo se dirigió a desarrollar un manual que tuviese una base empírica y que fuera clínicamente útil, confiable y aceptable para los clínicos e investigadores de diferentes orientaciones.

El DSM-III (1980), proporcionaba criterios de clasificación y definiciones precisas para cada trastorno. Estos criterios permitieron a los clínicos cuantificar mejor y ser más objetivos al asignar diagnósticos. Sin embargo tenia algunos problemas, por ejemplo, en algunos aspectos el manual no especificaba lo suficiente sus criterios, debido a estas limitaciones, la APA intento una vez más mejorar y refinar el sistema diagnostico.

El DSM-III-R (1987), fue publicado por la APA, con la intención de que sirva como un manual intermedio hasta que se pudiese presentar una revisión más completa, el DSM-IV (1994). Poco tiempo después la APA formo un grupo de trabajo para el DSM-IV con la intención de propiciar una base empírica para los diagnósticos en el nuevo manual, se realizo en un proceso de tres etapas que implica más pruebas de confiabilidad y valides de los diagnósticos.

En la Etapa 1 se realizaron revisiones profundas de las investigaciones publicadas, la Etapa 2 implicó análisis exhaustivos de los datos de investigación, se aplicaron de forma rigurosa los criterios del DSM-III-R a estos análisis, con la intención de añadir o cambiar criterios sobre la base de los hallazgos analíticos. La Etapa 3 fue la fase más larga y ambiciosa del proyecto, incluyó ensayos de campo para que los entrevistadores evaluaran a miles de personas con trastornos psicológicos diagnosticados.

En el año 2000, la APA publicó una revisión de texto del DSM-IV denominado DSM-IV-TR, que incluye diversas revisiones editoriales. En el año 2013 se lanzó oficialmente la 5ta versión del DSM que sería el DSM-V, esta última edición fue una de las más criticadas por la comunidad de psiquiatras y psicólogos que utilizan el DSM. Aun así el DSM ha sido un manual de apoyo que ha sido muy eficiente para el diagnóstico de trastornos mentales.

### 1.3.1 Criterios de diagnosticación del DSM-V para el trastorno de autismo

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), de acuerdo con la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013), establece una mejora en los criterios diagnósticos consensuando y simplificando la clasificación de estos.

Criterios diagnósticos      299.00 (F84.0)

A.- Deficiencias persistentes en la comunicación social y la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1.- Las deficiencias en la reciprocidad socio-emocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses y, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar y responder a interacciones sociales.

2.- Las deficiencias en conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal pero integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o eficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3.- Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de intereses por otras personas.

B.- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

1.- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos, por ejemplo, estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas.

2.- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal, por ejemplo, gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamientos rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día.

3.- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés, por ejemplo, apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes.

4.- Híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o intereses inhabitual por aspectos sensoriales del entorno, por ejemplo, indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento.



C.- Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supere las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

D.- Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E.- Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social a de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

De acuerdo al DSM-V (2013), se presenta el siguiente cuadro en el cual se explican los niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista, tomando en cuenta la comunicación social y sus comportamientos restringidos y repetitivos, que con mayor frecuencia presentan los niños con autismo. Figura 1

#### Características diagnósticas

Las características principales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (criterio C y D). La etapa en que el deterioro funcional llega a ser obvio varía según las características del individuo y su entorno. Las características diagnósticas centrales son evidentes en el periodo de desarrollo, pero la intervención, la compensación y las ayudas actuales pueden enmascarar las dificultades en, al menos, algunos contextos.

Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel del desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término espectro. El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no específico, trastorno desintegrativo de la infancia.

### Desarrollo y curso

Se deberán describir la edad y patrón de inicio en el trastorno del espectro autista. Los síntomas se reconocen normalmente durante el segundo año de vida (12-24 meses de edad), pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles. La descripción del patrón de inicio puede incluir información acerca de los retrasos tempranos del desarrollo o de cualquier pérdida de capacidades sociales o de lenguaje.

En los casos en los que se ha perdido capacidades, los padres o cuidadores pueden explicar la historia del deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o las capacidades del lenguaje. Normalmente esto ocurriría entre los 12 y 24 meses de edad, y se debe planear la distinción de los casos raros de regresión del desarrollo que ocurren después de 2 años de desarrollo normal.

Las características conductuales del trastorno del espectro autista empiezan a ser evidentes en la primera infancia, presentando en algunos casos falta de interés por la interacción social durante el primer año de vida. Algunos niños presentan una paralización o una regresión del desarrollo con deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o el uso del lenguaje durante los primeros dos años de vida. Estas

trastorno del espectro autista.

Los primeros síntomas del trastorno de espectro autista implican frecuentemente un retraso en el desarrollo del lenguaje acompañado por falta de interés social o interacciones sociales inusuales (por ejemplo, llevar a alguien de la mano sin intentar mirarle), patrones de juego extraños (por ejemplo pasar juguetes de un lado a otro sin jugar con ellos), y patrones de comunicación inusuales (por ejemplo saber el alfabeto pero no saber su propio nombre). Se puede sospechar una sordera pero normalmente se descarta. Durante el segundo año los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia de juego se hacen ver más evidentes.

#### Factores de riesgo y pronóstico

Los factores pronósticos establecidos para el resultado individual dentro del trastorno del espectro autista son presencia o ausencia de una discapacidad intelectual asociada, el deterioro del lenguaje y los otros problemas añadidos de salud mental. La epilepsia, como diagnóstico comorbido, se asocia a una mayor discapacidad intelectual y una menor capacidad verbal.

**Ambiental:** Existen diversos factores de riesgo, como la edad avanzada de los padres, el bajo peso al nacer o la exposición fetal al valproato, que pueden contribuir al riesgo de presentar el trastorno de espectro autista.

**Genético y fisiológico:** Las estimaciones de la heredabilidad del trastorno del espectro autista varían entre el 37% y más del 90%, basándose en la tasa de concordancia entre gemelos. Actualmente hasta el 15% de los casos parecen asociarse a una mutación

genética, siendo muchas las variantes del Novo, del número de copias y las mutaciones de Novo en genes específicos que se asocian al trastorno en las diferentes familias DSM-V, (2013).

#### Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno del espectro autista se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino, en muestras clínicas las niñas tienen a tener más probabilidades de presentar discapacidad intelectual acompañante, lo que esto es que, en las niñas sin deterioro intelectual acompañante o retraso del lenguaje, el trastorno podría no reconocerse, quizás por ser más sutil la manifestación de las dificultades sociales y de comunicación.

#### Consecuencias funcionales del trastorno del espectro autista

En niños pequeños con trastorno autista encontramos:

- Falta de habilidades sociales y de comunicación que a su vez pueden impedir el aprendizaje, particularmente el aprendizaje a través de la interacción social o en situaciones con compañeros.
- En casa la insistencia en las rutinas y la aversión a los cambios, así como las sensibilidades sensoriales interfieren al comer y dormir y hacen difíciles los cuidados rutinarios.
- Las habilidades adaptativas.
- Dificultades extremas para planificar, organizar y enfrentarse a cambios

En la edad adulta con trastorno autista:

- Dificultades para establecer independencia por la continua rigidez.

- Problemas para aceptar novedades.

Muchos individuos con trastorno del espectro autista, incluso sin discapacidad intelectual, tienen un funcionamiento psicosocial bajo en la edad adulta, como vivir independientemente y el empleo remunerado. Las consecuencias funcionales en la edad avanzada se desconocen, pero el aislamiento social y los problemas de comunicación, pueden tener consecuencias para la salud en la madurez tardía.

### Diagnóstico diferencial

Síndrome de Rett. Se observa una alteración de la interacción social durante la fase regresiva del síndrome de Rett (entre 1 y 4 años de edad), una proporción de las niñas pequeñas afectadas podrían debutar con una presentación que cumpla los criterios de diagnóstico del trastorno del espectro autista. Sin embargo después de este periodo la mayoría de los individuos con síndrome de Rett mejoran sus habilidades para la comunicación social y los rasgos autistas dejan de ser tan problemáticos.

Mutismo selectivo. El desarrollo temprano no está habitualmente alterado. El niño afectado muestra normalmente capacidades de comunicación apropiadas en ciertos contextos y entornos, incluso en los entornos donde el niño está mudo, la reciprocidad social no está deteriorada y no se presentan patrones de comportamientos restringidos o repetitivos.

Trastorno del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático). En algunas formas del trastorno del lenguaje puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades sociales secundarias, sin embargo el trastorno del lenguaje específico

normalmente no está asociado con una comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses, actividades restringidos y repetitivos.

Si un individuo muestra deterioro de la comunicación social y las interacciones sociales, pero no muestra comportamientos o intereses restringidos y repetitivos, se pueden cumplir los criterios de trastorno de la comunicación social, en vez de los del trastorno del espectro autista.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectroautista. La discapacidad intelectual sin trastorno del espectro autista puede ser difícil de diferenciar en niños muy pequeños. Los individuos con discapacidad intelectual que no han desarrollado capacidades de lenguaje o simbólicas, también constituyen una barrera para el diagnóstico diferencial, ya que los comportamientos repetitivos a menudo se presentan en los individuos.

Un diagnóstico de trastorno del espectro autista en un individuo con discapacidad intelectual sería correcto si la comunicación y la interacción social están significativamente deterioradas en comparación con el nivel del desarrollo de las capacidades no verbales del individuo. En cambio, la discapacidad intelectual sería el diagnóstico apropiado si no hay ninguna discrepancia aparente entre el nivel de las capacidades sociales/comunicativas y el de las demás capacidades intelectuales.

Trastorno de movimientos estereotipados. Las estereotipias motoras se incluyen entre las características diagnósticas del trastorno del espectro autista y por tanto no se realiza un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando estos comportamientos repetitivos se pueden explicar mejor por la presencia del trastorno del espectro autista. Sin embargo cuando las estereotipias causan auto lesiones y llegan a ser uno de los objetivos del tratamiento, los dos diagnósticos podrían ser apropiados.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Las anomalías de la atención, excesivamente centrado o fácilmente distraído, son frecuentes en los individuos con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Se debería considerar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) si las dificultades de atención o la hiperactividad superan las que normalmente se observan en los individuos de edad mental comparable.

Esquizofrenia. La esquizofrenia de inicio en la infancia normalmente se desarrolla después de un periodo de desarrollo normal o casi normal. Se describe un estado prodrómico en el que se produce deterioro social y aparecen intereses y creencias atípicas, lo que podría confundirse con las deficiencias sociales del trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, son las características definitorias de la esquizofrenia, no son rasgos de trastorno del espectro autista.

#### 1.4 Investigaciones sobre autismo

Si nos remontamos a las primeras décadas del siglo XX (43' 60') se sostenía que las conductas de los niños autistas tenían relación con el vínculo afectivo que se establecía entre estos y sus padres, es decir, su interacción, por lo que se decía que los padres eran de carácter frío y poco afectivos con ellos. Es entonces que culpabilizamos a los padres, como lo sugerían algunas teorías. No obstante se realizaron posteriormente estudios comparativos entre grupos de niños autistas y no se encontraron diferencias sustanciales. Es cuando los tratamientos psicoanalíticos no funcionaron.

Posiblemente a que situaban a los padres como causa y donde las consecuencias eran las conductas que presentaban estos niños con trastorno autista. Finalmente dicha creencia de cierta responsabilidad ha sido refutada. Por un lado podemos pensar que en esa época los

estudios de alta complejidad no estaban desarrollados como lo están en la actualidad donde se puede observar el funcionamiento y formación del cerebro, y como los niños con autismo no presentan rasgos físicos llamativos, entonces se les atribuía una causa psicológica y no biológica.

A mediados de los años sesenta, cuando empieza a surgir la idea de lo orgánico en el origen de este trastorno, cuando se plantea que los niños autistas al llegar a la adolescencia presentaban crisis de epilepsia. Luego se unen otras corrientes psicológicas que apuntaban a tratamientos basados en la modificación de la conducta (refuerzo-castigo) pero donde se hallaron ciertas dificultades de los sujetos para generalizar lo aprendido.

Así en la década de los 80-90`se llago a la psicología cognitiva que tiene como objetivos lograr una mejor habilidad social y cognitiva en estos sujetos Baron Cohen (1992) y Frith (1991). Una de las investigaciones plantea que se da un aumento en el neurotransmisor de serotonina pero que influían ciertas condiciones ambientales, con lo cual el aumento de serotonina entonces no podía establecerse en el orden de la casualidad. Esto no dice que las condiciones ambientales podían influir y producir alteraciones y de allí las investigaciones de tinte neurobiológico (Felici; 2005).

#### 1.4.1 Teoría de la Mente

La teoría de la mente consiste en atribuir estados mentales a otros, es hacer interferencias y en la anticipación. Esta capacidad no se desarrolla o resulta insuficiente en los casos de autismo. Todos los casos de autismo implican una deficiencia mental insta que no debe confundirse con deficiencia mental. La escuela propone de una manera implícita desarrollar las capacidades mentalidad del niño. El autismo no es la introspección ensimismada en un mundo propio rico que alejara del ajeno, sino la dificultad para



construir tanto el mundo propio como el ajeno. Para el niño normal, el mundo está lleno de mente. Para el autista vacío de ella (Riviere, 2001).

La teoría de la mente surge de dos investigadores Premack y Woodruff (1978). Ambos realizaron investigaciones experimentales, de ahí que tomaron a la chimpancé conocida en el mundo psicológico como Sarah (a quien se le aplicó un programa de enseñanza basado en un sistema de signos. Se comprobó entonces su notable inteligencia: lo decisivo no fue sólo su capacidad para resolver problemas si no la capacidad con la que contaba para predecir lo que el personaje necesitaba. Ambos autores comprobaron también la capacidad de engaño que poseen los chimpancés, que podrían contar con capacidades mentalistas.

Heinz Wimmer y Joseph Perner (1983) elaboraron un test que permitía determinar el momento de desarrollo de la teoría de la Mente. Se realizaba con muñecas y maquetas, la historia que es contada al niño dice (Riviere-Nuñez, 2001p. 78):

“Dos personajes, llamémoslos Pedro y Juan están en una habitación. Uno de ellos, Pedro, posee un objeto atractivo (por ejemplo una bolita), que el otro no tiene. Pedro guarda el objeto en un lugar o lo esconde en un recipiente, y a continuación se marcha de la habitación. En su ausencia Juan cambia el objeto de lugar. Ahora llega el momento culminante. ¿Dónde va Pedro a buscar la bolita?”

Los resultados a los que Wimmer y Perner arribaron es que a los cuatro años y medio, los niños predicen la acción equivocada del personaje engañando en el test de la falsa creencia. Baron-Cohen aplicaron en 1985 la tarea clásica mas simplificada (la conocida con dos personajes: Sally y Ana) obteniendo como resultados que el 80% de los autistas no lo resolvieron correctamente argumentando que la muñeca iría a buscar el objeto donde realmente estaba. A diferencia de los niños normales de entre 4 y 5 años que un 85% respondió correctamente y de los niños con síndrome de Down en un 86% de respuestas correctas.

Riviere en (2004), plantea que los niños entre 4 y 5 años responden mejor a la pregunta de predicción que a la de creencia. Otra de las pruebas que aplicaron Baron-Cohen, Leslie y Frith en 1986 consistió en que los autistas, normales y con síndrome de Down ordenaran una serie de historietas (mecánicas, comportamental e intencional). Los autistas lograban resolver las dos primeras (mecánica y comportamental) y en las últimas (intencionales) hallaban dificultad. Aunque de este último dato falta verificación con otros casos que evidenciaran esto. Se comprueba así la dificultad que hallamos en los autistas de inferir estados mentales, Baron-Cohen y colaboradores (1985); Frith (1989), Happé (1994) citados por (Ojea Rúa; 2004). Los estudios referidos se engloban dentro de la hipótesis explicativa de la teoría de la mente, cuyo argumento esencial se fundamenta en que las personas con autismo fracasan sistemáticamente en cuanto a formalizar una explicación o una teoría respecto al pensamiento de los demás.

Otros estudios basados en la línea de Baron-Cohen, como los de Happé plantean la dificultad en el juego simbólico que presentan estos niños; por ejemplo la imposibilidad de atribuirles a los juguetes características animadas. También se sostiene esto descartando el déficit en el desarrollo del lenguaje como del déficit a nivel cognitivo.

En los niños autistas encontramos dificultades en la ejecución de los protodeclarativos (comportamientos que tratan de procurar modificaciones en el estado mental del interlocutor) no en cambio en la realización de los protoimperativos (comportamientos instrumentales). Tal vez el autista pueda comunicar un deseo y necesidades pero será muy difícil que comunique experiencias acerca de los objetos o de las relaciones.

¿Por qué se da esto? Podemos pensarlo como una creencia para comprender el sentido de compartir experiencias con los otros (por la dificultad de interacción). Además acompañado por el déficit de metarrepresentación de dichos sujetos que actúan como

barrera para que aparezcan los protodeclarativos. Para realizar ficciones se requiere de la metarrepresentación.

De acuerdo con estos estudios, Prizant y Wetherby (1987) señalan que un porcentaje de actos comunicativos en los estudiantes con autismo pueden ser replicas de situaciones o determinados aspectos de ellas con el fin de conseguir una meta, pero rara vez convocan a la otra persona a compartir experiencias o a ser testigo de sus acciones (Ojea Rúa; 2004).

El importante descubrimiento de que los autistas presentan un déficit cognitivo específico de Teoría de la Mente no sólo ha sido importante (y lo es mucho) para comprender el autismo, sino también para entender lo que es la Teoría de la Mente y cuáles son sus bases cognitivas" (Riviere-Núñez, 2001).

Finalmente resulta esclarecedor pensar en cómo Riviere y Núñez reflexionaban acerca de las relaciones entre el autismo y la Teoría de la Mente cuando exclamaban (Riviere-Núñez; 2001): "¡Son los autistas los que parecen actuar de una forma lógica en la tarea de falsa creencia; lo raro es lo que les sucede a los normales!".

#### 1.4.2 Teoría psicoanalítica

Jaques Lacan (psicoanalista francés) es un autor imprescindible para hablar de las psicosis, a tal punto había permanecido como un continente inexplorado o vagamente explorado. Pero es con Lacan que comienza a pensarse un tratamiento posible de la psicosis (Lacan, 1981). Uno de sus seminarios, lleva por título *Las Psicosis (1955-1956)*; pone de relieve que no se trata de una si no de varias estructuras. Sin embargo, Lacan nunca estudio la psicosis infantil como tal.

Por tal motivo, los lacanianos contemporáneos han decidido retomar esta línea en la enseñanza de Lacan y se encuentran numerosas publicaciones sobre el tema.

Para Lacan el mecanismo original que opera en la psicosis es la conclusión (Verwerfung), a diferencia de la neurosis donde lo que opera es la represión (Verdrängung). Lacan en su seminario 3 entiende la conclusión como rechazo o negación; como algo que tacha, que anula toda interrogación posible sobre lo forcluido.

La conclusión del significante primordial que el llamará Nombre del Padre. Es en el orden simbólico el que permite retomar, integrar lo imaginario. En el psicótico la ausencia de lo simbólico crea un vacío, un hueco (Ledoux, 1987).

Dicho de otro modo, la idea de Lacan es que la psicosis el psicótico suple lo simbólico con lo imaginario. Bruno Bettelheim (1903), es un psicoanalista que estuvo en los campos de concentración nazi. De ahí que comience planteando diferencias entre estos niños con los autistas. Para Bettelheim al autista se le presenta el mundo como frustrante, al punto que si al niño no se le presenta el mundo como bueno entre los 6 meses y los 9 su mismo será inhallable. También esta teoría sostiene a la madre en la patogenia como casualidad del autismo; lo cual no deja de resultar contradictorio, ya que el mismo Bettelheim también menciona como un factor en el autismo el deseo de los padres de que el niño no exista.

Como medios terapéuticos, Bettelheim propone crear un entorno positivo, apuntar a una reconstrucción de la personalidad, dar al sujeto otra imagen sobre el mundo altamente positiva. Francés Tustin (psicoanalista inglés), es autora del conocido libro Autismo et psychose de l'enfant, (1977). Ella plantea el autismo infantil precoz como un fracaso en el desarrollo. Diferencia el autismo normal, con un autismo patológico. El autismo patológico lo tomo como intento de defensa del agujero, del no-yo. Comparte con M. Mahler la idea de un autismo de la primera infancia. Da ejemplos que por falta de amamantamiento o

dificultad en la asimilación los procesos autísticos se mantendrían. Estos procesos ubicados en el cuerpo remiten a la idea de continuidad.

También diferencia el autismo en:

- Autismo Secundario, que aparece como defensa de la depresión psicótica, en el cual se desarrollan procesos de envoltura que impiden el desarrollo psicótico.
- Autismo primario normal, hace hincapié en los procesos nutricios, en la unión niño-madre.
- Autismo primario anormal, prolongación del anterior, con ausencia total de estímulos y ausencia parcial de estímulos sensoriales debido a déficit en las figuras nutricias o deficiencias del bebé, nuevamente referencia a cuidados nutricios.
- Autismo secundario con caparazón, entiende el caparazón como protección contra los terrores del no-yo, se desarrolla un proceso de negación en los cuidados nutricios, en el niño se produce un encierro en sí mismo, idea de encapsulamiento.
- Autismo secundario regresivo, personalidad autística y hace referencia a las atenciones nutricias.

Para ella el autismo infantil precoz remite al autismo secundario de caparazón y la esquizofrenia infantil al autismo secundario regresivo. Tustin (1977) crítica a los psicogenetistas por relacionar las causas sólo con la madre y también a los que sostienen sólo una relación de casualidad orgánica. `La hipótesis que presentamos aquí sugiere que podría haber interferencia de factores genéticos y de un factor nutricio muy antiguo.

Tustin distingue dos fases en la psicoterapia:

1ª Fase: Revivir la frustración del agujero y poder diferenciar el niño de su terapeuta.

2ª Fase: Buscar sentido de las alucinaciones, en su interpretació

## CAPÍTULO 2

### DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

De acuerdo con Vázquez (2015), no es suficiente describir las características de la persona con autismo para poder atenderlo educativamente, es fundamental que todos los profesionales conozcan también como se explican esos extraños comportamientos; se saben que se presentan estereotipias pero ¿Por qué lo hacen? ¿Tienen una utilidad?, algunos no logran comprender las expresiones emocionales de los demás pero ¿Por qué no lo consiguen? ¿Qué habilidades emocionales no se desarrollan en ellos?, otros aprenden a leer y a escribir pero sin tener lenguaje oral ¿Cómo se explica este fenómeno tan curioso?. Por este motivo los educadores no deben limitarse a identificar los rasgos típicos que conforman el trastorno, sino que deben comprender lo que le sucede al niño, niña o joven con autismo que tiene como estudiante.

En el autismo las funciones o capacidades intelectuales, socioafectivas y comunicativas son las alteradas en el autismo. Es importante señalar que existe una gran variabilidad entre todas las personas con autismo, según su capacidad intelectual y la intensidad con que se manifiestan sus características.

#### 1. Áreas intelectual y sensoria

Atención. En las personas con TEA se han encontrado dos características en su forma de atender a los estímulos; en primer lugar, presentan lo que se denomina atención en túnel, sobreselección de estímulos, o también atención altamente selectiva. Esto significa que las personas con autismo se sobreenfocan en algunos aspectos de los estímulos, tal como si zoom con una cámara fotográfica. Por su propia voluntad no logran atender a la globalidad

de elementos que conforman un objeto, persona o situación, sino que se centran en algo particular: el color, el brillo, el movimiento, el sonido.

En segundo lugar muestran lentitud para cambiar rápidamente el foco de su atención como si no fuera efectivo el mecanismo por el cual se elimina el efecto del zoom (en el ejemplo de la cámara fotográfica). Una consecuencia de esta atención en túnel y de la lentitud en el cambio de focos de atención, es que perciben principalmente los detalles de lo que enfocan lo que los lleva a percibir las actividades, las personas y situaciones sociales de una manera parcial: como un conjunto de detalles, en el lugar de un todo, cuyo significado solo es apreciable en su conjunto.

Que complicado resultaría ser descubrir la emoción de una persona si usted solo pudiera enfocarse en las cejas en lugar de atender a todo el rostro. Por otra parte, la consecuencia de no poder cambiar con fluidez de un foco de atención a otro, se observa cuando el autista muestra una aparente sordera, pues cuando fijan su atención en algo no pueden responder rápidamente a un estímulo auditivo que proviene de otro lugar; así por ejemplo un niño será incapaz de responder a su nombre cuando está cautivado escuchando el sonido de un celular o la música de fondo que proviene de un estéreo, incluso no responderá a pesar de que la maestra le grite muy cerca de su oído.

Muchos profesores concluyen erróneamente que el niño se hace el sordo intencionalmente pues a veces atienden y otras veces no, lo cual la mayoría de las veces es falso; además se sabe que los niños autistas son más susceptibles a interesarse por los sonidos ambientales que por la voz humana. Por eso les interesa más el sonido que produce un juguete que las palabras afectuosas de otras personas.

Un dato curioso es que muchos de ellos muestran una especial predilección por la música de cierto ritmo (merengue, clásica, norteña, etc.), incluso se ha demostrado que los niveles de atención mejoran cuando se les canta en lugar de hablarles como normalmente lo hacemos. Es importante mencionar que así como cierta música les fascina otra les será particularmente molesta hasta el punto de ser imposible integrarlos al salón de música, otros se inquietan en honores a la bandera al escuchar el himno nacional y algunos huirán cuando en las fiestas se cantan las mañanitas.

**Senso-Percepción.** En relación a las sensaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfativas, vestibulares, propioceptivas), se han encontrado diversas alteraciones. Por un lado, pueden presentar hipersensibilidad o hiposensibilidad sensorial: esto significa que su umbral para las sensaciones pueden ser muy bajo o muy alto. En algunos casos hipersensibles a nivel auditivo, como si les faltaran los filtros naturales que los demás tienen para captar y tolerar los ruidos del ambiente, o como si una emisora estuviera mal sintonizada. Por lo tanto estímulos que para la mayoría son normales pueden ser molestos e incluso dolorosos para una persona con autismo.

Es frecuente que rechacen o sientan temor por el ruido de la olla de presión, la licuadora, el secador, el llanto, las risas de otros, ciertos tonos de voz, ciertas melodías, los globos al romperse o el bullicio de muchas personas. De ahí que se tapen los oídos o que eviten lugares donde hay estos estímulos. El simple rechinado que produce una silla al ser arrastrada por un compañero, puede provocar la agresión del autista para intentar suprimir el sonido que le causa dolor.

Algunas personas con autismo presentan hipersensibilidad visual y por esto pueden rechazar estímulos visuales como luces fluorescentes y de neón, brillos de joyas o elementos metálicos, contrastes agudos de luces y sombras. En consecuencia pueden cerrar los ojos, tapárselos o mirar de reojo, para atenuar la sensación. Según han reportado



personas autismo, la característica típica de evitar el contacto visual explica porque ciertas personas realizan muchos gestos con el rostro, mueven los ojos constantemente o realizan intrincados movimientos con la boca y esto les resulta molesto. En éste sentido puede ocurrir que un alumno con autismo evite mirar a la cara a la maestra que gesticula demasiado y muy rápido, pues esto le incomoda o le causa dolor. Por el contrario algunos autistas podrían fascinarse al observar una persona con grandes pestañas que parpadea constantemente y que mantiene el resto de la cara inmóvil.

Si la hipersensibilidad es de tipo táctil, puede rechazar algunos contactos físicos, cierto tipo de ropa, materiales, etc. Ser tocado en ciertas partes de su cuerpo puede ser tan doloroso que a veces huirán de algunos lugares y preferirán aislarse para evitar dichos estímulos, incluso evitaran las caricias o contactos físicos. Tocar algunos materiales escolares como plastilina, pegamento líquido o gel puede ser un desafío, desgraciadamente muchos maestros obligan a sus alumnos autistas a tocar estas sustancias sin saber que les están provocando un enorme dolor.

El arreglo del cabello o de las uñas, bañarse, traer cierto tipo de zapatos, chamarras o suéteres puede ser muy molesto e incluso doloroso para ellos, sin embargo las maestras insisten una y otra vez en colocarles estos objetos aunque observen que el estudiante con autismo no los soporta. La respuesta de oposición o de resistencia a hacer ciertas actividades en muchos autistas pueden deberse a estas alteraciones sensoriales; cuando el personal de las escuelas desconocen el funcionamiento senso-perceptual de estos niños, pueden intentar obligar equivocadamente a los alumnos a hacer tareas que les resulten enormemente incómodas, molestas o dolorosas.

Una parte de los supuestos problemas de conducta en autistas no son más que el resultado de la incomprensión de sus educadores y su incapacidad para ponerse en el lugar del autista. Imagine que a usted lo obligan a ponerse guantes ajustados después de que se ha

quemado gravemente las manos, algo semejante puede sentir un autista con ciertos estímulos en su piel.

Los que presentan hipersensibilidad olfativa o gustativa pueden presentar problemas muy frecuentes en la alimentación y aceptar solamente ciertos alimentos (casi siempre leche, pan y azúcar). El simple cambio de perfume puede provocar reacciones de llanto, agresión o indisposición. Algunos niños incluso olfatean a las personas antes de interactuar socialmente, lo más frecuente es que intenten oler las manos y el cabello tal y como lo hacen los sabuesos.

Por otra parte, así como hay hipersensibilidad también existe su contraparte de fascinación sensorial en toda persona autista. Cierta tono de voz o una expresión de la cara pueden ser sumamente llamativas para algunos autistas, hasta tal punto que podrían intentar provocar a las personas para observar nuevamente ese gesto de la cara o para escuchar de nuevo ese tono de voz, algunos se fascinan tan excesivamente con esas respuestas que se les convertirán en una autoestimulación, o en una forma ritualista de interactuar con esas personas.

Se ha observado por ejemplo en niños autistas provocando el enojo de un familiar solo para observar las arrugas que se le hacen en la frente, o provocar el llanto agrediendo a ciertos niños solo para escuchar ese peculiar llanto que tanto les fascina; no es que deseen hacer daño o molestar al otro, más bien se trata de provocar un estímulo fascinante como quien aprieta un botón de un juguete para ver como se mueve o se escucha. El autista debido a su deficiencia de tipo social suelen actuar de manera inocente más que mal intencionada, su relativa incapacidad para comprender la perspectiva del otro le dificulta ser consciente de que hace daño, molesta o incomoda.

Es fácil atribuir malas intenciones al niño y joven con autismo cuando provoca las respuestas emocionales de los otros, pero en realidad la mayoría de las veces solo está tratando de ver u oír un estímulo que lo ha cautivado; así por ejemplo un chico que presenta múltiples autoestimulaciones visuales, como vibrar los objetos frente a sus ojos o hacerlos girar, quizás descubra azarosamente que la maestra mueve su dedo índice repetidamente para indicarle que no arroje las sillas de su salón, sin darse cuenta, la profesora podría cautivar al niño con el movimiento de sus dedos, entonces observara un aumento en la tasa de episodios de lanzar las sillas, no para hacerla enojar sino para observar el dedo oscilando.

Esta característica perceptual en las personas con autismo se conoce como sobreselección sensorial. Consiste en la atracción intensa por algunos estímulos. En este caso, buscan los objetos o actividades que les provean cierto tipo de sensación. Por ejemplo, un niño pequeño con autismo puede hacer girar incesantemente las llantas de un carro de juguete, por la fascinación que le produce el efecto giratorio visual; otro más busca pinturas, detergentes y diversos elementos con olor fuerte regarlos y percibir su aroma, otros insisten compulsivamente en que les toque la cabeza. La realización repetida de alguna de estas acciones es lo que denominamos autoestimulación y se sabe que genera un efecto placentero o de relajación momentánea. Para cualquier persona con o sin autismo el concentrarse en estímulos de naturaleza repetitiva hace que se aisle del contexto o que se relaje, e incluso se concentra en la propia respiración.

Entonces la diferencia es que la persona con autismo se estresa más a menudo por un entorno que le resulta sobrecargado de estímulos o impredecible y rápidamente aprende a autoestimularse, sobreseleccionando ciertas sensaciones que le sirven de escape a las molestias ambientales.

El caso opuesto al exceso de sensibilidad se conoce como hiposensibilidad y se presenta cuando el umbral de estímulos es demasiado elevado. En este caso pueden reaccionar como si ciertos estímulos no existieran. Es muy frecuente la elevada tolerancia al dolor en las personas con autismo o como se menciona la aparente sordera. En ocasiones existen adormecimientos corporales súbitos que obligan al autista a frotar o golpear su cuerpo para recuperar la sensibilidad perdida; golpearse la cabeza contra la mesa, frotar una oreja hasta casi sangrar o golpear incesantemente sus mejillas son ejemplos de esto.

Flexibilidad Mental. Esta inflexibilidad se explica por sus dificultades para anticipar mentalmente los eventos futuros e inesperados. Suelen actuar con ansiedad, oposición, rechazo o rabietas cuando se les cambia intempestivamente sus horarios, lugares, recorridos, objetos o personas habituales. Como se dijo el autismo es sobre todo un espectro de dificultades que van desde el nivel más severo al más superficial, por lo cual no todos los alumnos presentan el mismo grado de inflexibilidad.

En su cerebro existe una especie de disco rayado, requiere de una guía explícita de que hacer y cómo, en lugar de simplemente recibir consecuencias negativas o llamados de atención de las demás personas. Las estrategias de estructuración espacial y temporal mediante el uso de imágenes y otros estímulos visuales es una buena alternativa para mitigar la inflexibilidad; al pensar más en imágenes que en sonidos y símbolos el autista logra comprender lo que ocurrirá si algo cambia y se mostrara más dispuesto a acomodarse a situaciones que rompen su rígida forma de vivir.

Memoria. Es una fortaleza, en especial de tipo visual, la cual frecuentemente es fotográfica. Las imágenes almacenadas difícilmente las borran. Tienen facilidad para aprenderse fácilmente secuencias o información con cierto patrón fijo; por ejemplo: capitales, fechas, pasos de un procedimiento para manejar diferentes equipos.

## 2. Áreas social y afectiva

Dificultades En El Autoconcepto. Los alumnos con autismo presentan dificultades para desarrollar un concepto objetivo, estable y abstracto de sí mismo. La gran mayoría se atrasan en la adquisición de la autoimagen, mientras que esta es una habilidad que dominan los niños desde la mitad del segundo año de vida, en ellos hay que esperar a veces hasta la edad escolar para que reconozcan su imagen en un espejo o en fotografías.

Aun cuando han logrado reconocerse, en general hay que esperar un tiempo más para que su imagen se estabilice, pues muchos se muestran extrañados, desconcertados o con miedo cuando observan cambios radicales en su cuerpo como al disfrazarse, pintarse para un festival o hacerles un drástico corte de cabello; pareciera que ante el simple cambio de imagen ya no se reconocieran o hubieran cambiado de identidad.

Cuando desarrollan lenguaje se describen a sí mismos en términos de aspectos físicos y quizás algunos gustos personales, pero en general no consiguen identificar sus características psicológicas o de personalidad, por ejemplo no dirán soy perfeccionista o enojón. Comúnmente si no se trabaja explícitamente en el desarrollo de esta capacidad psicológica la persona autista permanece parcialmente consciente de sí misma.

Comprensión Emocional. A los autistas les cuesta mucho trabajo reconocer las emociones y sentimientos en sí mismos y en los demás. Se atrasan en la comprensión de las emociones básicas como la tristeza, el miedo, la alegría y el enojo, los niños regulares consiguen hacerlo desde los 3-4 años de edad cuando se les muestran rostros y los 6 años logran reconocer las emociones con solo mostrarles posturas y movimientos corporales. El desarrollo y comprensión de los sentimientos es aun mas fácil, ya que la vergüenza, la culpa, el orgullo, el rencor, la lástima, etc., son de una complejidad mayor; incluso existen

personas autistas que no solo no los comprenden si no que no desarrollan estos sentimientos.

No sentirán vergüenza por lo que hacen (algunos orinaron en medio del patio escolar con toda la tranquilidad), tampoco experimentan culpa por la afectación que produce a otra persona u orgullo por sus logros. Las emociones son más primitivas que los sentimientos por lo cual estos últimos son más complicados para los autistas.

Durante mucho tiempo se pensó que los niños autistas eran incapaces de comprender las emociones y sentimientos, sin embargo, ahora se sabe que estos alumnos si pueden lograr comprender las emociones y sentimientos de sí mismos y las de los de otras personas si el ambiente traduce verbalmente y visualmente lo que ocurren. Mostrar fotos, ilustraciones, o dibujos de expresiones emocionales en cuanto el niño presente una respuesta emocional es un gran apoyo para ir desarrollando la autocomprensión emotiva.

**Dificultad Para Compartir.** Compartir es la habilidad para entregar o desprenderse voluntariamente de una posesión (alimento, juguete, herramienta, dinero, etc.) en beneficio de otras personas. Los niños con autismo suelen tener dificultad para ejercer esta habilidad, por ejemplo se apegan de tal manera a ciertos objetos, juguetes y alimentos que será prácticamente imposible convencerlos de prestarlos a otras personas, por otra parte en ocasiones se desprenderán despreocupadamente de otras cosas que los demás si valoran, pero no lo harán como un acto de compartir, repartir o entregar en función de los deseos de los demás, sino más bien como un acto de desinterés o indiferencia por alguna de sus propiedades.

El autista no solo no ejerce la compartición si no que le cuesta trabajo comprenderla cuando la ejercen los demás, por ejemplo si un compañero le ofrece de su torta quizá la tome y la consuma por completo dejando al otro sin su alimento, no entiende que en este caso compartir es solo comer una parte.

Dificultad para desarrollar Teoría de la Mente. La Teoría de la Mente es una competencia que otorga a las personas la capacidad de entender las emociones y pensamientos de los demás. Aproximadamente a la edad de 4 años, los niños regulares comprenden lo que significa tener mente; se dan cuenta que las personas pueden pensar, saber, creer o sentir de forma diferente. La vida social y las relaciones interpersonales se basan en esta habilidad. Es por esta Teoría de la Mente, que la mayoría de las veces no se dice a los demás cosas que podrían herir sus sentimientos; también es por esta Teoría de la Mente que se cambian las palabras según con la persona que se esté, pues se anticipa lo que conocen o no de la información que se les comunica. Es por esta habilidad que modulamos el volumen de la voz según la distancia a la que nos encontramos del interlocutor.

También gracias a esta habilidad comenzamos a mentir desde la niñez y vamos acomodando la mentira a las creencias y personalidad de cada persona. Todo el tiempo estamos analizando las actitudes de los demás y se puede saber por sus gestos y actitudes si están tristes o enojados, e incluso se puede inferir por el contexto que es lo que les ha sucedido.

Es cierto que para todos los seres humanos las interacciones sociales son un asunto complicado, pero en términos generales desde los 6 años todos tenemos la capacidad de desarrollar empatía y deducir que es más o menos apropiado hacer o decir en un momento en particular, según lo que se quiere lograr. Pero no sucede lo mismo en los niños con autismo, ellos no desarrollan la Teoría de la Mente como con los demás niños y carecen

casi completamente de esa habilidad que permite a otros sujetos ser empáticos y entender los diferentes tipos de vista.

La vida social y el comportamiento de las personas están llenos de elementos, la mayoría de ellos implícitos, que en su conjunto llevan a las personas a formarse ideas o hipótesis, es decir, teorías. Algunos llaman a esta habilidad para comprender las intenciones, sentimientos y pensamientos de las demás personas. Se requiere de procesos guiados muy detallados y con metodologías especiales para que los niños autistas hagan avances en este aspecto.

Habilidades Sociales: cooperar, trabajar en equipo y practicar las reglas. Lógicamente con tantas limitaciones socioafectivas es natural que las personas autistas también tengan dificultades para cooperar con otros, trabajar cordialmente en equipo y ajustarse a las reglas sociales de todo tipo (normas de convivencia en la escuela y la familia, reglas de juego, reglas de compra-venta, reglas de armonía familiar, etc.).

Será indispensable aplicar programas de desarrollo y/o conductuales bien definidos si se desea conseguir estas habilidades psicológicas en los niños con autismo, de nada sirve dejarlo con niños sociables pues no socializara, ni ponerlo a trabajar en equipo porque no cooperara, ni incluirlo sin apoyos en actividades lúdicas pues no comprenderá ni aplicara las reglas, etc. Es la mediación del aprendizaje que hacen los maestros y la mediación del desarrollo que hacen los psicólogos y la familia de comunicación lo que puede ciertamente mejorar la situación general de estos niños.

### **3. Área comunicativa/lingüística**

Los autistas presentan un mayor o menor nivel de afectación en sus funciones comunicativas. Todos muestran dificultades tanto en la comprensión como en la expresión



comunicativa y ambas están afectadas en su componente verbal como no verbal. De todas estas dificultades se destacan las siguientes:

Fonología o Articulación. Los niños con autismo no presentan dificultades en la articulación propiamente dicha. Los que no hablan no demuestran dificultades en los órganos fonoarticuladores; si no hablan es por otra razón. Jim una persona con autismo dice; Debido a que yo NO utilizaba el lenguaje para comunicarme hasta que tuve 12 años, existía una duda considerable acerca de si yo lograría aprender alguna vez a funcionar independientemente. Nadie podía adivinar cuanto comprendía, porque yo no podía decir lo que sabía. Y nadie adivina la cuestión crítica que yo no sabía, la conexión que faltaba de la cual dependían tantas cosas más; yo no me comunicaba hablando, no porque fuera incapaz de aprender a usar el lenguaje, si no debido a que no sabía para que se hablaba, no tenía ni idea de que esta podía ser la forma de intercambiar significados con otras mentes.

Prosodia o Entonación. a mayoría de las personas con autismo verbal muestran una entonación o acento diferente, melodioso, como si fuera extranjera, similar a las criaturas o muy monótona; lo curioso es que lo mismo sucede con cualquier idioma. Algunos pueden hablar atropelladamente, dificultando a veces que su interlocutor les comprenda. Así mismo, pueden hablar a un volumen muy bajo o variar en diferentes momentos el tono de voz, pasando de muy agudo a muy grave. Los casos más leves, pueden no presentar ninguna de estas alteraciones.

Sintaxis o Gramática. La formación de frases simples puede ser apropiada, pero tienden a repetir las frases tal como las escuchan, por lo cual es frecuente la reversión de pronombres; por ejemplo, pueden decir, "quieren galletas", en lugar de, "quiero galletas", o "esta es tu lonchera", en lugar de "esta es mi lonchera".

Las frases muy largas pueden ser difíciles de organizar para ellos, dando la apariencia de un discurso ilógico; pero quienes conocen de cerca al niño o la situación que está tratando de expresar, saben que no es ninguna incoherencia si no una mala secuencia.

Comprensión literal de las palabras. Un alumno irá detrás de la bandera diciendo, "hola bandera, hola bandera", en un evento cívico porque su maestra le ha ordenado "saludar a la bandera", otro pondrá su libro en el piso y saltará sobre él porque su maestra le ha indicado que "se salte la página 6"; otro niño se pondrá a llorar porque su mamá le ha dicho que si no se pone la chamarra se morirá de frío; observe la limitación para comprender el significado figurado que hay detrás de estas expresiones.

Dificultad para comprender la comunicación no verbal. Las personas autistas de cualquier edad presentan dificultades para entender el significado de la mirada, las sonrisas, las posturas y los movimientos corporales, por ejemplo, un estudiante autista, segura aventando agua del lavabo aunque observe los signos de enojo de su mamá, no es que no le importe si no que no comprende que está afectado emocionalmente a su mamá y que debe dejar de hacerlo, si a esto se le agrega que su mamá le grita diciéndole. "Muy bonito, muy ... J !!!", entonces el niño menos dejará de hacerlo pues su mamá le está pidiendo literalmente que le siga.

Otro ejemplo es cuando un estudiante autista golpea a otro, este no deja de hacerlo a pesar de los gestos de dolor de su compañero, no es que sea sádico o indiferente, lo que ocurre es que no sabe que el niño está sintiendo dolor y que lo manifiesta a través de su expresión facial.

Vázquez (2015), menciona las características sociales, afectivas, intelectuales y comunicativas tienen a mermar inevitablemente el funcionamiento social de esta población. Así pues, si bien el autismo no es un problema de naturaleza psiquiátrica, sino un patrón

diferente de desarrollo, pueden llegar a presentar problemas en su conducta adaptativa social en caso de no contar de manera permanente con los siguientes tipos de apoyo:

- ✓ Apoyos Naturales. Los compañeros y en general personas de la misma edad, son necesarios como referente de los comportamientos esperados y como facilitadores o mediadores en situaciones cotidianas.
- ✓ Apoyos Tecnológicos. Es necesario ser creativos para enseñar comportamientos socialmente apropiados y para que la persona con autismo comprenda el punto de vista del otro. Se puede recurrir a videos, grabaciones, guiones sociales, secuencias graficas, títeres, marionetas, juegos sociales, juego de roles, etc., para facilitar el aprendizaje de conductas.
- ✓ Servicios. Los programas educativos, así como las actividades sociales y recreativas desde temprana edad resultan fundamentales para promover el desarrollo personal/social.

## 2.1 Lenguaje y comunicación en personas con Trastorno del Espectro autista

El hombre es un ser social por naturaleza, por lo que de una u otra forma tiende a relacionarse con las personas que lo rodean en base a un proceso de interacción. Para que esta pueda llevarse a cabo, se necesita de un sistema que posibilite al ser humano comunicarse a través de signos, permitiéndole presentar la realidad para poder así comprenderla con los demás, a esto se le denomina lenguaje, concepto que hace la distinción entre el hombre y los animales, entendiéndose este como un "método exclusivamente humano, no instintivo, de comunicación ideas, emociones y deseos, por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada.

Estos símbolos son ante todos auditivos y son producidos por los órganos del habla". Sapir, (1956) citado por (Naranjo; 2012). Así, el lenguaje para el ser humano cumple un

rol fundamental, es un vehículo de su pensamiento, su identidad, sus emociones, entre otros, convirtiéndose así en un instrumento que está al servicio de la comunicación, la que es entendida como un "intercambio de información o puesta en común de significaciones, intencionadas, en una relación humana determinada" (Naranjo, 2012).

Considerando las palabras de Riviere (2001), el lenguaje implica un conjunto complicado de procesos que permitan editar los estados de la mente, esquemas, conceptos, creencias, representaciones mentales, entre otros, como un editor que los convierte en energía física. Al convertirlos en energía física, las personas la recogen y la convierten en estados mentales de estas. Para que el lenguaje de una persona sea relevante para otra, es necesario tener en cuenta el estado de la mente del otro, el cual es el objetivo de la comunicación.

Existe un aspecto en el que se ha llegado a un acuerdo generalizado y se ha convertido en una de las principales características de este trastorno, se refiere a la presencia de una alteración profunda en la comunicación y el lenguaje del niño autista, el cual se considera como un criterio imprescindible para el diagnóstico de los TEA.

Los deterioros en la comunicación expresiva y receptiva mostrados por las personas con Trastorno del Espectro Autista pueden ser graves. Un porcentaje cercano a la mitad de esta población, no llega a adquirir el lenguaje práctico y estos si bien, desarrollan el habla tienden a no utilizar su lenguaje de forma comunicativa (Naranjo, 2012). Esta incapacidad para utilizar la comunicación de forma efectiva, puede provocar conductas desafiantes las cuales tendrán relación con el subtipo de autismo que presente el niño.

Estos subtipos son el Trastorno de Asperger y el de Kanner; según Riviere (2001), el primero hace referencia a niños que carecen de las habilidades pragmáticas e intersubjetivas, las que a un niño sin este tipo de dificultad le permiten desarrollar el lenguaje (porque comprende a los demás).

Se hace presente un lenguaje peculiar, un lenguaje formalmente hipercorrecto, pero que puede tener componentes muy pedantes dando la impresión de ser muy poco natural, en el trastorno de Kanner, los niños presentan una serie de alteraciones de lenguaje, entre ellas están mutismo, ecolalia, categorías deícticas, inversión pronominal, el laconismo y el lenguaje receptivo (disfasia receptiva).

Existen diversas formas y modelos explicativos que pueden adoptar las alteraciones del lenguaje y la comunicación, según la edad y niveles, de competencia de la persona con TEA. Siguiendo la idea de Riviere (2001), se pueden caracterizar las alteraciones en el lenguaje y sus diferentes niveles, a partir de las propiedades que este posee, propiedades necesarias para la acción de comunicar y que se encuentran altamente alteradas en el caso de los niños autistas.

La primera de ellas es la generatividad, la que implica que una persona que se comunica a través del habla natural de un lenguaje, tiene la capacidad de generar múltiples oraciones gramaticales. Las personas en general poseen una memoria léxica, ya que estas pueden ser infinitas. Sin embargo existe la capacidad de crear las oraciones que se desean, a través de un sistema llamado gramática, la cual puede ser almacenada en el cerebro.

Algunas personas con TEA almacenan oraciones como si fueran palabras y el sistema que se encarga de eso, no es un sistema generativo, ya que no logra hacer relaciones para crear los distintos enunciados que se desean comunicar, solo se limita a reproducir unidades de información anteriormente oídas y almacenadas.

Otros niños con el Trastorno del Espectro Autista realizan ecolalias contextualizadas o funcionales, lo que significa que son capaces de utilizar una oración en el contexto adecuado, por ejemplo a la hora de ir al baño dicen: "¿Quieres hacer pipi?", porque esto es lo que han oído de su madre a la hora de ir al baño, así el niño luego de haberlo almacenado, lo repite cuando se manifiesta esta situación. Esto no significa que el niño posea una gramática o una estructura formal del lenguaje pero sí que posee una actitud comunicativa.

Otra propiedad es la función ostensiva del lenguaje, referida a la función esencial de compartir el mundo mental, lo que implica tener una percepción del "otro" como sujeto de experiencia y compartir intersubjetivamente con este. Aquí el lenguaje toma la forma de comentario, descripción, definición, opinión, expresión de emociones o necesidades, entre otras; es decir, mostramos otros mundos, realidades o perspectivas, esta función se llama ostensiva o declarativa. Esta es de muy complejo acceso, por lo que las personas con TEA presentan serias dificultades en sus adquisiciones, incluso la mayoría no logra poseerla, ya que esta implica acceder a la mente del otro, teniendo en cuenta primero que existe tal mente en el otro. Esta función se puede observar en el desarrollo normal del niño alrededor de los 18 meses, por ejemplo, cuando identifican las pertenencias de sus progenitores y mencionan sus nombres queriendo decir que esos objetos son de ellos, compartiendo de esa manera su experiencia sobre algún aspecto de su entorno.

En tercer lugar se encuentra la doble semiosis, lo que se refiere al lenguaje como un mecanismo de doble significado. Hay enunciados que no significan lo que parecen significar pudiendo tener mayor o menor importancia, no por lo que es este en sí mismo, sino este en función del contexto mental e interpersonal en que estamos, refiriéndose a los múltiples significados que pueden tener una palabra, dependiendo del contexto en que esta es utilizada (dependencia pragmática).

Maciques (2012), describe que las personas suelen decir palabras que no significan lo que precisamente deben significar, es decir, la palabra pierde su significado real, tomando el que quiere sugerir la persona. Esto ya es un fenómeno normal en la utilización del lenguaje y la mayoría de las personas pueden interpretar el significado sin problemas, a que sus mentes son surrealistas, sin embargo la mente de la persona con TEA es esencialmente literal. Aunque parezca rebuscado o de poca importancia, estas sutilezas del lenguaje también inciden en la complejidad de este, por lo que es importante que la mente sea capaz de comprender e interpretar de manera correcta lo que se intenta comunicar, logrando así ser entendido y compartido por todos. De aquí surge que el lenguaje sea inherentemente ambiguo, ya que tiene un poder conflictivo que para una mente autista es difícil de entender, debido a la dependencia entre contexto y significado.

La última propiedad es la dirección conversacional y discursiva que posee el lenguaje, la que tiene relación con lo propuesto por Brunner la que plantea que la persona viene determinada para desarrollar el lenguaje, es decir, no es que la persona desarrolla una habilidad narrativa y discursiva, es que ya desde antes la mente del niño es una mente de estilo discursivo, en la evolución normal del lenguaje, un niño a los cinco años de edad posee la gramática completa de este, siendo igual a la de un adulto (Riviere, 2001, p.27),.

En los casos específicos de trastorno de Kanner, los niños presentan una alteración denominada inversión deíctica, la cual está referida principalmente a los términos lingüísticos de: "¿Quién es ese?", "¿Qué es aquel?", "¿Quién es este?", "¿Quién soy yo?". "¿Quién eres tú?", "¿Quiénes somos?". etc., los que cambian o varían dependiendo del contexto, ya que son de referencia móvil. *Yo* es quien habla y *tú* se atribuye al *yo* del otro, y *este*, *ese* y *aquel* son distintos dependiendo de la circunstancia. Otra alteración es el laconismo, es decir, que si bien la persona con TEA puede llegar a alcanzar niveles lingüísticos altos en base a un trabajo constante, puede no llegar a ser un habitante natural del lenguaje, siendo extremadamente literal, por el hecho de presentar un importante déficit receptivo.

Lo expuesto anteriormente, se entiende de mejor manera recurriendo a las tres dimensiones del lenguaje, propuestas por Riviere (2004) en el Inventario de Espectro Autista (IDEA), las que contienen cuatro niveles posibles de encontrar en la persona con TEA. Estas son las siguientes:

- Funciones comunicativas: En un *primer nivel*, considerándose este como el inferior, se encuentran los niños que no se comunican y que no presentan una conducta intencionada de interacción con su entorno mediante un sistema de signos. En el *segundo nivel*, están los niños que comienzan a protoc comunicarse, es decir, el niño toma la mano de la persona que está a su lado y la lleva hacia el sitio en donde está lo que desea o necesita, siendo esta una conducta instrumental, donde no se utilizan signos, si no que se utiliza a otra persona como instrumento. Este es un paso importante en la comunicación del niño autista, ya que esta forma parte de una conducta intencionada e intencional de relación.

En un *tercer nivel* se encuentran los niños que poseen conductas comunicativas, específicamente para solicitar lo que se realiza mediante signos que pueden ser palabras o conductas aprendidas mediante un sistema específico, sin embargo, aun no se hace presente la función ostensiva o declarativa; es decir, el niño no comparte experiencias, intereses, entre otros. En el *cuarto nivel* se encuentran desarrolladas y/o adquiridas conductas comunicativas en el niño, aspectos de la función ostensiva, pero con ciertas limitaciones en la calificación subjetiva de la experiencia y con escasas declaraciones de su mundo interno o propio.

- Lenguaje expresivo: En el *primer nivel* se presenta un mutismo total o funcional, lo que hace referencia a la ausencia total de lenguaje, sin embargo pueden existir verbalizaciones, como por ejemplo, una ecolalia demorada, que más que por lenguaje, se produce por motivos musicales, por lo que se considera una actividad musical no lingüística, produciéndose por un gusto específico de ese sonido. Esta actividad depende de zonas neurolingüísticas totalmente distintas a la del lenguaje. En un *segundo nivel*, están los niños que emiten palabras aisladas o ecolalias. El *tercer nivel*, tiene relación con la presencia del lenguaje oracional, oraciones no ecológicas de carácter gramatical, esto se evidencia en conversaciones que duran



breves periodos de tiempo y posee un bajo grado de reciprocidad, caracterizada por preguntas y respuestas, donde la acción del lenguaje no pasa a ser una actividad discursiva. En el *cuarto nivel* se encuentran los niños con trastorno de Asperger, los que poseen discurso y conversación, pero con ciertas limitaciones para adaptar flexiblemente ese lenguaje.

- Lenguaje receptivo comprensivo: En el *primer nivel* se presencia una sordera central, es decir, el niño ignora receptivamente el lenguaje. Aquí se da un fenómeno de sordera aparente, de percibir y no percibir. En esta situación se encuentran los casos donde los padres se preguntan ¿Cómo va a ser sordo, si cuando enciendo la televisión va corriendo?. En el *segundo nivel*, se encuentra el niño que a veces demuestra comprender y otras no, como si el eligiera lo que quiere comprender. La comprensión se presenta como un fenómeno inestable en el niño, de inexistente explicación. En un *tercer nivel* se da una comprensión de enunciados, esta se lleva a cabo mediante un proceso de decodificación lingüística, sin embargo esta es de carácter literal y poco flexible. Aun no se es capaz de comprender los discursos. En el *cuarto nivel*, el niño logra comprender discursos y conversaciones, pero presenta dificultad en los diferentes significados literales y los sutiles aspectos pragmáticos de la conversación.

## 2.2 Aspectos generales en la intervención del lenguaje en el Trastorno del Espectro Autismo

De acuerdo con Naranjo (2012) y Gortazar (1999) a partir del año 1970 numerosos estudios han validado la importancia de enseñar habilidades comunicativas y lingüísticas a las personas con autismo y/o T.G.D (Trastornos Generalizados del Desarrollo). En sus postulados plantea que actualmente la intervención psicopedagógica de la comunicación y el lenguaje ocupan un lugar central en el programa de tratamiento TEA. El objetivo central de esta es conseguir u optimizar el uso comunicativo del lenguaje en el contexto natural de la persona, es decir, desarrollar las habilidades comunicativas o pragmáticas sin olvidar que

el lenguaje es un sistema global. Así mismo es necesario que toda intervención psicopedagógica considere la edad evolutiva de la persona y los datos relevantes de su desarrollo.

En relación a los modelos de intervención psicopedagógica en el área de la comunicación y el lenguaje, Gortazar (1999) plantea que uno de los que responden de mejor manera a las necesidades del TEA es el Interaccionista o Naturalista, en el cual se enfatiza el uso comunicativo del lenguaje en el contexto natural y cuyo objetivo es conseguir una comunicación eficiente que optimice la adaptación social de la persona. Además se refiere al Movimiento Pragmático Abstracto, el cual hace referencia al desarrollo de un conjunto de destrezas diferentes y conocimientos abstractos que el niño necesita poseer para demostrarlos en diversos ámbitos.

Se trata de enseñar destrezas y de organizar los distintos contextos de la vida diaria de la persona para facilitarle el uso y comprensión de las misma. Sin embargo, los otros enfoques o modelos, como son el Conductual, Lingüísticos y Psicoanalista no deben de ser excluyentes, por lo que se sugiere el uso de un modelo integrado y flexible de intervención del lenguaje con predominio de los principios funcionales e interactivos. La aplicación de los distintos modelos debe ser flexible, según el momento evolutivo del niño, el nivel de competencias sociales, cognitivas y comunicativas adquiridas o dependiente de los objetivos de la intervención seleccionados.

Dentro de los Modelos Pragmáticos y/o Funcionales, se encuentran ciertos principios fundamentales que deben de estar presentes en todo programa de intervención de la comunicación y el lenguaje de las personas con TEA descritos por Gortazar (1999) citado por Naranjo (2012) agrupándolos en tres aspectos: contenido, contexto y estrategias de aprendizaje/enseñanza.

- Contenido. Los programas de intervención generalmente se centran en desarrollar tres áreas o habilidades fundamentales, las cuales son *intencionalidad o uso funcional de actos comunicativos*, *habilidades conversacionales* y *discurso narrativo*. Al inicio, la intervención se centra en hacer sentir al niño la necesidad de comunicar, a partir de las necesidades físicas y sociales de comunicación que el mismo tiene. No interesa demasiado la evolución de los déficit que la persona presenta, por ejemplo si tiene el esperado número o rango de actos comunicativos esperados.

El programa de intervención se realiza para "satisfacer" las necesidades y propósitos del comunicador más que para acotar sus déficits. Se parte de un conocimiento de las necesidades del sujeto y de un examen de los actos comunicativos de ocurrencia natural en los contextos de la vida diaria que muestran cuales son o pueden ser sus intenciones comunicativas. Se trata, de este modo, de identificar los actos comunicativos que la persona utiliza y de determinar sus intentos fallidos para expresar sus intenciones o modos no convencionales de expresión. Así, los contenidos del programa de intervención van a ir dirigidos a mejorar la expresión de las intenciones comunicativas de la persona con TEA, facilitando en primera instancia que utilice las habilidades comunicativas que ya posee, además de enseñarles modos más convencionales o adaptados de expresar sus intenciones y a diversificar o ampliar las categorías de funciones pragmáticas que utiliza. La selección de objetivos se basa en un cuidadoso análisis de las intenciones comunicativas de la persona con TEA, teniendo en cuenta que:

- La destreza que se enseña debe tener utilidad inmediata para la persona con TEA en su ambiente natural.
- Deben considerar conductas capaces de generar efectos significativos y reales para esta, con consecuencias disponibles en su ambiente natural. Se podría decir que deben ser destrezas que la propia persona elegiría tener, ya que producen cambios significativos en su vida natural.
- Deben poder ser practicada con una frecuencia razonable dentro de su vida diaria.
- Debe ser apropiada a la edad evolutiva y se deben fundamentar en el modelo de desarrollo normal.

- Deben seleccionar objetivos que promuevan y/o posibiliten su participación en las actividades de la vida diaria. La persona con TEA debe desarrollar su lenguaje a través de sus interacciones con el medio, en un contexto social.
- Se debe partir de las destrezas o habilidades comunicativas y lingüísticas que la persona posee.

Al hablar de los contenidos de los programas de intervención, se debe recordar que hay muchas formas de comunicación y que para muchas personas con TEA no verbal, el uso de formas más concretas y visuales de comunicación va a ser el vehículo que le abra las puertas a la comunicación con los demás, por ende se deben considerar los sistemas Alternativos y Aumentativos de la Comunicación dentro de un modelo que enfatice el uso funcional del sistema.

- Contexto. El aprendizaje de las habilidades comunicativas y lingüísticas debe darse en un entorno natural o de actividades naturalmente planificadas que promueve la motivación del niño para el uso del lenguaje. Se enfatiza la importancia de emplear contextos de interacción natural y la necesidad de que el contexto se amolde a las necesidades de la persona con TEA.

Los distintos contextos de intervención del lenguaje deben organizarse de modo que la persona pueda participar de manera efectiva. Es de suma importancia, en la educación de una persona con TEA, propiciar predictibilidad y abstracción analítica, por lo que el uso de rutinas altamente estructuradas y fijas junto con el empleo de claves predictivas o sistemas visuales que faciliten la comprensión y uso de información secuencial son principios que deben conocer toda persona que trabaje o se relacione con quienes presentan TEA.

- Estrategias de enseñanza-aprendizaje. También conocidos como métodos que se pueden utilizar para desarrollar las habilidades comunicativas y lingüísticas de las personas con TEA, deben considerar tanto una adecuada planificación y

organización de los distintos contextos interactivos que lo rodean, como utilizar una serie de apoyos o soportes que le faciliten la comunicación y/o le permitan comunicarse de manera mas efectiva. Existe una serie de procedimientos o soportes de favorecer y consolidar el desarrollo del lenguaje, relacionados principalmente con los estímulos o con el feedback que la persona recibe y que le permite mejorar o desarrollar su lenguaje.

Las estrategias educativas, relacionadas con el comportamiento verbal de la persona con TEA, más comúnmente utilizadas serian: Adecuación del Input lingüístico y comunicativo, feedback positivo, repetición idéntica, expansión, extensión, imitación, imitación según un modelo y secuencias sustitutorias, índices visuales, preguntas abiertas y preguntas de alternativa forzada, instrucciones directas, alusiones, peticiones de clarificación o de rectificación, espera estructurada, dialogo modelado, etc.

Estas estrategias educativas pueden ser utilizadas en diferentes formatos interactivos o contextos de intercambio comunicativo, así como a través de distintos soportes físicos y socializadores. Algunas de las estrategias relacionadas con los formatos interactivos Naranjo (2012) los definen como:

**Mandato-Modelo:** El adulto inicia la interacción generando una situación en la que la persona con TEA necesita su ayuda para obtener un objeto deseado o una actividad. El adulto instruye a esta para que de una respuesta verbal como condición de obtener su ayuda. Usualmente se incorpora apoyos en forma de pregunta abierta, índices visuales, espera estructurada, imitación, repetición y feedback positivo.

Enseñanza incidental: La persona con TEA inicia la interacción y el adulto usa esa oportunidad para requerir a esta una emisión más completa o elaborada. Se le ayuda con estrategias de pregunta abierta o de alternativa forzada, imitación, petición de clarificación u otras.

Presentación de obstáculo o cadena interrumpida: El adulto interrumpe a la persona en medio de una secuencia predecible de conductas en la cual él está activamente ocupado. La persona con TEA está usando objetos de una forma predecible y es interrumpida en su actividad de modo que no puede continuarla si no responde a la demanda comunicativa del adulto. El adulto introduce estrategias de ayuda.

Torpeza creativa: Supone dar a la persona con TEA una orden, comentario o feedback inadecuado, de forma que se vea obligada a pedir o a dar nueva información al adulto. Actividades conjuntas no directivas: Supone compartir actividades con la persona con TEA. Se evita ser directivo; se utilizan fundamentalmente estrategias en forma de pregunta, la expansión y la extensión.

Del mismo modo se puede utilizar otro tipo de soportes físicos y sociales facilitadores del procesamiento de la información por parte de las personas con TEA, estos son:

- Empleo de sistemas o claves visuales reforzando el mensaje verbal, (input, output).
- Empleo de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación posibilitando que la persona con TEA use uno o varios códigos.
- Empleo de soportes sociales que ayuden a relacionarse más positivamente con otros y a entender mejor el mundo de las personas.
- Empleo de claves o soportes físicos que ayuden a entender el significado de los objetos y de los sucesos de la vida diaria, así como a desarrollar capacidades de predictibilidad.

## CAPÍTULO 3

### TEORÍA CONDUCTUAL

El conductismo lo describe Dicaprio (2001) como una formulación que permite establecer un método experimental eficaz para estudiar la conducta humana. El Conductismo o Psicología de la conducta, es: la corriente de la psicología que define el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable, la conducta, considerando el entorno del individuo como un conjunto de estímulos-respuesta. En la actualidad se utilizan algunas técnicas de modificación conductual, enseñanza de habilidades sociales, entrenamientos de lenguaje social, el condicionamiento operante, etc., una serie de estrategias terapéuticas con el único objetivo de minimizar las deficiencias y lograr una mejor vida social (Dicaprio; 2001).

La terapia conductual incluye un gran número de técnicas específicas que emplean principios psicológicos para modificar la conducta humana de forma terapéutica. A esta terapia se le han dado diversos nombres como: Modificación de conducta, Terapia del Condicionamiento, Manejo Conductual, Análisis Conductual (Skinner, 1967), uno de los principales precursores de esta técnica.

El inicio de la Terapia conductual se sitúa en los experimentos del filósofo Ruso Ivan Pavlov (1927), aunque lo anteceden en América los estudios de Thorndike acerca del aprendizaje por causa y efecto en 1913, pero no fue hasta cuando el psicólogo estadounidense John B. Watson (1924), realizara otras contribuciones sobre el aprendizaje en los niños. Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando solo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos.

El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento como son las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje, se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas.

Watson sostenía que las reacciones emocionales son aprendidas del mismo modo que otras, así mismo un estímulo puede adquirir la capacidad de reforzar respuestas, y los estímulos que han adquirido esta capacidad se les conoce como reforzadores condicionados, por ejemplo en la conducta humana el manejo de las cosas, dulces en los niños es ejemplo de un reforzador condicionado poderoso que ha adquirido su capacidad de reforzar a través de sus relación con otros reforzadores, ya que los dulces se dice que es un reforzador condicionado (Dicaprio; 2001).

La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el periodo que va desde la infancia a la edad adulta temprana.

A partir de 1920, el conductismo fue el paradigma de la psicología académica, sobre todo en Estados Unidos. Moore (1990) menciona que en 1950 el nuevo movimiento conductista había generado datos sobre el aprendizaje que condujo a los nuevos psicólogos experimentales estadounidenses como Edward C. Tolman, Clark L. Hull, y B. F. Skinner al formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y el comportamiento basadas en experimentos de laboratorio en vez de observaciones introspectivas, hablo de las causas como factores que inciden o influyen sobre la conducta, no como factores determinantes, que se ajustaría mas al uso corriente de los términos causa efecto .



Es así que FedericSkinner realizo valiosas aportaciones de investigaciones individuales sobre programas de reforzamiento (1950-1954). El fue un conductista radical el cual relaciona la conducta como causas del medio y rechaza las variables de la personalidad como conceptos explicativos ante alguna conducta que emita el sujeto.

Skinner (1967) señala que las consecuencias positivas y negativas regulan y controlan la conducta ya que toda conducta se condiciona por medio de una combinación de reforzadores positivos y negativos, además afirma que es posible explicar la aparición de cualquier conducta.

La Terapia Conductual la podemos definir como: la aplicación sistémica de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana. El condicionamiento de respuesta es otro nombre para el condicionamiento clásico, el cual implica sustitución de estímulos y en el condicionamiento operantela conducta producen consecuencias que incrementan o disminuyen la probabilidad de la conducta, ya que el condicionamiento de respuestas se produce en reacción y en el condicionamiento operante aumenta la variedad de las conductas del sujeto en tanto que el condicionamiento de respuestaincrementa los estímulos en los que reacciona.

### 3.1Condicionamiento operante

Reese (1974) define las conductas operantes como aquellas que se presentan de manera espontanea y estas se fortalecen o debilitan por los hechos que siguen a la respuesta, ya que la conducta operante es controlada por sus consecuencias. Por lo que el condicionamiento operante es el proceso de incitar y mantener una conducta por medio de sus consecuencias, cuando una conducta es seguida de determinada consecuencia, es más

probable que vuelva a presentarse y la consecuencia que tiene a ese efecto se le denomina reforzador Skinner, 1971 citado por (Dicaprio; 2001).

En el condicionamiento operante el organismo emite una variedad de conductas, pero una vez que se emite la conducta deseada por el experimentador la respuesta debe ser reforzada, dicho reforzamiento provoca un incremento en la frecuencia de la conducta, la emisión de una conducta operante se considera parte de la naturaleza biológica de los organismos, y la observación nos dice que existen algunas conductas operantes que ocurren más frecuentemente que otras y que la frecuencia con que ocurre cierta respuesta operante está influenciada en gran medida por las consecuencias que la producen, mientras que la conducta respondiente está determinada por la frecuencia de la conducta evocada (Reynolds, 1973).

Es decir, que cuando los niños autistas presentan conductas de auto-cuidado como parte de su conducta operante esta debe reforzar inmediatamente para que no se pierda, sino por el contrario reforzarla aun más. Reynolds (1973) menciona que existe además una relación entre lo que se conoce como un estímulo discriminativo y una operante, ya que el control que ejerce un estímulo discriminativo sobre la operante se debe a que la respuesta ha sido reforzada en su presencia y no a la estructura heredada por el organismo.

### 3.1.1Reforzamiento

El reforzador es cualquier estímulo que sigue a la presentación de la respuesta e incrementa o mantiene la probabilidad de que esta respuesta vuelve a aparecerse. Los reforzadores consisten en lo que comúnmente denominamos recompensas Skinner, 1938 citado por (Dicaprio; 2001).

## Tipos de Reforzamiento

**Reforzamiento Positivo:** Consiste en administrar una consecuencia tan pronto se emita una conducta determinada. La consecuencia puede ser darle un dulce al niño tan pronto atienda la instrucción que se le está dando, sin embargo, no basta con especificar el procedimiento para definir que es el reforzamiento positivo, sino además se debe de observar el efecto como resultado de dicha operación, es así que el reforzamiento positivo se distingue por que produce consistentemente un aumento en la probabilidad de presentación de conducta (Reynols, 1973).

Dentro de los reforzadores positivos se encuentran: la comida y golosinas, los juguetes, salidas a lugares recreativos, los elogios o halagos y las caricias o contacto físico. Por ejemplo si le pedimos a un niño con autismo que se mantenga quieto costara un poco de trabajo lograrlo, si mostramos un dulce la probabilidad de que se mantenga quieto aumentara por lo que podemos ir dando el dulce y se le aplaude a la vez que se le da el dulce como premio.

**Reforzamiento Negativo:** Aumento en la probabilidad de que una respuesta se presente como consecuencia de la omisión de un estímulo u objeto, a diferencia del reforzamiento positivo ahora se retira un objeto o algún hecho que comúnmente antecede a la respuesta que nos interesa y como consecuencia de tal exclusión, aumenta la frecuencia de la respuesta, aunque no basta la simple ausencia del objeto o hecho para que la respuesta sea reforzada negativamente, (Iñesta; 2002).

Iñesta (2002) nos da como ejemplo que cuando el niño autista quiere los chocolates de la tienda, y cada que es el receso de actividades el sale y se dirige inmediatamente a la tienda se encuentra frente a los dulces y lo retira inmediatamente llamándole la atención y

poniendo sobre los chocolates un gusano de plástico que le causa miedo, así que cada que el niño se acerca a la tienda escolar está ahí el gusano y él se retira inmediatamente.

Esto es eliminar un estímulo aversivo con la intención de aumentar la frecuencia de ocurrencia de la habilidad. Los reforzadores negativos pueden ser de las mismas características de los positivos, con la diferencia de que aquí son desagradables para el niño y se los vamos a quitar a condición de que no haga la conducta indeseable. Por ejemplo, mientras el niño este fuera de su lugar, hacemos un ruido que le moleste y cesamos el momento que se siente (Reese; 1974).

Reforzamiento Intermitente: consiste en presentar el reforzamiento de manera discontinúa, lo que es que no se refuerzan todas y cada una de las respuestas del sujeto, si no que solamente algunas de ellas (Wolpe; 1993). Según Skinner (1971) el reforzamiento intermitente de la conducta puede basarse en varias formas de presentación temporal del reforzador, estas pueden programarse teniendo en cuenta el numero de respuestas o también el tiempo que transcurre estos tipos de reforzamiento se denominan de razón y de intervalo (Reynolds; 1973).

Ausencia del Reforzamiento: Esto consiste en no dar reforzador de ningún tipo, se ignora al niño aunque la conducta se haya presentado, esta consecuencia se utiliza para decrementar una conducta inadecuada. Se aplica principalmente cuando el niño presenta conductas rabieta tendientes a manipular a los padres o terapeutas.

### 3.1.2 Principios de Reforzamiento

Para Stumphauzer (1992) existen principios que regulan a los reforzadores, los cuales se describen a continuación:

1. El refuerzo depende de la exhibición de la habilidad que se está queriendo enseñar. Se determina cual será utilizado para cada programa y en qué forma se esta observando estricto apego.
2. La habilidad debe ser reforzada inmediatamente después de exhibirse. Si se tarda se puede confundir al niño.
3. Durante las etapas iniciales del proceso de aprender la habilidad, esta debe ser reforzada cada vez que se exhiba. Es decir, por cada respuesta o ensayo correcto, se da un premio al niño.
4. Cuando la habilidad recién adquirida alcanza un nivel de frecuencia satisfactorio, se refuerza intermitentemente, los reforzadores se van distanciando poco a poco, primero cada dos ensayos, luego cada tres y así sucesivamente.
5. Siempre que se apliquen reforzadores comestibles, tangibles o de actividad, será seguido por reforzadores sociales.
6. El reforzador debe darse en pequeñas cantidades para no saciar al niño, de otra manera el reforzador pierde fuerza. Por ejemplo, las frituras y cacahuates se dan en trocitos, las bebidas se dan con un popote muy delgado. Se recomienda no dar la terapia cuando el niño recién acaba de ingerir sus alimentos, pues se sentirá lleno y no responderá apropiadamente.
7. El niño no debe conseguir el reforzador bajo ninguna circunstancia que no sea la de terapia. Es decir, el niño obtendrá el premio exclusivamente cuando presente la habilidad y de la forma que este programado. Los padres deberán enterar a los maestros y a todas las personas que de una u otra manera tengan contacto con el niño, para que se abstengan de darle al niño los reforzadores programados.

8. El reforzador debe ser respetado por el terapeuta tomando en cuenta las estrictas características del que se ha seleccionado, incluyendo marca, presentación, etc. Por lo general los reforzadores cambian cada cierto tiempo y se buscan nuevos.
9. El tono y el volumen de la voz así como la expresión facial que se utilizan en el reforzamiento es de extrema alegría. Cuando damos terapia conductual, actuamos nuestras expresiones y emociones, exagerándolos con ademanes para lograr captar la atención del niño. Mientras mayor expresión de alegría se transmita al niño, mejores resultados se obtendrán de la terapia.
10. El reforzador deberá ser retirado si en el momento de reforzar se presenta una conducta inadecuada, ya que el niño puede confundirse y creer que el premio que recibe es por esa conducta no deseada.
11. Durante la terapia, los reforzadores deben colocarse de tal manera que el terapeuta pueda tomarlos rápidamente y que estén fuera del alcance de las manos del niño.

### 3.2 Análisis Conductual Aplicado

El análisis conductual aplicado es el proceso de obtención y examen de la información que habrá de usarse en la conducción de la terapia conductual Alberto y Troutman, (2003). El análisis conductual aplicado es el uso de los principios conductistas para la modificación del comportamiento a este método también se le conoce como modificación conductual (Reese; 1974).

Los principios del análisis conductual aplicado se ha desarrollado a partir del análisis experimental con sujetos animales y humanos. A este tratamiento también se le conoce como A.B.A (Análisis del Comportamiento Aplicado) que es un proceso de enseñanza intensivo individualizado que es utilizado para desarrollar la mayoría de las habilidades. La unidad básica de enseñanza llamada Terea, tiene un principio y un final distintivo, razón por la cual recibe el nombre de 'Discriminada'. La enseñanza requiere

numerosas tareas, con el fin de fortalecer el aprendizaje. Reese (1974) menciona que este método es utilizado en el proceso de enseñanza para desarrollar la mayoría de las habilidades incluyendo las cognitivas, comunicación, juego, habilidades sociales y de auto-ayuda.

Requiere de una clara especificación del comportamiento o la conducta que se desea modificar, la medición de tal comportamiento y el análisis de los antecedentes, así como los reforzadores que podrían estar manteniendo conductas inapropiadas o indeseables, por lo tanto en la investigación sobre el análisis conductista aplicado es común el diseño (ABA), es decir, se toma la medición de línea base de la conducta (A), luego se aplica la intervención (B), posteriormente se interrumpe la intervención para observar si la conducta regresa al nivel de la línea base (A), y después se introduce de nuevo la intervención.

El Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA) es una técnica que trata de utilizar los procedimientos de cambio del comportamiento empíricamente validos para asistir a los individuos en el desarrollo de habilidades a nivel social (Reese, 1974), los procedimientos de constelación típicamente incluyen el uso de `instrucción de prueba discreta` pero no se limita a ese método de instrucción. Los términos que denotan la comprensibilidad de la intervención incluyen una intervención intensiva del comportamiento, terapia de comportamiento y tratamiento del comportamiento.

En el Análisis Aplicado del Comportamiento, se enfatiza en la adquisición de nuevos comportamientos ya que si un niño posee un repertorio de comportamientos constructivos, las conductas problemáticas a menudo ocurren con menor frecuencia, (Galindo; 2005). Los terapeutas deben de estar entrenados para ignorar la conducta perjudicial, salvo en momentos en que puedan proporcionar sumisión y la modificación de la conducta mediante el empleo de recompensas y castigos.

Existen reglas generales para la aplicación de la Terapia Conductual que el terapeuta debe tener presente antes de iniciar la modificación de conducta (Stumphauzer; 1992):

- Es indispensable tener una impresión diagnóstica del paciente. El niño debe de ser visto por un neurólogo y ser valorado por un psicólogo de manera que se conozcan las necesidades a tratar en el niño. Si los padres no están conforme con el diagnóstico, deberán buscar una segunda y hasta tercera opinión.
- Cada niño es un individuo único. Semejante a todos los demás en muchos aspectos y diferente a la vez a todos ellos. Por ello, las necesidades, avances y logros son también individuales y nunca deben ser comparados con otros niños.
- No existen terapias universales. Cada niño, en su individualidad, requiere de terapias específicas a sus necesidades y a sus avances, serán conforme a sus capacidades. Ningún programa, por bien diseñado que este, funcionara igual para todos los niños.
- Programación acorde a las necesidades individuales. La programación debe basarse en las necesidades individuales del niño y para cada uno es diferente.
- Ambiente que rodea al niño. Se debe designar un escenario conductual de acuerdo a las características y necesidades del niño, el cual debe estar libre de ruidos y distracciones. No se puede utilizar un cuarto con la televisión prendida o con muchas imágenes en las paredes que distraigan al niño.
- Salud del niño. El estado físico del niño debe ser tomado en cuenta diariamente, ya que esto es una variable que influye en el desempeño del paciente. Un niño enfermo o cansado siempre bajara sus porcentajes en la terapia.
- Trabajo en equipo. El terapeuta deberá involucrar a los padres y maestros en el tratamiento del niño. De nada sirve tres horas de trabajo durante la semana si las otras 95 horas se retrocede o se deja libre al niño. Se debe tener el acercamiento constante y la comunicación entre todos aquellos que interactúen en el desarrollo del niño.
- Constancia. Punto clave e indispensable para la adquisición de nuevas habilidades. La programación establecida debe seguirse en forma continua tanto en casa por los



padres como en la escuela por los maestros. La terapia conductual debe ser 7 días a la semana los 365 días del año.

- **Disciplina.** Se debe tener siempre estricto apego en la aplicación de los programas y procedimientos establecidos para la terapia, sin variaciones. No se vale descansar los fines de semana y dejar que el niño desate sus conductas, pues eso implica retroceso en su aprendizaje. Al tiempo de estos niños se les debe dar un valor significativo.

### 3.3 Procesamientos para aprendizaje y modificación de conducta

Los procedimientos para el aprendizaje marcan la forma en la que se modifica una conducta. Consiste en seguir el paradigma del condicionamiento operante, con diferentes consecuencias (Iñesta; 2002).

#### 1. Procedimiento por Reforzamiento

Estimulo – Respuesta – Consecuencia

Si la consecuencia es positiva se dará al niño un reforzador

Si la consecuencia es negativa se suspenderá el reforzador

Ejemplo: se le ordena al niño pararse y se le dará un dulce solo si obedece la instrucción.

#### 2. Procedimiento por evitación

Estimulo – Respuesta – Consecuencia

Si la consecuencia es positiva se suspenderá el aversivo

Si la consecuencia es negativa se dará el aversivo

Ejemplo: al niño le molesta que aplaudan y se pretende mantenerlo sentado. Si se para se aplaude y mientras dure sentado, se deja de aplaudir.

### 3. Procedimiento por escape

Estimulo c/ aversivo – Respuesta – Consecuencia

Si la consecuencia es positiva se suspenderá el aversivo

Si la consecuencia es negativa se continuara el aversivo

Ejemplo: a diferencia de la evitación, usando el mismo ejemplo, estando el niño parado, se empieza a aplaudir y se le ordena al niño sentarse. Se mantendrá aplaudiendo hasta que se sienta y en ese momento se deja de aplaudir.

### 3.4 Programas de reforzamiento

Swartz (1996), refiere a la frecuencia y la regularidad con que se refuerza una nueva conducta influyendo la velocidad con que el sujeto o la persona aprende y el tiempo además de la frecuencia con la que se repite, es imprescindible destacar que el reforzamiento continuo aumentara la velocidad con la que se aprende una nueva conducta, existe también el reforzamiento intermitente o la que también se le conoce como parcial el cual produce una conducta más estable, es decir un comportamiento que se presenta incluso cuando el reforzamiento desaparezca o sea menos frecuente, el empleo de reforzamiento se considera dentro de la terapia conductista como una estrategia enfocada y eficaz para la formación y el control de las conductas deseadas.

El reforzamiento de la respuesta correcta aumentara el aprendizaje se considera que es mucho mejor que el castigo ya que dirige selectivamente la conducta hacia una meta predeterminada. El programa de reforzamiento tiene como finalidad principal eliminar respuestas inadecuadas o perturbantes en los niños, es así que Wahler, (1968) `Piensa que es importante considerar aquellos elementos del ambiente natural en que vive el niño se desarrolla y funcionan como modificadores de conducta`.

Señala que si las conductas desviadas se presentan en diferentes condiciones dentro de un ambiente específico, el psicólogo puede empezar el programa de cambio por la situación que presente menores problemas de adiestramiento para las funciones de control conductual los cuales van a operar como modificadores de conducta, también es importante el establecer en la modificación de conducta condiciones de tipo reforzante en los mediadores conductuales que se establece entre la conducta del niño y el psicólogo o terapeuta.

Así mismo Risley (1970) como ejemplo de sus trabajos demuestra que a través del manejo y empleo de materiales, juguetes y actividades favoritas se puede mantener grandes cantidades de conducta en los niños, crear y entender ya sean verbales, discriminativos e imitativos.

#### 3.4.1 Economía de fichas

La económica de fichas es una técnica conocida y aplicada en ambientes educativos, instituciones, familiares e incluso clínicos, utilizada en grupo o individual. Puede considerarse una aplicación derivada del condicionamiento operante, y que utiliza como base el reforzamiento, en especial los reforzadores secundarios. Es decir, objetos por sí solos carentes de valor, pero que luego pueden cambiarse para obtener el premio o refuerzo primario (juguetes, caramelos, actividad gratificante, tiempo de juego, etc.). Mediante la introducción de este tipo de condicionamiento el niño aprende a manejar de forma más eficiente una nueva situación de contingencia que le permitirá obtener ciertos beneficios de los que antes no disponía.

Uno de los problemas fundamentales a la hora de intentar aplicar un plan de reforzadores primarios en un ambiente institucionalizado y con funcionamiento de 24 horas, era que no podía efectuarse un seguimiento directo por parte de los psicólogos durante todo el tiempo. Hacía falta un sistema que pudiera aplicar cualquier profesional del centro ( cuidadores, personal sanitario, etc.) pero que a su vez no revistiera especial dificultad técnica en su aplicación.

Tener siempre a disposición helados, dulces, juguetes, u otros como reforzadores inmediatos era complejo. La solución que encontraron fue la introducción de reforzadores secundarios (fichas) intercambiables por el reforzador primario según las condiciones que se marcaron. Estas podían ser repartidas por todo el equipo para ser utilizadas en el momento oportuno. De esta forma se consiguió erradicar muchas de las conductas indeseables y que se marcaron como objetivos prioritarios.

### 3.4.2 Atención

Las conductas de atención son conductas recurrentes indispensables para el desarrollo de cualquier programa conductual, incluyendo los repertorios básicos generalizados de imitación y seguimiento de instrucciones, sin embargo, pueden distinguirse funcionalmente diversos tipos de atención, se consideran tres etapas progresivas de atención ( Iñesta,2002):

- a) El establecimiento del contacto visual con el estímulo: la forma mas elemental de atención es el simple establecimiento de contacto visual con el estímulo, en sujetos profundamente retardados o con autismo, no es posible iniciar ningún programa pues no atienden a los estímulos que se les presentan; de manera que lo indicado es desarrollar un programa de establecimiento de contacto visual. Esto se define en términos de contacto ojo a ojo entre experimentador y el sujeto.

- b) Fijación visual en situaciones discriminativas: otra forma de atención es la que se relaciona con situaciones discriminativas, una situación consta por lo menos de dos estímulos, el estímulo positivo asociado al reforzamiento y el estímulo negativo asociado al no reforzamiento. En un programa de esta naturaleza se especifica la respuesta de fijar la vista en cada uno de los estímulos en un periodo determinado, primero ante estímulos aislados y después ante estímulos juntos, encadenando la respuesta de atender el primero con la respuesta al segundo y a cuantos más comprenda la situación discriminativa.
- c) Seguimiento visual de estímulos sucesivos: esta forma de atención es la que se define en términos de emitir una respuesta discriminativa ante un estímulo que guarda relación de sucesión en tiempo respecto a otros estímulos. Este tipo de programa desarrolla la conducta recurrente necesaria para responder adecuadamente ante formas complejas de discriminación de estímulos simultáneos los cuales necesariamente requieren ser reconocidos entre otros estímulos presentes o pasados, (Iñesta; 2002).

### 3.4.3 Imitación

Existe un procedimiento el cual Galindo (2005), menciona que está encargado de fomentar la adquisición de una nueva conducta la cual es la imitación, una de las características es que puede utilizarse únicamente con sujetos que poseen un repertorio mínimo conductual previo. En una gran mayoría de los programas se busca establecer repertorios imitativos, en esta técnica es frecuente el uso de instrucciones verbales, el objetivo fundamental del programa es poder controlar las respuestas imitativas generalizadas mediante una sola presencia de la conducta del modelo, sin necesidad de recurrir a formas adicionales de estimulación, es decir que si un sujeto posee un repertorio imitativo generalizado, este adquirirá automáticamente numerosas conductas sin necesidad de una programación explícita, por ejemplo cuando se enseña a hablar a un niño normal de corta edad el niño aprende imitando una variedad muy reducida de sonidos o fonemas los

cuales generalmente se ven reforzados por el cuidado y la atención de los adultos y otras formas de reforzamiento. Una vez que el niño a aprendido a imitar no se requiere reforzamiento adicional ni instrucciones.

Es importante la definición de la conducta imitativa es su semejanza topográfica con la conducta que duplica ya que la topográfica de la respuesta comprende las características de forma y geografía de la respuesta. Una respuesta imitativa cuando cumple los requisitos previos y guarda una relación de similitud con la conducta del modelo que funciona como estímulo, la conducta del sujeto puede ser idéntica o simplemente semejante ala del modelo mientras ambas presenten características físicas comunes.

#### 3.4.4 Seguimiento instrumental

Seguimiento: Uno de los problemas en modificación de conducta es asegurarse de la conducta terminal, una vez que establecida, esta conducta permanecerá a través del tiempo, ya que el sujeto pasa de un ambiente altamente controlado a un ambiente poco controlado a su ambiente natural.

El seguimiento consiste en un registro objetivo de la frecuencia con que dicha conducta se presenta una vez terminado el programa de modificación, así mismo, el seguimiento acostumbrado consiste en prolongar el registro de la frecuencia de la conducta por un tiempo semejante al que tomo el registro de la línea base y observar si hay algún cambio significativo en la frecuencia, si la conducta permanece diremos que el procedimiento tuvo existo y si la conducta disminuye en frecuencia con el paso del tiempo, esto significa que la transición de un medio al otro no fue adecuado y que hay que alterar de alguna manera el ambiente natural para permitir que la conducta se siga emitiendo (Galindo 2005).

El programa de control instrumental se define con términos de una serie de instrucciones que el sujeto deberá seguir sin reforzamiento, dicho programa está compuesto por una lista de veinte conductas que el sujeto ha de hacer como respuestas a una orden o instrucción verbal, sin embargo, aunque el cumplimiento del programa apunta hacia la consecución de un mínimo de control verbal sobre la conducta del sujeto puede perseguir otros propósitos (Iñesta; 2002).

Repertorio de Entrada: El único requisito necesario para el desarrollo de un programa de imitación generalizada es la capacidad física para emitir las conductas del programa, ya que desde el punto de la historia previa de reforzamiento o de su repertorio actual no se requiere la especificación de conducta en personas con alguna discapacidad (Galindo; 2005).

Repertorio Terminal: La finalidad del programa consiste en que pueda desarrollarse un control imitativo respecto a una lista determinada de conductas las cuales componen el programa, así como una serie de respuestas nuevas sin reforzamiento alguno (Iñesta; 2002).

- Repertorio de entrada: Al tratarse de un repertorio básico de apoyo no se necesita especificar un repertorio de entrada adicional como no sea la capacidad física de llevar a cabo las conductas que componen el programa. Sin embargo puede resultar útil que cuente con un mínimo de repertorio imitativo, como por ejemplo, haber concluido con un programa de imitación generalizado.
- Repertorio terminal: el repertorio terminal se define en términos de las veinte conductas que definen el programa ya que aquí el sujeto debe efectuar dichas conductas ante el estímulo verbal (instrucción) correspondiente, sin reforzamiento alguno (Galindo; 2005).

## CAPÍTULO 4

### MODELOS DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

De acuerdo con Basuela, E. (2010), la orientación como cualquier disciplina de acción, cuenta con de modelos de intervención que suponen distintos modelos de organización y que ofrecen distintas posibilidades de acción. Estos modelos sirven como marcos de referencia a la hora de diseñar planes de actuación (Castellano, 1995), modelos de intervención como estrategias para conseguir unos resultados propuestos.

Los modelos de orientación según Bisquerra (1998) sugieren procesos y

L

contribuido en determinar la eficiencia de estos modelos. En el marco de la orientación educativa encontramos, por ejemplo, tres definiciones específicas: fundamentadas que sirven de guía en el desarrollo del proceso de Orientación en su conjunto (planificación, puesta en práctica y evaluación) o en alguna de sus fases (Bisquerra, 1992, p.177).

L

(R E

otros, 1993). · refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervenci (Á 1997 23). Como ha señalado Rodríguez Diéguez (1990) O desempeñado la función de hacer más accesibles las construcciones teóricas mediante aproximaciones sistemáticas, así como la de seleccionar aquellos hechos de la realidad que,



#### 4.1 Como mejorar la intervención en niños con TEA?

Comin (2016) se cuestiona y se hace la pregunta del millón ¿Qué hay que hacer para que los niños con autismo mejoren más y más rápido? Quitar niños, pongan adolescentes, jóvenes o adultos y sigue siendo la pregunta del millón. Y es lo que todos, quienes estamos en el mundo del autismo, nos preguntamos a diario. Y sin embargo parece que nadie tiene la respuesta, ¿o sí? Porque, tal y como afirmaba Einstein: Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo. Y llevamos mucho tiempo, muchas personas, haciendo lo mismo y teniendo los mismos resultados.

Estamos ante un cambio de paradigma en el autismo, a nivel global, veremos cuánto cuesta cambiar mentes. Porque no se engañen, cuesta más sacar una idea vieja que meter cuarenta nuevas. Pero el problema de las viejas ideas es que ocupan mucho espacio y no dejan que otras nuevas entren en nuestra mente. Hablamos de cambiar el mundo, pero a veces no nos damos cuenta que tenemos que empezar por cambiarnos a nosotros mismos.

Hoy se sabe que el papel de la familia en la intervención es básico y fundamental. El empoderamiento familiar pasa por la formación de la familia, ya que deben participar de forma activa, pero sin una buena formación, lo van a tener difícil. Pongamos dos ejemplos:

1. Si tenemos un hijo con diabetes y no somos conscientes de la importancia de la alimentación, de gestionar adecuadamente la dieta del niño, de saber medir los niveles de azúcar, podemos actuar mal y perjudicar la salud del niño. Si nadie informa y forma adecuadamente a la familia, pues no podemos pretender que la información les llegue de forma telepática. Por tanto, si la familia tiene conocimientos suficientes para abordar la especificidad de su hijo y el tipo de atención que requiere, se evitan sustos, se mejora la salud del niño, y aunque la diabetes va a seguir ahí, es algo que tenemos bajo control.
2. Si tenemos un hijo con hipoacusia severa, vamos que no oye, que no podemos poner un implante coclear ni los audífonos van a funcionar, pues al niño le van a enseñar lengua de

signos. Imaginen que nadie de la familia aprende lengua de signos ¿Cómo van a poder comunicarse con su propio hijo? Tendrán que esperar a que sepa leer y escribir para que el niño pueda comunicarse de forma escrita. Esto es absurdo, lo normal es que la familia aprenda lengua de signos. La sordera seguirá ahí, pero la comunicación va a existir.

Sin embargo, si tenemos un hijo con autismo, y nadie nos forma en cómo usar los apoyos visuales, nadie nos habla de los problemas sensoriales ni de su abordaje, nadie nos explica como fomentar la comunicación, el resultado va a ser malo. Tendremos pues a un niño con conductas disruptivas, muchas estereotipias, en fin, esa parte nada bonita del autismo. Si a eso añadimos un niño con problemas de alimentación, con problemas en control de esfínteres, tendremos pues a una familia entera en una situación muy difícil. Si el niño asiste una o dos veces por semana a un gabinete profesional, donde le dan una sesión de trabajo (en muchas ocasiones a puerta cerrada), pues vamos a conseguir unos avances lentos o muy lentos.

Si además el niño está desregulado, el colegio va a ser un drama. Esto nos lleva pues a que las familias estén ante una situación difícil, acaben culpando a todos los que les rodean (a nivel profesional) y buscarán con desesperación algo que funcione, cosa que los lleva a caminos peligrosos. Esta situación aquí descrita es muy habitual, quizá demasiado, aunque generalizar siempre implica riesgos. Y entramos en las diferentes cuestiones relacionadas al origen y causas de esta situación:

Desatención de las Administraciones Públicas, imposibilidad de pagar las terapias buenas (esto convierte en malas las que está 1/5 recibiendo el niño), la inexistencia de buenos profesionales, los colegios son un desastre, en fin, la lista es larga. Es un modelo que nos lleva a la queja pero que no aporta solución. Justo a la finalización del verano he

:

ñ

desa

Obviamente esto pasa porque a esas familias nadie les dijo como debían contender con las especificidades de su hijo. Es un síntoma bastante malo. También tienes las familias que afirman estar totalmente agotadas porque su hijo de 6 años les supera tremendamente, y están deseando que regrese al colegio. Otro síntoma. Las familias no saben, nadie les ha enseñado. La conclusión a esta situación, que sin ánimo de generalizar, pero que es muy habitual, es que algo estamos haciendo mal. Y parece que insistamos en incurrir en el mismo error de forma tozuda. Bien, y si este sistema no funciona tal y como se necesita o deseamos, pero es lo que tenemos o lo que somos capaces de pagar, o lo único que nos brinda el sistema público, entonces ¿qué hacemos? Esta semana he estado viendo los vídeos de la intervención que estamos llevando a cabo con un grupo de niños.

De 5 a 7 años, con todos los niveles, desde niños muy resueltos, a niños con dificultades muy importantes. Y luego he estado repasando los modelos más habituales de intervención ¡Ojo, esto es una crítica constructiva, no pretendo desmerecer el trabajo de nadie! Pues la diferencia es bastante grande. Incluso en los resultados. La velocidad de adquisición de habilidades de niños en programas abiertos, en contextos naturales, con la participación de la familia, comparada con el modelo de atención de gabinete, es enorme. Además la forma de contender es absolutamente diferente, aunque en muchos casos usando las mismas herramientas.

Hace ya cuatro años planteamos un modelo diferente, basado en una tríada: Sensoriomotriz-Comunicación Emociones. Esta tríada te hace trabajar de una forma distinta, y es el modelo que estamos usando, y ojo, no es que nosotros seamos unos genios que se nos ocurren cosas que nadie pensó, porque no es cierto, estos modelos ni los inventamos, solo los adecuamos a nuestra especificidad socio-cultural.

Das un peso muy importante a estos tres aspectos, disminuyendo los aspectos conductuales. Prefiero un niño con comunicación, con regulación sensorial y emocional y con conductas difíciles, a un niño que se comporte perfectamente pero esté totalmente desregulado. No queremos que el niño aprenda a comportarse de una forma u otra, queremos que el niño desarrolle por sí mismo pautas adecuadas de conducta en base a la respuesta a su entorno, una forma natural de aprendizaje, que va algo en contra de la normalización.

Trabajar en contextos naturales, de forma abierta y con la participación de la familia genera un cambio inmenso. Y no, no es más caro (o no debería). Y se puede hacer, cada día más y más profesionales están saliendo del gabinete para trabajar en los lugares donde suceden las cosas. Y no, no es muy difícil. Se puede hacer. Obviamente siempre habrán cosas que prepararemos en un ambiente más controlado, pero deberemos ponerlo en práctica en la vida real, donde es imposible controlar todo, y donde surgen imprevistos de

ú

Hace algunos años, una ONG de los EE.UU., financiada por el programa USAID, se fue a tres países, Marruecos, Turquía e India. Con familias que tenían hijos con autismo. En tres países donde los medios brillan por su ausencia, o acceder a ellos es increíblemente costoso. Lo que hicieron fue formar a las familias de manera intensiva, luego los siguieron

El resultado fue que esos niños avanzaron lo mismo que niños de Nueva York con una gran cantidad de recursos a su alcance. Esto no pretende decir que las familias deben ser los terapeutas de los hijos, incluso en este proyecto citado la figura de los profesionales

P

a la familia que dar breves sesiones al niño. Es una cuestión de ver cómo somos capaces de, con los mismos recursos, obtener más resultados. Sabemos que la integración sensorial (no

confundir con estimulación sensorial) el profesional preferirá empezarla en un ambiente controlado, pero a continuación nos dará una serie de pautas y tareas para seguir reforzando el trabajo previo, 2/5 incluyendo aspectos de estimulación sensorial.

Sabemos que la comunicación debe extenderse a toda la vida del niño, no a unas breves sesiones una o dos veces por semana, o a lo que sean capaces de poner en marcha en un colegio. Es importante que el modelo de comunicación se refuerce de forma continuada, y, por norma general, el niño con quien más tiempo pasa es con la familia. Sabemos que los aspectos emocionales son básicos, si hemos empezado a regular los problemas sensoriales, y hemos empezado a establecer un canal bidireccional de comunicación funcional, el cambio en el niño va a ser muy visible. Reforzar los aspectos emocionales es básico, los del niño, y los de sus progenitores.

La medicalización del autismo: Mucha gente sigue acudiendo a la consulta de un médico (pediatra, neuropediatra, neurólogo, psiquiatra) con la intención de encontrar el modelo de intervención para su hijo. La probabilidad de que un profesional de la medicina no sepa casi nada útil para esa familia es alta. Eso no significa que no sean figuras importantes, pero es que no se me ocurre qué puede hacer un neuropediatra (por poner un ejemplo) en una visita (generalmente corta) para resolver los problemas sensoriales de un niño con autismo. Considero que la figura del médico es muy importante, pero cada cual en su campo del conocimiento. Esa excesiva visión de la medicalización del autismo nos lleva en muchas ocasiones al fármaco psiquiátrico, que ya sabemos que ni resuelve ni ayuda.

La visión conductista del autismo: A día de hoy sigue habiendo gente que está convencida que lo único que funciona en el autismo son las intervenciones de tipo conductista. A ver, las técnicas conductistas sirven para niños con y sin autismo, para adultos, y parejas, de hecho, todos de una forma u otra las usamos. Pero lo que no podemos hacer es basar únicamente la intervención del autismo solo en trabajar las consecuencias,

que son manifestaciones conductuales. Pero dejar sin resolver el problema. Y no, no es la única intervención con evidencia científica. Las técnicas de modificación de conducta, o la metodología ABA nos va a ser muy útiles, y saber usar estas técnicas es muy importante, pero no como vía única de trabajo, si no como una más de las herramientas que vamos a usar en la intervención.

Hoy es cada vez más habitual ver la transformación de equipos de trabajo que antes solo usaban terapia de tipo conductista, a equipos multidisciplinares, donde el peso de la intervención es compartido entre diversos perfiles profesionales. Dar toda la responsabilidad al colegio: No me cansaré de decirlo, el colegio es muy importante, pero no podemos pretender que en el colegio se hagan cosas que no son de su competencia.

Los colegios NO son centros de atención temprana. El docente con especialidad de audición y lenguaje NO es un logopeda. El colegio debe asumir sus responsabilidades, pero no podemos obligarle a asumir las que no son de su competencia. Escolarizar a un niño de 3 años, sin ningún tipo de habilidad adquirida, sin comunicación, sin control de esfínteres, con berrinches y crisis frecuentes, considero que es un error.

Ese niño debe recibir atención temprana, debe ser regulado, debe adquirir las competencias básicas, y una vez esto se empieza a conseguir, al colegio, que es sin duda ninguna el destino final del niño. Pero no podemos pedir a una maestra, que tiene 25 niños (o más en el aula) que dedique su jornada a dar atención temprana a un niño.

Primero porque no sabe, segundo no es su función y tercero porque su trabajo con el niño (tenga o no autismo) es otro. Forzar la escolarización diciendo que el niño tiene derecho a la escolarización (algo que es cierto), puede penalizar el derecho a la salud del mismo niño. Y cuando hablamos de derechos, el orden de los factores sí altera el producto, lo primero es la salud, sea esta física o psíquica.

La atención temprana debe darse tanto de forma 3/5 previa como de forma simultánea a la escolarización. Esto permitirá que el proceso escolar del niño sea mejor. Muchos centros educativos están realizando grandes esfuerzos para adaptarse a la atención a la diversidad, seamos exigentes en eso, pero no pidamos peras al olmo. Seamos igual de exigentes (o más) en la petición de atención temprana.

La visión de la atención meramente profesional: Este es otro aspecto que poco a poco está desapareciendo, pero es la transferencia de toda la responsabilidad solamente al profesional. Es llevar al niño a la mayor cantidad posible de terapias y esperar que distintos profesionales resuelvan la totalidad de dificultades del niño. Esta postura es poco usual, aunque siguen dándose casos, es más habitual entre familias de alto poder económico. Sin embargo cada día hay más y más gente que tiene las ideas muy claras en cuanto al modelo de intervención, ahora bien, el problema es encontrar con quién, dónde, y muy importante, por cuánto.

Y estas importantes preguntas tienen que ver con la oferta existente y los apoyos públicos. Y esto nos lleva también a los nuevos actores. Nuevos relativamente. La llegada de los terapeutas ocupacionales al campo de la intervención del autismo ha sido vista con cierto recelo por muchos profesionales. No voy a entrar en los motivos de tal recelo, pero la postura de defensa ha sido la tan llevada coletilla de que solo había un modelo válido científicamente avalado para el tratamiento del autismo.

Como si se tratase de una especie de club exclusivo. Aunque en honor a la verdad, muchos profesionales de la intervención de base conductual ya empezaron a integrar en sus equipos de trabajo estos perfiles profesionales. Ya en 1999, Watling y colaboradores hicieron un primer trabajo para evaluar las metodologías y procedimientos usados en la terapia ocupacional para la intervención en el autismo. Hace 14 años en el 2002, Baranek

decía que había poca literatura sobre la integración sensorial, aunque no negaba la existencia del desorden sensorial en el autismo.

En el año 2006, Mary Law, presentaba un informe sobre terapia ocupacional y autismo en Canadá. Donde afirmaba que dada la baja cantidad de profesionales de la terapia ocupacional en Canadá (a la sazón 10.000), más la consideración legal de la intervención, x ñ C era difícil obtener la financiación pública de este tipo de intervención, mientras las consultas privadas tenían largas listas de espera.

Hoy, y a pesar de la especial conformación política del Canadá (muy similar en algunos aspectos a España) la terapia ocupacional forma parte de los programas de atención temprana, y la integración sensorial es algo comúnmente aceptada, siendo habitual que los aspectos sociales, desarrollo de aspectos sensorio motrices, aspectos relacionales y de autodeterminación sean abordados por estos profesionales.

Se hace una llamada a la reflexión, a integrar en nuestra práctica diaria lo que otros profesionales han puesto en marcha con éxito. Si un niño de 7 años, con un diagnóstico de los considerados malos, con fuerte afección intelectual, que no ha pronunciado una palabra, presenta conductas muy complejas, y que los profesionales que habían trabajado con él afirmaron; esto es lo que hay y hay que aceptarlo, pues si el niño en solo 3 semanas de intervención, empezó a aumentar el tipo de alimentos que comía (presentaba un desorden de alimentación), si pronunció su primera palabra (a pesar de tener problemas en el aparato fonarticulatorio) de forma funcional y la usó más veces de forma adecuada.



Si presentaba una conducta regulada, si empezó a tener comunicación funcional, etc, significa que realmente un diagnóstico no es un pronóstico, y que cuando hacemos las cosas de otra forma tenemos resultados diferentes. Pero si nos vamos a otro niño, también de 7 años, también con problemas de alimentación, con problemas de tiempos mínimos (casi inexistentes) de atención, extremadamente inquieto, con bajísima expresión verbal, con bajo nivel de comunicación, que la medicina solo le había dado risperidona como solución (la cual se le retiró bajo 4/5 control médico seis meses antes del inicio del programa de intervención), en fin, un cuadro de lo que se suele denominar autismo severo, y en poco más de un mes, este niño aumenta sus tiempos de atención, come bien (aunque el trabajo de alimentación había empezado previamente), presta atención, tiene comunicación

(¡ !)

disminuido, pues vemos nuevamente que un diagnóstico no es un pronóstico y que cuando hacemos las cosas de otra forma tenemos resultados diferentes.

En ambos casos, los dos niños recibían atención por parte de especialistas desde los 3 años. Ni les cuento lo que ha pasado con el niño de más nivel del programa, imaginen como está ahora y que llevaba como dos años largos también atendido por profesionales.

Los datos objetivos nos dicen que lo único cuestionable era el conocimiento que se les dio a estos profesionales. Los cuales, habrán adivinado ya, están deseosos de integrar nuevas visiones de trabajo a su conocimiento.

Por eso digo que estamos ante un cambio de paradigma, al cual, y en honor a la tradición, llegamos tarde frente al mundo anglosajón. Y la cosa tiene su aquel, ya que se supone somos pioneros en la implementación teórica de modelos de calidad de vida, de modelos teóricos de planificación centrada en la familia, de cambios en la visión, pero por alguna razón que desconozco, este cambio de visión apenas a llegado un poco, no ha llegado a ser extensivo.

En el autismo no hay soluciones, no hay tratamientos, eso lo sabemos todos. Pero lo que en muchas ocasiones si hay, pero lo que si hay son distintas ideas que conviene cambiar para comenzar a trabajar adecuadamente con los niños. Si tenemos el conocimiento, la capacidad y la evidencia de que somos capaces de generar grandes cambios en poco tiempo y por tanto, generando un costo menor ¡Por qué no lo pone en práctica el mundo!. Estamos en un tiempo de cambio, pero si más gente demanda ese cambio de visión, esa nueva forma de entender y atender todo lo que rodea al autismo, más rápido generaremos ese cambio de visión.

Se requiere de equipos multidisciplinarios, desde médicos, psicólogos, logopedas, psicomotricistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, que trabajen de forma coordinada, sin egos profesionales, sin que nadie se sienta superior a nadie, sino que sean nuestros propios conocimientos, nuestra capacidad de aplicarlos, y sobre todo, la humanidad con la que se enfrentan las situaciones que rodean al autismo las que hablen.

Que se tenga claro la importancia de la familia en el trabajo diario, que familia y profesionales deben formar un equipo sólido. Recuerden los ejemplos del principio, el niño con diabetes o el niño con sordera. Si cambiamos nosotros, cambiamos los resultados ¿Se animan a cambiar?

#### 4.2 Modificación de conducta

La modificación de conducta sienta sus bases en los estudios de Pavlov, las teorías conductistas de Watson (Condicionamiento Clásico), Skinner (Condicionamiento Operante) y Bandura (Aprendizaje Observacional), surgen básicamente por la insatisfacción con el modelo medico e intrapsíquico de conducta anormal y por la falta de rigor y eficacia de las psicoterapias existentes. Actualmente se encuentran en desarrollo la cuarta década de la

modificación de la conducta como cuerpo de conocimiento, la cual se entiende como "un conjunto muy amplio de técnicas, objetivos de aplicación y enfoques teóricos diferentes que, no obstante, comparten características clave que permiten unificarlas bajo una misma denominación" (Labrador, F. J; Cruzado, J. A y Muñoz, M., 1995, citado por Naranjo, 2012).

El conductismo forma parte de las raíces de la modificación conductual, de cuenta de las relaciones entre los estímulos y las respuestas (E-R) y da a conocer explícitamente cambios en la conducta, ya sean estos cambios por extinciones, desarrollo o reducción de las mismas. Estos estímulos son externos al sujeto y serán los encargados de fomentar el desarrollo de las conductas esperadas. La conducta, definida como una o más acciones específicas, debe manejarse tomando en cuenta que antes de que ocurra una o más acciones específicas, existe algo que establece la base para el acto (antecedente),y algo que sigue lo cual fomenta o desanima la repetición del acto (consecuencia).

En la intervención psicopedagógica del TEA se debe identificar los factores que afectan el comportamiento, al hacerlo podemos cambiar el ambiente para promover la ocurrencia de los comportamientos deseados, como por ejemplo el lenguaje, socialización, seguimiento de instrucciones y otros comportamientos que las personas con autismo no tienen desarrollo y disminuir la incidencia de comportamientos indeseables como la autoestimulación, agresión y autoagresión. El autor más representativo del enfoque conductual que centro su trabajo en el tema de autismo, fue el Dr. Ivar Lovaas, pionero en el uso de métodos conductuales con niños Autistas.

Plantea que la observación detallada de la conducta ofrece los datos iniciales para desarrollar objetivos terapéuticos concretos en la intervención conductual. La conducta que se pretende alcanzar se debe descomponer en pequeños pasos, para luego aplicar el llamado principio del condicionamiento operante, el consiste en que aquellas conductas adecuadas

sean premiadas y las desadaptativas castigadas. Lovaas, O.I, (1981), citado por (Naranjo; 2012). El método además utiliza indicaciones breves y concisas, porque parte del supuesto de que una comunicación abundante en palabras exige demasiado del niño y lo confunde.

De esta manera la terapia conductista fue adaptada por el psicólogo Ivar Lovaas(1981), para los trastornos autistas. Dicha adaptación fue hecha partir de los siguientes supuestos:

1. El autismo no es un trastorno relacional, sino perceptivo y cognitivo.
2. No es necesario conocer las causas del autismo para poder tratarlo. El éxito del tratamiento consiste en fomentar conductas deseadas y en ir reduciendo las no deseadas.
3. También los no especialistas pueden aprender y utilizar los principios basados en el Premio-Castigo.

Por otro lado la propuesta de intervención conductual de Lovaas se caracteriza por aportar con un programa que permite abordar varias áreas de la persona con TEA a través del uso de diferentes técnicas conductuales, dentro de las áreas se encuentran las siguientes Lovaas, O. I, (1981), citado por (Naranjo; 2012):

1. Reducción de la conducta autolesiva: Empleo de la extinción, aislamiento y castigo contingente.
2. Reducción de la autoestimulación: Empleo del castigo contingente, moldeamiento progresivo de respuestas apropiadas y reforzamiento de respuestas incompatibles con la autoestimulación.
3. Adquisición de habilidades sociales lingüísticas: Sigue una secuencia iniciada con el condicionamiento operante del contacto ocular, continua con la imitación no verbal y después verbal, le sigue el seguimiento de instrucciones y tiene como punto final la imitación del lenguaje receptivo. Posteriormente se refuerza el lenguaje espontaneo no puramente receptivo.

4. Se cuenta en todo momento con coterapeutas, con los padres y profesores.

Esta propuesta es considerada y adecuada por él Dr. Michael Powers (1999), el que plantea un programa conductual que deberá tener los siguientes elementos:

1. Incluir una descripción clara de la meta que se persigue (que es exactamente lo que se aprenderá o cual problema conductual deberá reducirse).
2. El procedimiento de enseñanza deberá ser claro y deberá incluir cada uno de los pasos a seguir.
3. Especificarse las recompensas que se utilizaran para reforzar la conducta que se está enseñando, las cuales serán significativas para el sujeto.
4. La eficacia del programa de enseñanza deberá evaluarse con frecuencia, utilizando el método de recolección de datos.
5. El programa deberá especificar la forma en que la habilidad que recién se ha enseñado se transfiera a otras personas y a otros lugares del medio (generalización). (Naranjo; 2012).

Así mismo se utilizó este modelo de intervención centrado en el tratamiento del habla, en el cual como desarrolla Lovaas, se parte de un análisis "skinneriano" de conducta verbal. Goetz y Cols (1979), en su revisión sobre los sistemas de tratamiento de lenguaje de tipo conductual, indican que estos sistemas han obtenido exitosa importantes en la enseñanza de conductas verbales y lingüísticas de sujetos afectados por trastornos severos de lenguaje (autismo, deficiencia mental, disfasia, etc.).

Lovaas establece diversos principios que deben practicarse al momento de aplicar una intervención basada en este modelo, y los divide en dos áreas: Filosóficos y Pragmáticos Gonzalez, D. y Garcia, J., (1997) citado por (Naranjo; 2012).

- a) Principios Filosóficos: Plantean que en la situación de enseñanza se debe tener en cuenta las leyes de aprendizaje (condicionamiento pavloviano, operante, etc.), pues estas dirigen la conducta de todos los individuos y de todas las especies.

Considera que si bien el ambiente facilita el aprendizaje del común de las personas, no es tan determinante para las que se encuentran en los extremos, como es el caso de los autistas. Es así como se deben crear entornos especiales para ellos, para que puedan aprender con eficacia, procurando que sean lo más similar posible a los contextos habituales, ya que una de las metas esenciales de la educación especial, es ayudar a la persona a desenvolverse adecuadamente en su entorno natural. El objetivo de esto, es efectuar las intervenciones directamente en el hogar y en la escuela, tratando de mantener un control lo más estricto posible de las condiciones del tratamiento, en las que son instruidos específicamente padres y profesores.

- b) Principios Pragmáticos: Parten de la base de que los aprendizajes de mayor complejidad, son el punto final de un proceso largo de aprendizajes muy simples que se van encadenando entre si y que se van generalizando. Supone que lo que realizan las personas que rodean normalmente al niño, determinan lo que este aprenderá.

En relación al rol del adulto, plantea que el compromiso de tomar decisiones siempre las debe de asumir éste, de esta manera la claridad en las normas, la consistencia del comportamiento, el control intencional y sistemático de las consecuencias del niño, son cuestiones básicas y propias del educador.

La puesta en práctica de los principios antes mencionados, requiere de una intervención, ya sea educativa o terapéutica, basada en las técnicas clásicas de modificación de conducta, relacionadas con el reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, extinción, castigo, tiempo fuera, moldeamiento, modelado, hipercorrección, etc., las cuales deben integrarse en programas de modificación de la conducta previamente planificados (Meneses; 2005).

### 4.3 Terapia Ocupacional

¿Qué es la Terapia Ocupacional? ¿Qué contenidos trabaja? ¿Qué objetivos tiene? ¿Es algo  
? E ... ¿Qué es la Terapia Ocupacional?. Esta disciplina nació  
15 1917 N  
P O T (N POT) C H (C  
Nueva York). Los firmantes del documento mencionado fueron George Edward Barton,  
Thomas Bissell Kidner, William Rush Dunton, Eleanor Clarke Slagle, Susan Cox Johnson e  
Isabel Newton, conocidos como hoy como los fundadores de la Terapia Ocupacional  
(Barrios; 2012).

Este es sólo el nacimiento formal, el uso terapéutico de la Ocupación Actividad  
propositiva con sentido se remonta desde el inicio de la historia del hombre. Civilizaciones  
como la China, los Egipcios, los Griegos o los Romanos ya usaban la Ocupación para  
promover la salud, como remedio para enfermedades o  
varios miles de años antes de Cristo.

La Ocupación; es un concepto nuclear que en la profesión, que ha suscitado no  
pocos debates entre terapeuta ¡por estar está hasta en el nombre!. Las ocupaciones son  
cción con puntos de inicio y terminación identificables, repetibles,  
P F k  
artículo, o salir a tomar algo con mis amigos, son tres ejemplos de ocupaciones.

### Características básicas sobre la Ocupación:

- Repetibles, intencionales y conscientes ejecutadas: por ejemplo, leer un libro, puedo leerlo cuando quiera, y volver a releerlo cuando me apetezca, es algo totalmente
- Tienen una significación para la persona: por ejemplo, para mí pintarme las uñas es una ocupación de baja significación, a veces lo hago por no tener ganas de pensar en otra cosa o mientras hay puesto en la tele algo que no me gusta; sin embargo escribir en mi blog tiene gran significación para mí, me encanta, y cada vez que tengo tiempo escribo algo.
- Dependen de las aspiraciones, necesidades y entornos de las personas: yo he estudiado dos carreras porque tengo aspiración de ser profesora en la universidad, y para ello necesito mudarme de región (esas carreras no estaban en mi ciudad).
- Están relacionadas con el uso del tiempo intencional que realiza el sujeto: paso poco tiempo cocinando porque no me gusta, pero sí que paso mucho paseando.
- Son los medios a través de los cuales las personas controlan y equilibran sus vidas, pero también estamos condicionados por nuestros roles, habilidades, responsabilidades y entornos: me puedo querer ir a trabajar a Alemania, pero si tengo un hijo y no sé alemán también puede ser complejo.

Cuando alguien te pregunta que a qué te dedicas, y tú respondes que eres Terapeuta Ocupacional, algunas veces se nota cierta expresión de incredulidad en la cara de esa persona. ¿Ese momento de coger aire a tratar de hacer una explicación coherente, lo suficientemente sencilla para que la persona que tenemos delante comprenda, pero suficientemente compleja para transmitir la filosofía y la tecnicidad de la profesión.

Algunas definiciones que hacen varias instituciones relacionadas con el desarrollo y la promoción de la Terapia Ocupacional:



Según la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales o APETO (1999) :  
La Terapia Ocupacional es una profesión que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. Se utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e independencia.

El Objetivo de la Terapia Ocupacional : La Terapia Ocupacional evalúa las funciones físicas, psíquicas y sociales del individuo, identificando áreas de disfunción e introduce al sujeto en un programa estructurado de actividades para superar la discapacidad. Las actividades seleccionadas pueden estar relacionadas con las necesidades sociales, culturales, de consumo personal y económicas y

La Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior o ENOTHE, desde el año 2000 : La Terapia Ocupacional utiliza un enfoque centrado en el paciente por medio de la actividad para posibilitar la función ocupacional y para promover

Es decir, se trata de una profesión que usa la Ocupación para mejorar la independencia y la inclusión de la persona en la sociedad. Para esto se puede tratar de  
ayudar a la persona a ser independiente en

Por ejemplo, en el caso de un niño con TEA con dificultades para aprender a abotonarse la camisa: estamos reeducando, si tras analizar las dificultades que tiene, tratamos de solucionarlas con entrenamiento, para que finalmente logre hacer el abotonado sin apoyos ni modificaciones. Sin embargo, estamos optando por un enfoque sustitutivo, si

le abrimos más los ojales de las camisas, usamos un Producto de Apoyo (antes Ayuda Técnica) como un abotonador, quitamos los botones y los sustituimos por unos más grandes.

¿Qué trabaja la Terapia Ocupacional?

Áreas Ocupacionales: son categorías amplias de la actividad humana. Es decir, cualquier actividad que realicemos en nuestra vida, cualquiera, está dentro de una de las siguientes 8 categorías:

1. Actividades básicas de la vida diaria: orientadas al cuidado de uno mismo, son universales.
2. Actividades instrumentales de la vida diaria: actividades que se realizan en casa y en la comunidad, más complejas que las anteriores. Tienen carácter cultural.
3. Trabajo: actividades para participar en un empleo remunerado o voluntario.
4. Educación: actividades para el aprendizaje y la participación en el ambiente.
5. Participación social: patrones de comportamiento esperados de una persona dentro de su rol en un sistema social.
6. Ocio: actividades intrínsecamente motivadas, practicadas en el tiempo libre.
7. Juego: actividades organizadas o espontáneas que proporcionan diversión y disfrute.
8. Descanso y sueño: actividades relacionadas con un descanso restaurador, que posibilite la participación activa en el resto de áreas.

Equilibrio Ocupacional: es la capacidad organizar de convenientemente las actividades en que nos involucramos las personas en nuestra vida. Mantener un equilibrio correcto repercute positivamente en nuestra salud y calidad de vida. Desequilibrios tanto por exceso como por defecto pueden tener distinto impacto, pudiendo llegar a ser demoledores,

Componentes/ Destrezas del Desempeño: son una serie de habilidades necesarias

falla, puede arrastrar al resto. Se clasifican dentro de:

- Destrezas motoras y praxis: habilidades para realizar actos motores, organizar, planificar y ejecutar movimientos.
- Destrezas sensoriales-perceptuales: acciones para localizar, identificar y responder a sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales basados en experiencias a través de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato, gusto, propioceptores y vestibulares.
- Destrezas de regulación emocional: identificación, manejo y expresión de emociones en la realización de actividades y en la interacción con otros Destrezas cognitivas: acciones relacionadas con la planificación y la gestión del desempeño de una actividad.
- Destrezas de comunicación y sociales: acciones para comunicarse e interrelacionar con otros durante las actividades Por ejemplo, Juan está aburrido y quiere jugar a la consola. Pero la consola está en un lugar al que no llega y se la tiene que pedir a su madre.
- Destrezas motoras y praxis: Juan se tiene que levantar desde donde esté e a ir a buscar a su madre, una vez que esté jugando tiene que coordinar los movimientos de las teclas, tiene que mantener la postura jugando.
- Destrezas sensoriales-perceptuales: Juan tiene que percibir los estímulos visuales y auditivos relevantes en el juego, hacer distintas presiones en las teclas y a distinta velocidad.
- Destrezas de regulación emocional: Juan ha de identificar que está aburrido y que le
- D :

una secuencia y colocando los cables con sus clavijas, además de solucionar los problemas que se le presenten en el juego.

- Destrezas de comunicación y sociales: Juan tiene que decirle o comunicarle a su madre sus intenciones.

Contexto y Entorno: serie de condiciones o variantes, tanto internas como externas, que influyen en el rendimiento ocupacional de la persona, y por lo tanto, en su independencia. Son varios:

- Cultural: costumbres, creencias estándares de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la cual se es miembro. Darnos dos besos al saludar, no ir al colegio los fines de semana.
- Personal: características del individuo que no forman parte de su condición o estado de salud Por ejemplo, los niños con TEA, adultos con Asperger.
- Físico: ambiente natural y construido (no humano) El hogar de una familia, el centro escolar, el centro de las terapias.
- Social: relaciones con organizaciones y poblaciones Con los compañeros del colegio, con los amigos, los primos.
- Temporal: ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo, se refiere tanto a la organización temporal de patrones, como a momentos del día o del año, duraciones o etapas de la vida Cuando somos niños vamos al colegio por la mañana, cuando somos mayores trabajamos y cuando nos jubilamos no tenemos una ocupación matinal definida.
- Virtual: escenario en el que la comunicación se da sin contacto físico (TICs) Chats, redes sociales, emails, juegos online.

Sin un Desempeño Ocupacional adecuado, la autonomía no es posible. Hemos visto varios conceptos fundamentales: Áreas de Ocupación, Equilibrio Ocupacional, Destrezas del Desempeño y Entornos. Ésta ha pretendido ser una pequeña presentación sobre qué es la Terapia Ocupacional. Me he dejado atrás muchísimos aspectos importantes, aspectos que espero ir completando en futuras aportaciones, pero creo que son suficientes para que a los

intervenciones. En sentido muy amplio, podemos concluir diciendo que la Terapia Ocupacional es una disciplina que pretende dar los apoyos necesarios para que las personas tengan un desempeño ocupacional satisfactorio, para que sean independientes y autónomas, y que todo ello posibilite su integración/ inclusión en la sociedad. Pretendemos darles herramientas que les permitan tomar las riendas de sus vidas, de sus deseos, de sus sueños.

#### 4.3.1 Hidroterapia para niños con TEA

El agua, más allá de un potente motivador como actividad de ocio, es un preciado elemento, asociado a la salud y el bienestar humano Romero (2014). La terapia acuática, comúnmente conocida como hidroterapia entre otros nombres, es eficaz como tratamiento para personas con diversas patologías de origen neurológico, a los que proporciona una mayor integración del esquema corporal y una mejora de la propiocepción, ese sentido que informa al organismo de la posición de las distintas articulaciones y de la regulación del tono muscular.

En los últimos años, se está estudiando el beneficio que la terapia acuática adaptada para niños con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), ofrece al desarrollo, partiendo del principio de que la terapia en el agua es una óptima herramienta para favorecer la integración sensorial de estímulos, la cual está alterada en las personas con trastornos del neurodesarrollo. Así mismo, permite al niño disminuir la ansiedad por separación y establecer vínculos de relación e intercambio socio comunicativo con sus terapeutas, sus padres y sus iguales.

A través del agua, el niño recibe sensaciones que le permiten disminuir tensiones, organizar su conducta, conectar con el entorno, conseguir estados de relajación y mejorar su relación con el medio. En este sentido, la intervención terapéutica dentro del agua,

además, favorece el desarrollo de la coordinación motora, mejora el tono muscular, el equilibrio, el control y la planificación motora. Áreas del desarrollo que también pueden estar alteradas en las personas con TEA. ¿Pero, qué beneficios aporta realmente esta terapia al niño?

En la práctica clínica, muchos profesionales de las áreas de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, han observado que la intervención dentro del agua mejora la integración de estímulos sensoriales, favoreciendo notablemente el comportamiento del niño en los distintos contextos donde se desenvuelve. A nivel emocional, el trabajo en el agua puede calmar los estados de ansiedad y el estrés, aportándole al niño seguridad y tranquilidad.

Al disminuir los estados de alerta y tensión, favorece los ciclos de sueño. Otros beneficios como la regulación de la conducta, se pueden alcanzar mediante actividades dentro del agua, siendo este medio un potente reforzador conductual para el niño. Otro beneficio de esta terapia, es que es una herramienta útil para trabajar la atención sostenida en una actividad, el seguimiento de órdenes y para mejorar la respuesta a la comunicación social.

Por otro lado, esta terapia mejora el control postural y desarrolla la planificación motora para el movimiento, con lo cual, favorece el desarrollo de la psicomotricidad, aumentando la coordinación y armonía de los movimientos. ¿Cómo se trabaja con el niño? Partiendo de la importancia de la regulación conductual y emocional del niño, se realizan actividades que fomentan la relajación, la planificación del movimiento, la seguridad y la confianza. Permitiendo al niño disminuir sus estados de preocupación, miedo y ansiedad mediante un acercamiento sistemático y estructurado.

Se emplea la anticipación visual mediante pictogramas, la estructuración del espacio, elementos de refuerzo para motivar las 1/2 conductas adaptativas y funcionales, así como la secuenciación de las actividades en las cuales el niño participa de forma activa con ayuda del terapeuta. El trabajo dentro del agua se hace individual y personalizado o en pequeño grupo con la participación de un terapeuta por cada niño. Con esta breve mirada hacia la intervención desde la terapia acuática, se abre otra puerta más en el gran número de estrategias de intervención complementarias en el trabajo terapéutico con niños dentro del TEA.

#### 4.4 Modelo Psicoanalítico

Dentro del estudio psicoanalítico del autismo, Balbuena (2009) ha destacado a Frances Tustin, quien en los años 70 propuso una clasificación del Trastorno Autista, diferenciando tres tipos:

- ✓ Autismo primario anormal: Es el resultado de una carencia afectiva primordial, cuyo rasgo más notorio es una indiferenciación entre el cuerpo del niño y el de la madre, siendo su etiología predominantemente orgánica.
- ✓ Autismo secundario Encapsulado: Este tipo incluye los subtipos; el de caparazón, encapsulamiento primario y global y el encapsulamiento secundario o segmentado, caracterizado por la armadura forjada por el niño para protegerse del mundo exterior y que considera similar al Autismo de Kanner.
- ✓ Autismo secundario regresivo: Luego de la sobre adaptación del niño al ambiente y después de un periodo de desarrollo evolutivo normal, este vivencia una ruptura con la realidad, sintiendo su propio cuerpo como desintegrado e invadido por una confusión amenazante, lo que la autora considera una forma clínica de esquizofrenia, sustentada en una identificación proyectiva.

Tustin (1913) plantea que la tarea central del trabajo analítico con niños autistas es la de recomponer el mundo fragmentado que preside su universo interior, para lo que considera preciso reconducirlos fuera de sus barreras autistas, de las que ella cree, el niño tiene conciencia. En sus planteamientos da considerable importancia al objeto autista y el objeto transicional, proponiendo para la acción terapéutica que los objetos autistas deben propiciar la irrupción de objetos transicionales, para luego dar paso a la formación de símbolos.

Por otro lado, propone que los padres y las figuras de apego deben actuar como coterapeutas, ya que junto al desarrollo de un sentido de identidad en el niño, la terapia también debe favorecer el intercambio mutuo afectivo o experiencias vinculadas de este con otras personas, buscando así que los procesos autistas patológicos se revierten, lo cual juzga como objetivo terapéutico fundamental.

En la actualidad, Mauricio Beltran (2011), plantea que la clínica psicoanalítica propone que el niño autista, aunque no lo parezca, es un niño con iniciativa, y en esta concepción, se basan sus propuestas de intervención. La clínica con personas autistas en principio, se orienta a no volver aun más consistente a este Otro, es por ello que el trabajo no está orientado a educar el niño, o civilizarlo.

Un punto en el que convergen las diferentes teorías al describir la presentación de estos niños es el ensimismamiento en el que realizan actividades repetitivas y mecánicas acompañando, en la mayoría de los casos, de estallidos de furia o crisis de angustia ante cualquier intento de mediar entre ellos y la acción en las que están sumergidos. Con respecto a esto es factible determinar que no convocan a otro porque necesiten de otro, sin embargo, es posible observar como utilizan al otro de un modo instrumental, ya sea para abrir una puerta, tomar un objeto fuera de sus alcance, encender el equipo de música, etc.,



pero al mismo tiempo plantea el hecho de que si necesitan de otro, pero ese otro no es demandado por este niño.

Si el niño no demanda es porque no le hace falta, porque no se abrió la posibilidad del más allá de la inmediatez del objeto, tienen a sus disposición el objeto que normalmente para el neurótico esta perdido, de ahí que no lo buscaban y que muestran cierta adhesividad a los objetos que han recortado del campo del Otro. En esta situación en la que el niño se encuentra adherido a objetos, no impide intervenir y es desde las intervenciones que se ofrece cierta pacificación al goce invasivo del Otro. Tarea que ya el niño realiza a su modo. Fenomenológicamente se le observa en cierta palpación o pulsación que ejercen sobre los objetos o sobre sus cuerpos, así como armar circuitos y desplazamientos que realizan mecánica y continuamente.

Desde el psicoanálisis, es posible ver en estas conductas un trabajo de simbolización, el niño esta puesto al trabajo, por ello no se trabaja para suprimirlas, más bien son alojadas, y se busca dar cuenta de ellas con la presencia del terapeuta, su mirada, su voz, ofreciéndose como una "otra presencia" menos inquietante y dispuesta a acompañar aquellas manifestaciones.

A partir de las intervenciones, tienen efectos de pacificación en los niños también se puede pensar en la posibilidad de aventurarse en un tipo de lazo con los otros. Con respecto a lo anterior, cabe mencionar que , en la clínica se facilita la posibilidad de que disponga de los objetos que deseen y de esta misma manera lo hagan con el cuerpo del terapeuta y es posible evidenciar, que luego de transcurrido un tiempo de tratamiento esta meticulosidad por los objetos comienza a perder preponderancia. Una vez que esto acontece, es el momento en que se interviene frente a aquel goce en el que se encuentra sumergido el niño y lo aleja de toda posibilidad de lazo. La negativa a que permanezca en aquel estado abre la

posibilidad de instaurar algo por fuera de eso, otro lugar, una alteridad que inaugure un ir y venir, un entrar y salir, algo se recorta y empieza a operar, inaugura un objeto por fuera que será el primero de una serie de sustituciones que le permitirán comenzar a interesarse por nuevos objetos y/o personas.

#### 4.5 Modelo Sistémico

El enfoque sistémico se basa principalmente en entender que los sistemas tienen propiedades distintas a la simple suma de sus componentes. El modelo sistémico pasa del estudio del individuo aislado al estudio del sistema y las relaciones entre sus elementos que lo conforman. Un sistema es un todo organizado compuesto de elementos que interactúan de una manera determinada. La perspectiva sistémica tiene muchas aplicaciones en diversos campos de la ciencia como son las matemáticas, la biología, la física, la química, la educación, la sociología o la psicología entre otros.

#### Teorías principales

Según Bertalanffy (1954), creador de la Teoría General de Sistemas, los sistemas pueden ser abiertos o cerrados (según si intercambian o no energía, materia o información con su entorno), funcionan como un todo (el cambio en un elemento afecta a los demás), presentan la propiedad de circularidad (debido a la interconexión entre los elementos, la causalidad es circular en vez de lineal) y la finalidad (una misma causa puede tener diferentes efectos).

Otra teoría que complementa a la Teoría General de Sistemas es la Cibernética (Wiener, 1948), la cual nos habla de la estabilidad y los procesos de cambio que suceden en un sistema por retroalimentación, mediante mecanismos de feedback positivo que favorece unos comportamientos determinados y de feedback negativo que los corrige. Un

ejemplo clásico es el del termostato de una calefacción, el cual la apaga o enciende dependiendo de la temperatura del ambiente con el objetivo de mantener una temperatura más o menos estable dentro de unos límites determinados.

Para Von Foerster, hay dos tipos de cibernética: de primer orden (en la que se habla de estabilidad y cambio dentro del sistema) y de segundo orden o de los sistemas observantes (en el que el acto de observar un sistema influiría en el sistema observado). La cibernética de segundo orden influye en las teorías sistémicas en tanto que es muy difícil evaluar, observar o intervenir en un sistema sin influir en este.

#### Niveles de los sistemas

Según el enfoque general que adoptemos podemos encontrar sistemas dentro de sistemas más amplios o generales, los cuales influyen a los que los forman. Bronfenbrenner (1979) plantea la Teoría Ecológica de Sistemas, en la que afirma la existencia de múltiples sistemas que afectan directamente el desarrollo de la persona durante la vida. Los sistemas que envuelven al individuo son el Microsistema (entorno inmediato como la familia y el hogar), el Mesosistema (relaciones entre microsistemas, como los padres y los profesores), el Exosistema (más extenso, como los recursos del barrio, la localidad o la ciudad) y el Macrosistema (los valores culturales y políticos de la sociedad). Además, la familia puede ser descompuesta en distintos subsistemas como son el parental (padre-hijo), el conyugal (padres) y el fraternal (hermanos).

#### La familia como sistema

Los desarrollos más actuales en relación a entender y tratar a la familia como sistema los encontramos en la Terapia Familiar Sistémica. La Teoría de la Comunicación Watzlawick, Beavin y Jackson, (1967) resulta de gran ayuda a la hora de conceptualizar el

funcionamiento a nivel pragmático de la familia. Los conceptos principales son: la imposibilidad de no comunicar (toda conducta es información para los demás, incluso la no acción), los niveles digital y analógico de un mismo mensaje (todo mensaje tiene un contenido, o nivel digital, que se interpreta según el tipo de relación, o nivel analógico, que se establece entre el emisor y el receptor), la puntuación de secuencias circulares (el punto en que cada persona considera que se da la causa de una secuencia que, en realidad, no tiene una causa ni efecto determinados) y la simetría o complementariedad de las relaciones (basadas en la igualdad o basadas en la diferencia, como la relación profesor-alumno o jefe-empleado).

A partir de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación se desarrollan diferentes escuelas de Terapia Familiar Sistémica con distintos enfoques de análisis y diversas aproximaciones de intervención. Entre las más destacadas están la escuela Estructural (Minuchin;1974) basada en los límites entre los miembros del sistema familiar y sus funciones, la escuela Estratégica (Haley, 1980) que trata las problemáticas relacionadas con el ciclo vital familiar y la escuela Estratégica-Comunicacional (Watzlawick como máximo representante) basada en el análisis de las secuencias sintomáticas y de las soluciones que mantienen los problemas.

La escuela de Milán también es muy conocida, mayormente por sus procedimientos y técnicas empleadas. Otras formas de intervención sistémica derivadas de las anteriores son la Terapia Centrada en Soluciones (con Steve de Shazer como autor y desarrollador) y la Terapia Breve Estratégica ( Watzlawick y Nardone).

La persona como sistema

En la psicología del desarrollo cobra cada vez más fuerza la Teoría de los Sistemas Dinámicos, Thelen, E. y Smith, L. B., (1994) o Geert, P. y Steenbeek, H., (2005) para

explicar cómo se produce el desarrollo en los niños sobre todo en relación al lenguaje y las habilidades motoras. Se puede considerar a la persona como un sistema compuesto por diferentes elementos que trabajan conjuntamente como una unidad. Desde este punto de vista sistémico no cabe la clásica distinción entre conducta, pensamiento y emoción.

### La intervención sistémica

Desde el punto de vista sistémico es muy importante trabajar atendiendo, en la medida de lo posible, a todos los sistemas involucrados en la vida de la persona. La prioridad está en la intervención en el sistema más cercano y estable en la vida del individuo y este acostumbra a ser el familiar. Aunque la Terapia Familiar se ha realizado clásicamente en contextos clínicos pensamos que es muy importante poder llevar la intervención al contexto natural de la persona, sobre todo cuando se interviene en niños o menores. El modelo de intervención sistémico nos insta a evaluar y trabajar de manera la persona aislada o, por lo menos, entender que los factores de mantenimiento de un problema se encuentran en las relaciones del sistema y no en su origen.

Con esto queremos decir que no nos interesan tanto las causas (sean genéticas, biológicas, sociales) sino el mantenimiento de los problemas referidos al comportamiento relacional de los individuos en la actualidad. El uso de un modelo de intervención centrado en la familia (Dunst, C; 1991) junto con un componente psicoeducativo adecuado a la gravedad del problema se puede considerar como la intervención más adecuada en la mayoría de trastornos y distintas problemáticas, sobre todo en atención temprana.

A parte de la intervención en la familia esta se debe expandir hacia otros niveles como son la familia extensa, los profesores, otros profesionales e, incluso, la sociedad en general. Por esto es tan importante el trabajo de formación tanto práctica como teórica y de concienciación, por ejemplo en los TEA, que se realiza a la población general.

#### 4.5.1 Terapia Familiar Integral

Los padres enseñan a sus hijos a decir las primeras palabras, a conocer el mundo, a decir adiós con la manita, a lanzar besitos volados, a decir gracias, de nada, a lavarse las manos y a comer con cuchara. Cuando uno tiene un hijo, está preparado para esa tarea, y nadie le pone en duda que sea la persona adecuada para comenzarla (Luengo; 2011). Recuerda cosas de su infancia, observa a los amigos y conocidos con hijos para copiar o rechazar ideas.

Si unos padres tienen un hijo con sordera, lo primero que harán es aprender el lenguaje de signos para comunicarse con él. Si unos padres tienen un hijo que necesita ir en silla de ruedas, me imagino que no se mudarán a un duplex lleno de escaleras, sino que intentarán que como mucho haya rampas o ascensores si es que ya viven en uno.

Si unos padres tienen una hija con celiaquía, cambiarán la dieta de su hija, y probablemente la de toda la familia, para no desplazar a la pequeña. Por eso es curioso que llenan la boca con un consejo: no hagan de terapeutas, ustedes son ante todo los padres, la terapia déjenla para los especialistas.

Para el autismo no hay obviedades. Porque el autismo es un trastorno generalizado del desarrollo. Eso quiere decir que el autismo afecta a todas las parcelas de la vida del niño y de su familia. Un niño con autismo no puede aprender a hablar, a decir adiós con la manita, a dar besitos ni prácticamente nada si se lo enseñamos como a un niño sin autismo. Por muchas ganas que le pongamos. Creo que todos los padres de niños con autismo hemos vivido la frustración de que no repita nuestras palabras, nuestros gestos, nuestras canciones.

La forma de que pueda aprender esas y otras muchas cosas importantes y vitales, es enseñárselas como él requiere y necesita. A un niño con autismo, como a cualquier otro, los padres le deben enseñar a comunicarse, a saludar, a mostrar afecto, a ser autónomo, a distinguir qué quieren los demás de él. Y la única forma de enseñarle todo eso, y todo lo demás, es con mucha paciencia, mucho amor, pero sobre todo con terapias específicas: integración sensorial, teachh, aba, floortime, etcétera.

La única forma de que aprenda es crear para él lo que necesita: una terapia integral hecha a su medida y que aúne lo mejor de todas estas escuelas, unos padres con ganas de orquestrar todo el material y todo el personal, rodearlo de personas con la energía de afrontar un gran reto y también con muchísimo humor para llevarlo todo adelante con naturalidad. Piensen por un momento qué ocurriría si al niño con sordera sólo le hablaran la lengua de signos 90 minutos a la semana, y el resto de minutos (4110 si pensamos que duerme 10 horas al día), tuviera que aguantar a toda su familia y conocidos boqueando como peces frente a él.

Qué ocurriría con el niño en sillas de ruedas si sólo pudiera usarla dos horas al día, y el resto tuviera que arrastrarse detrás de su familia o quedarse atorado en cualquier lugar, Qué ocurriría con la niña con celiaquía si solo recibiera su dieta especial en el comedor del colegio, y en casa tuviera que morir de hambre delante de los macarrones de la cena. La respuesta es obvia, ¿verdad? Pues la única forma de que un niño con autismo aprenda todo lo que puede aprender, es que sus padres se armen de 1/2 pictogramas, agendas, historias sociales, juegos de habilidad, trampolines, colchonetas y lo que sea necesario. Para el autismo no hay una receta, hay muchas, y le corresponde a los padres informarse y formarse para poder acercarse a ese niño y enseñarle qué es el mundo y cómo debe relacionarse con él. Igual que lo harían con un hijo sin autismo, claro está. ¿Por qué entonces ha de ser diferente la tarea de los padres? Suena agobiante, pero no lo es. Lo agobiante es tener un niño que, como no entiende nada, sólo grita como un cuervo y se

golpea la cabeza, y en casa corre como un torbellino y trepa hasta las lámparas, y no se puede llevar ni a comprar el pan porque desmonta la panadería.

Porque una familia sirve para eso: debe ser el apoyo y el descanso para todos sus miembros, un hogar sin obstáculos para el niño con autismo, para que así no tenga que sufrir una ansiedad apabullante porque nada está hecho a su medida. Igual que los padres del niño con sordera aprenden a bromear en signos entre ellos. Igual que la madre del niño en la silla de ruedas le echa un partido de baloncesto a su hijo y acaba sudada celebrando su propia derrota. Igual que el padre de la niña con celíaca aprende a hacer deliciosos pasteles sin gluten, y ni echa de menos el bizcocho de su abuela.

Los padres, los hermanos, los abuelos, los tíos y los amigos de los niños con autismo han de aprender a vivir con naturalidad una vida familiar peculiar, una vida llena de imágenes, signos y estructuras, llena de situaciones que requieren una reflexión, de planificación, de métodos y técnicas de comunicación. Una terapia integral que le hace la vida a todos más fácil, y que nuestros niños necesitan para aprender a vivir en este mundo.



## RECOMENDACIONES

Como bien sabemos cada ser humano es único e irremplazable, por lo que desde el nacer, aunque nos parezcamos a los padres, tenemos nuestro propio sello de identidad, que nos identifica ante los demás a la hora de hacer las cosas, de comunicarnos de divertirnos o de relacionarnos con nuestro entorno. Debemos de pensar que no hay dos bebés con el mismo llanto, con los mismos gestos por lo tanto tampoco hay un desarrollo único sin deficiencia por tal ejemplar en la infancia.

Por lo tanto la estimulación en la infancia es necesaria e importante y si esto lo es hay que ser más personalizados con los niños con TEA, que requieren una atención adecuada para mejorar o modificar conductas que se consideran inapropiadas. La comparación que se suele hacer entre niños normales y niños especiales ha ido en aumento y si a esto le adjuntamos la falta de interés por los padres de familia para que los niños reciban atención adecuada y especializada estamos sumergiendo al niño en un abismo en donde se encontrará solo sin el apoyo que le ayude a ser mejor.

Un niño con autismo tiene todas las posibilidades de poder llevar una vida normal sin complicaciones, al igual que otros niños, mejorar su lenguaje, comunicación, conducta de interacción social, para poder integrarse a la sociedad, pero esto no se puede hacer solo necesita el apoyo e interés familiar para que sean guía en este proceso.

Haré una pregunta ¿Quién no algunas veces ha preferido jugar solo (la) antes que compartir su juguete? Eso es una acción introvertida que cuando, como sociedad, generalizamos afecta las relaciones sociales y de comunicación la cual puede dar paso a problemáticas o a un espectro autista, y entonces ¿Cómo podemos estimular ante esta interiorización o pensamiento en sí mismo? ¿o como puedo yo llegar a jugar con mi hijo?

Mi respuesta es la palabra empatía; ponerse en el lugar del otro y personalizar la interacción con el niño, porque no es necesario comunicarnos con el niño solo de una forma oral tenemos que trabajar con la estimulación multisensorial, utilizar todos los canales sensoriales para poder llegar a él y ser parte de su juego.

Cómo se lleva esto a la practica en un niño con Trastorno del Espectro Autista?

1. ¿Le gusta hacer construcciones? Hazlas junto a él pero ten cuidado de no invadir su espacio de esta manera estarás captando su atención y fortaleciendo la misma mediante la estimulación.
2. ¿Le gusta dibujar? Aprende a comunicarte dibujando, expresando mediante trazos y figuras los que sientes y piensas cuando consigas su atención, ayuda verbalizando lo que dibujas de esta manera intentara imitar lo que realizas para que también sea entendido.
3. Si presenta hipersensibilidad evita lugares con multitud de esta manera aseguras su tranquilidad y evitas conductas no deseadas.
4. Potencia la interacción en aquello que le gusta hacer y causa placer haciéndolo con él o ella.
5. Para realizar una tarea da órdenes breves, claras y sencillas, evita ser complejo en lo que pides.
6. No hagas las cosas por él, ten paciencia y dale tiempo.
7. Respeta su orden y su ritual, no modifiques sin consultar, es decir, si prefiere guardar sus juguetes de determinada manera y en algún lugar en especifico hazlo igual, de esta manera conseguirás generar empatía y que te permita hacer las cosas las tareas juntos.
8. Fomentar la imitación para lograr la comunicación esto mediante el juego.
9. Refuerza lo que hace bien, esto como actividades cotidianas o nuevas tareas. Los reforzadores son una herramienta importante para la mejora del niño, esto puede ser cualquier cosa que le guste al niño como pueden ser: comestibles (dulces, alimento o bebida), tangibles(juguetes u objetos que pos su textura o forma llamen su

atención), actividades de ocio o pasatiempo (juegos) y Afectivos (elogios y halagos que se acompañen de caricias).

10. Ayuda con laminas con pequeños dibujos en áreas específicas de la casa que le ayuden a conocer el espacio, con actividades básicas como comer, bañarse, vestirse, e incluso de algunos alimentos y accesorios de uso personal, pégalas en lugares donde el pueda verlas y señalarlas con facilidad, así mismo puedes mejorar su lenguaje preguntando que es.

## CONCLUSIONES

Es necesario recordar que el objetivo principal de esta investigación fue describir las diferentes alternativas de intervención en niños con autismo que ayuden a establecer patrones de comunicación en los niños para favorecer la interacción y adaptación en su medio social, con la finalidad de que estos niños en un futuro no muy lejano puedan alcanzar la independencia y ser autosuficientes, de tal modo que puedan establecer una relación funcional con su familia y su entorno social.

En primera instancia con la familia porque es el núcleo principal de interacción social y por ende son las personas que tienen mayor relación emocional, física y psicológica con el individuo lo que se ve beneficiado y así podrá realizar un plan de vida autónomo, por lo que la relación que lleven padres con hijos autistas ayudara a fortalecer la comunicación y convivencia con personas externas a la familia y así poder ser funcional en su sociedad.

El entorno social en el que se involucran las personas con autismo se ven favorecidas ya que estos se pueden integrar en un ambiente laboral y ser productivos, sin embargo la falta de interés de los padres por estos niños hacen que sean muy pocas las personas con esta oportunidad de incluirse en estas aéreas. Es importante mencionar que la intervención con los niños diagnosticados como autistas, establecen un papel importante en las estrategias utilizadas para la planificación de un modelo conductual sin que sigan cobrando mayor importancia las técnicas que se utilizan y su rígida aplicación para obtener el éxito y los resultados esperados.

El considerar implementar estrategias visuales como medio de comunicación alternativa en la intervención psicopedagógica del área de comunicación implica reconocer que la comunicación es el soporte más adecuado al nivel de la persona, lo que contribuye a desarrollar pautas comunicativas funcionales en las personas con TEA, en medida que reconoce, propicia y favorece medios afectivos, convencionales y garantizando la relación social e intercambio de información.

De manera general concluyo que los niños diagnosticados con TEA pueden llegar a ser personas productivas y capaces de desarrollarse de acuerdo a las habilidades y posibilidades que van adquiriendo como una alternativa eficaz en la que nos de resultados positivos, y esto se verá con la utilización del modelo conductual ya que este se basa en la emisión de respuestas y sin dejar pasar que una de las características de los niños diagnosticados autistas es que a través de condicionamiento operante llegan a emitir una conducta, así mismo, si el programa es utilizado de manera correcta sin dejar de lado alguno de los paso el autista puede llegar a crear una rutina de actividades que le sean funcionales cada día de su vida para poder realizar su propio plan de vida.

## REFERENCIAS

- Alonso, J. (2005), *¡Atiendeme! Ocio y Aprendizajes*. Ed. CEPE. España.
- Alonso, J. (2005), *¡Escuchame! Relaciones sociales y comunicación*. Ed. CEPE. España.
- Alonso, J. (2005), *¡Mirame! Forma de ser y forma de actuar*. Ed. CEPE. España.
- American Psychiatric Association DSM-V, (2013), *Manual de Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales*. 5ª Edición, Ed. Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (textrevisión)*. Washington, DC, versión española, (2002), Ed. Masson. Barcelona.
- Arellano, C. (2015). En México, cada año nacen 25 mil niños con autismo, *La Jornada*, Recuperado de, <http://www.jornada.unam.mx/2015/03/26/sociedad/043n2soc>
- Autismo Diario, (2016). *El lenguaje y la comunicación en niños con autismo*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2016/08/29/el-lenguaje-y-la-comunicación-en-niños-con-autismo/.pdf>.
- Autismo Diario, (2016). *La comunidad de Madrid aumenta los recursos educativos para el autismo*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2016/07/27/la-comunidad-madrid-aumenta-los-recursos-educativos-autismo/.pdf>.
- Autismo Diario. (2011). *Mejora de las habilidades sociales y de comunicación a través de un programa integral de intervención temprana*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2011/01/13/mejora-de-las-habilidades-sociales-y-de-comunicación-a-través-de-un-programa-integral-de-intervención-temprana/pdf>.
- Beltrán, M. (2011). *La clínica del autismo*. Recuperado de, <http://desiderum.com.ar/texto2.html>.
- Barrios, S. (2013). *Adaptando juegos de mesa para niños con autismo*. Recuperado de, <https://autismodirio.org/2013/08/09/adaptando-juegos-de-mesa-desde-la-terapia-ocupacional.com.pdf>.
- Barrios, S. (2012). *Terapia Ocupacional: Intervención en los Trastornos del Espectro del Autismo- Parte I*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2012/05/06/terapia-ocupacional-intervención-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo-parte-i/.pdf>.

- Calderón, Y. (2016). *A los padres del chico que piensan que mi chica es "rara"*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2015/09/30/los-padres-del-chico-piensen-chica-rara/>. pdf.
- Casanova, M. (2016). *Autismo y el desarrollo de la resiliencia*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2016/09/30/autismo-y-el-desarrollo-de-la-resiliencia/>. pdf.
- Comin, D. (2015). *Berrinches y crisis de niños con autismo ¿En que se diferencian?*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2015/09/19/berrinches-y-crisis-de-niños-con-autismo-en-que-se-diferencian/>.pdf.
- Comin, D. (2016). *¿Cómo mejorar el modelo de intervención del autismo?*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2016/09/09/como-mejorar-el-modelo-de-intervencion-del-autismo/>. pdf.
- Comin, D. (2014). *El desarrollo del lenguaje en el autismo y su relación con aspectos sensoriales y motrices*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2014/08/13/el-desarrollo-del-lenguaje-en-el-autismo-y-su-relación-con-aspectos-sensoriales-y-motrices/>. pdf
- Comin, D. (2014). *El desarrollo del lenguaje y la inteligencia en el autismo*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2014/01/11/el-desarrollo-del-lenguaje-y-la-inteligencia-en-el-autismo/>.pdf.
- Comin, D. (2015). *¿Por qué los niños con autismo tienen problemas para hablar?*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2015/09/10/pot-que-los-niños-con-autismo-tienen-problemas-para-hablar/>.pdf.
- Comin, D. (2016). *¿Qué es el autismo?*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2016/08/01/que-es-el-autismo/>.pdf.
- Dicaprio, N. (2001). *Teorías de la personalidad*. Ed. Mc Graw Hill. 2<sup>da</sup> Ed. México.
- Galindo, E (2005). *Modificación de conducta en la educación especial*. Ed Trillas. México.
- García, J. (2007). *Dificultades del desarrollo: evaluación e intervención*. Ed. Piramide. España.
- Garza, F. (2014). *Autismo: Técnicas para incrementar una conducta*. Recuperado de, [www.psicopedagogia.com/autismo-técnicas-para-incrementar-una-conducta](http://www.psicopedagogia.com/autismo-técnicas-para-incrementar-una-conducta).
- Garza, F. (2003). *Manual para padres de niños autistas*. Recuperado de, [www.psicopedagogia.com/manual-para-padres-de-autistas](http://www.psicopedagogia.com/manual-para-padres-de-autistas), pdf.

- Jordan, R. (2012). *Autismo con discapacidad intelectual grave*. España. Autismo Avila
- Kanner, L. (1951) *Tratado de psiquiatría infantil*. Ed. Zig-Zag España.
- Lovaas, O. ivar (1981). *Niño autista: el desarrollo del lenguaje mediante la modificación de conducta*. Ed. Debate. España.
- Lozano, J. (2010). Enseñar emociones para beneficiar las habilidades sociales de alumnado con trastornos del espectro autista. *Education siglo XXI*. Vol. 28. N. 2. Recuperado de, <http://revistas.um.es/educatio/article/view/11206>.
- Luengo, A.(2011). *La vida familiar como terapia integral*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2011/02/08/la-vida-familiar-como-terapia-integral/.pdf>.
- Maciques, E. (2012). *Los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y los TEA las diferencias implícitas*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2012/09/21/los-trastornos-especificos-del-lenguaje-tel-y-los-tea-las-diferencias-implicitas/.pdf>
- Monfort, I. Y Juárez, A. (2001). *Estimulación del lenguaje oral*. Ed. Entha. España.
- Monfort, I. (2009). *Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista*. *Revista Neurol*, 48(2), p.53-56.
- Morales, T. (2009). Implementación de un programa de modificación de conducta en niños diagnosticados autistas del ú JE N PI GET  
Pachuca Hidalgo, para alcanzar funcionalidad en su entorno inmediato.(Tesis de Pregrado). Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.
- Naranjo, M J. (2012), *Aportes del modelo Interaccionista Pragmatico en el tratamiento del area de lenguaje y comunicación en personas con trastornos del Espectro Autista*. Sede: Centro
- Ojea, M., Rodriguez, I. (2007). *Autismo, entender, leer y hablar cuaderno de trabajo para el alumno*. Ed. Aljibe. España.
- Powers, M. (1999). *Niños autistas: guía para padres, terapeutas y educadores*. Ed. Trillas. México.
- Ramos, M. (2010). *¿Qué es el autismo? La experiencia de padres inmersos en la incertidumbre*. Recuperado de, [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-373X2010000100006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2010000100006).



- Reynolds, G. (1973), *Compendio de condicionamiento operante*. Ed. Ciencias de la conducta. México.
- Ricardo P., Halgin S, Krauss, W (2004) (University of Massachusetts at Amherst), traducción: Pineda L., Velázquez, J. “*Psicología de la Anormalidad*” *perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. 4<sup>ta</sup> edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana Ed, S. A. México D.F.
- Riviere, A. (1990). *El desarrollo y la educación de niño autista en Marrchesi, Coll, Palacios. Desarrollo psicológico y educación II*. Ed. Alianza. España.
- Riviere, Á (1997); “*Desarrollo normal y autismo*”. Universidad Autónoma de Madrid; España.
- Riviere, A. Y Martos J. (1997). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Ed. Ministerio del trabajo y asuntos sociales. España.
- Riviere, A. (1997). *Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación*. Ed. Ministerios de Asuntos Sociales. España.
- Riviere, A. (1998). *El tratamiento del Autismo; nuevas expectativas*. Ed. Ministerios de Asuntos Sociales. España.
- Riviere, A. Y Martos, J. (2000). *El niño pañuelo con autismo*. Ed. APNA. España.
- Riviere, A. (2001), *Lenguaje y Autismo. En Autismo: Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed. Fundec. Serie Autismo. España.
- Riviere, A. (2001), *Autismo*. Ed. Trotta. España.
- Riviere, A. (2004), *IDEA: Inventario de Espectro Autista*. Ed. Fundec. España
- Riviere, A. (2007), *Autism. Orientaciones para la intervención educativa*. Ed. Trotta. España.
- Riviere, A., Belinchon, M. (2009). *Psicología del lenguaje; investigación y teoría*. Ed.6<sup>ta</sup>. Ed. Trotta. España.
- Romero, M. (2014). *Hidroterapia para niños con Trastorno del Espectro del Autismo*. Recuperado de, <https://autismodiario.org/2014/06/19/hidroterapia-para-niños-con-trastornos-del-espectro-del-autismo/.pdf>.
- Simarra, L. (2014). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Ed. Síntesis. España.
- Stumphauzer, J. (1992). *Terapia conductual*. Ed. Trillas, S.A. de C.V.

- Stanton, M. (2002). *Convivir con el autismo: una orientación para padres y educadores*. Ed. Paidós Iberica. España.
- Swartz, P. (1996). *Psicología en el estudio de la conducta*. Ed. CECES. México.
- Valdez, D, Riviere, Martos J. ((2001). *Autismo: Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Tomo 1, Ed. Fundec. Argentina.
- Vargas, J.(2005) “*Revista de Psicología Experimental*”; Curso de condicionamiento operante; Fez Iztacala; Ed. Producciones gráficas. México.
- Vargas, J y Navas Wendy (2012), Autismo Infantil, *Revista Cúpula*, 26(2): 44-58.
- Viaplano, R. (2014). *Autismo y Espejismo lo que confunde y alienta en los dultos cons trastorno del espectro autista*. Ed. Circuo Rojo. España.
- Williams, G. Pérez González, L. A. (2005). *Programa Integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo*. *Psicothema*, 17(2), p.233-244.