



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

*El trabajo del psicólogo educativo con el niño
autista en el área social*

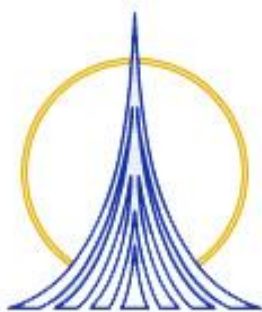
TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

CARLOS ARMENTA JARA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA
COMITÉ: LIC. JESÚS BARROSO OCHOA
LIC. DOLORES CÁRDENAS MONROY
LIC. REYNA MA. NIEVES VALENCIA
LIC. MIRIAM SILVA ROA



MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Pude haber empezado agradeciendo a mis padres por darme la vida, pero se me hace una frase muy trillada.

Prefiero iniciar agradeciendo a mi madre, por haberme conseguido un empleo con el cual me di cuenta que yo quería hacer algo más y por insistirme en continuar con mis estudios. También le doy las gracias a mi padre, por sus consejos que me sirvieron para no tomar un mal camino o decisiones erróneas. Agradezco a mis hermanos por el cariño que me demuestran (Sandra, Ale, Charo, Luisito, Carlangas y Dianita) y a mi recién nacida sobrina Danae.

Tengo un agradecimiento muy especial para la Jefa (mi abue) que me dio asilo en su casa durante todos mis años de estudio y no sólo por el asilo sino también, por el apoyo que me ha brindado en todos los sentidos, creo que sin ese apoyo no estaría donde estoy de pie el día de hoy.

Agradezco a mis padres adoptivos (Doña Lola y Don Fide) por el apoyo que han brindado durante el tiempo que tengo de conocerlos, ya que siempre me han insistido en que estudie y me supere como persona, de igual forma me han hecho sentir parte de su familia y ahora tengo tres hermanos más (Michelle, Wanda y Lalo) que también me han apoyado y me hacen sentir parte de su familia, en realidad, muchas gracias.

Le doy gracias a mi tutora Ana Lilia que también ha fungido como mi madre adoptiva que me ha orientado y apoyado en la realización de éste trabajo y ahora aquí esta el resultado de todo este esfuerzo.

Le agradezco a mis tíos (Chabelo y Mari) y mis primos (Danny boy y Fanny chan) que me ayudaron cuando era necesario.

También doy gracias a mis amigos que a pesar de no poder nombrarlos a todos, los recuerdo que siempre están presentes (esto no implica algún descuento en futuras consultas). De igual forma, agradezco a las personas que ya no están conmigo pero que siempre recordaré (Israel, Nacho y Luis q.p.d.).

Por último agradezco a "N" por estar ahí y a Kasi por ser mi compañero de desveladas, los quiero mucho.

**EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO CON EL NIÑO AUTISTA EN
EL ÁREA SOCIAL.**

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1. Historia del Autismo	1
1.1 Etiología del autismo	6
1.1.2 Etiología Biológica	9
1.1.3 Etiología Emocional-Ambiental	13
1.2 Características del autismo.....	17
1.2.1 Características del autismo basado en DSM-IV	24
1.2.2 Tipos de autismo.....	28
1.3 Desarrollo del niño “normal” y autista	33
1.3.1 Desarrollo Social del niño “normal” y el niño autista.....	37
CAPITULO 2. Trabajo del psicólogo	45
2.1 Psicología Educativa.....	45
2.2 Educación especial	49
2.3 Evaluación del psicólogo al niño autista.....	56
2.4 Intervención psicológica.....	65
CAPITULO 3 Método	79
3.1 Planteamiento del problema.....	79
3.2 Objetivos.....	79
3.3 Categoría de análisis.....	79
CAPITULO 4.Resultados	81
CAPITULO 5. Propuesta de intervención psicológica	88
Conclusión	97
BIBLIOGRAFIA	101

Resumen

El trabajo que realiza el psicólogo educativo con niños con necesidades educativas especiales es importante para su desarrollo personal. El objetivo de esta investigación es determinar el trabajo del psicólogo educativo en la socialización del niño autista.

Los psicólogos educativos que trabajan con niños autistas tienen como prioridad evaluar, diagnosticar e intervenir, con la finalidad de establecer cual es el mejor plan de trabajo que ayudara al desarrollo social del niño.

El psicólogo realiza evaluaciones, aplicando los diversos instrumentos de medición, con la finalidad de tener todos los elementos necesarios para realizar un diagnóstico, el cual le permitirá saber que grado de autismo presenta el niño. Los diversos autores revisados consideran que es difícil hacer una evaluación, ya que actualmente no se ha podido llegar a una conclusión o a una lista de síntomas que describan la presencia del trastorno, sin embargo varios autores han dedicado su vida a la observación del autismo, con la finalidad de poder determinar una serie exacta de particularidades que lo definan.

La intervención es otra actividad que realiza el psicólogo, en la presente investigación se presentan algunos modelos de intervención principalmente con un enfoque conductual utilizados en la socialización del niño autista y han mostrado resultados favorables.

Tomando en cuenta el trabajo del psicólogo educativo y las intervenciones del autismo en el área social, se presenta una propuesta de intervención para el desarrollo de la socialización del niño autista sin dejar de lado el resto de las áreas afectadas por dicho trastorno.

Introducción

El psicólogo educativo participa en la atención del desarrollo del niño autista, desde las primeras etapas de la vida, es un profesional que se ha especializado en el estudio de la conducta humana, así como en los procesos psicológicos básicos.

En la actualidad, existen pocas instituciones que atienden este tipo de trastorno, de tal manera, que el trabajo del psicólogo educativo es muy importante con este tipo de niños (autistas), ya que es difícil realizar una evaluación e intervención por las características del mismo, los cuales presentan inestabilidad emocional, así como incapacidad para relacionarse con su medio.

Por otra parte la detección y prevención de los problemas afecto-socio-educativos, las discapacidades e inadaptaciones funcionales, son parte importante del trabajo del psicólogo educativo, así como las evaluaciones para valorar la capacidad del niño con la finalidad de proponer y/o regular intervenciones que se refieran a la mejora de las capacidades educativas del niño.

Como psicólogo educativo se tiene la función de ayudar al niño a desarrollar sus habilidades, motrices, intelectuales, sociales; siendo el área social en la cual se enfocará el presente trabajo.

El psicólogo educativo se interesa por el pensamiento, emociones, deseos y juicios de los individuos, así como por su conducta externa. Los fenómenos

psíquicos internos pueden deducirse a partir de ciertas peculiaridades de la conducta y comportamiento externos. Sin embargo en el caso de los niños con necesidades especiales, principalmente con niños autistas, es más complejo trabajar en dicha área.

Por lo tanto el presente trabajo abordará el tema ¿Cuál es el trabajo del psicólogo educativo con el niño autista en el área social? donde en el primer Capítulo se hará referencia a los antecedentes y diversas definiciones del autismo y cómo a través del tiempo se ha ido modificando. Se explicará la etiología y causas del autismo, desde diversos puntos de vista como son: psicológico, biológico, genético y neurológico.

También se determinaran las características y síntomas que permitan identificar la aparición del autismo a una edad temprana. Se describirá el desarrollo del niño “normal” y el niño autista, con la finalidad de determinar en que momento comienza a manifestarse el autismo.

Para determinar cual es el trabajo del psicólogo educativo se dedicara el Capítulo dos enfocándose principalmente en el desarrollo del niño autista en el área social.

Posteriormente se describirá la forma en que el psicólogo educativo realiza la evaluación, para determinar la intervención con el niño autista. Se tomaran en cuenta distintas propuestas de intervención, las cuales están basadas las áreas del desarrollo del niño autista.

En el Capítulo tres, se plantea el método, así como la categoría y técnica de análisis de la presente investigación.

En el Capítulo cuatro se presentan los resultados en donde se analiza el trabajo del psicólogo en la evaluación e intervención del niño autista.

Posteriormente en el Capítulo cinco se plantea una propuesta de intervención desde el punto de vista del psicólogo educativo, con el objetivo de lograr un mejor desarrollo social del niño autista, y de esta manera mejorar la integración en el entorno familiar y escolar, desde el enfoque cognitivo-conductual. Las actividades que se plantean en la propuesta de intervención están basadas en actividades de juego en grupo y en el reforzamiento de las conductas que el niño realice a favor de su desarrollo social.

CAPITULO 1. Historia del autismo

Para poder hablar del autismo es importante definir que significa dicho término y cuando fue la primera vez que se utilizó para describir el trastorno.

Literalmente autismo significa vivir en función de sí mismo, para un observador el niño autista aparece como un ser egocéntrico, puesto que es escasa su respuesta al mundo externo, y paradójicamente el individuo sumido en dicho estado tiene muy poca conciencia de sí mismo (Fejerman, 1994).

De acuerdo con Sigman (2000), la primera definición que se tuvo del autismo fue como producto de algún mal o brujería, como eran considerados la mayoría de los trastornos mentales.

El autismo infantil fue descrito por Kanner como entidad nosológica en 1943. Sin embargo Bleuler (1911; citado por Mannoni, 1985), ya había hablado del autismo en relación con la esquizofrenia. Estudiando este trastorno de manera sistemática, establece criterios diferenciales con respecto a la esquizofrenia; para él, el autista no es como el esquizofrénico, (un sujeto que se retira del mundo), si no un sujeto que no llega a entrar a él. Habla de una soledad del individuo que se presenta con carácter agudo desde el comienzo de la vida social consciente (Mannoni, 1985).

Las primeras descripciones del autismo clásico son invariables y están presentes en los verdaderos casos de autismo: *la soledad autista, el deseo de invariancia y los islotes de capacidad*, y estos tres están presentes a pesar de que los detalles varíen y existan otros problemas (Frith, 2004).

Hasta este momento se había definido al autismo, como una ramificación de la esquizofrenia y no un trastorno individual como tal, pero al paso de los años y gracias a la investigación, en la actualidad existen diferentes definiciones de lo que es el trastorno autista.

El definir que es el autismo desde un punto de vista psicológico, no ha sido sencillo, ya que en un inicio era considerado, como un daño colateral o unido a la esquizofrenia, esto debido a las pocas investigaciones que había a finales del siglo XX pasado, pero a partir de las investigaciones hechas por Kanner, el área de estudio del autismo desde la psicología ha ido creciendo.

Kolvin (1971 citado por, Fejerman, 1997), marca la diferencia entre autismo y esquizofrenia, la cual consiste básicamente en la especificidad del trastorno de la infancia, mientras que en la esquizofrenia hay una des-estructuración del aparato psíquico que había alcanzado estados de organización “normal”, lo cual no sucede en el autismo, ya que, desde el inicio de la vida se presenta un desarrollo cognitivo atípico. Junto a esta idea, Sankar (1976, citado por, Garanto, 1984), menciona que la existencia de una desorganización afectiva desde el mismo periodo intrauterino se explicitaría en un subdesarrollo morfológico provocando la presencia del trastorno.

También la corriente organicista con un enfoque (medico-biológico) explica el autismo, basándose en la génesis del ser humano, en otras palabras, es lo que puede provocar dicha malformación a nivel cortical. El síndrome autista es considerado como derivado de una alteración orgánica que se llama

“equipamiento de base” (inmadurez en el SNC, vegetativo o motor) que imposibilita a estos niños poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismo (Garanto, 1984). Basado en el daño sufrido a nivel del SNC se han propuesto distintas definiciones relacionadas con las diferentes áreas del cerebro.

La única región del cerebro que pudo haberse visto afectada por un traumatismo precoz y conducir el autismo es según Coleman (1979, citado por, Garanto, 1984) el tálamo. Es una región que se halla vascularizada por la arteria central posterior. Un desperfecto pre o perinatal en estos vasos (comprensión, hipoxia, deshidratación, etc.) sería suficiente para explicar el déficit autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.

Dentro de la misma línea de investigación, Garanto (1984) menciona que la investigación, se centra en el estudio de posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas que, al parecer pueden aportar claridad en el problema etiológico. Se debe de tener muy en cuenta el papel capital que desempeñan “los estados emocionales” la adrenalina, noradrenalina, serotonina, etc.

Como se menciona en el párrafo anterior el papel de los estados emocionales son importantes y con base a estos, la Teoría Emocional-Ambiental hace mención de que el autismo se presenta debido a, las primeras relaciones entre la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias, que son

consideradas por esta teoría como las generadoras del trastorno y de las psicosis infantiles en general. En realidad en estas primeras relaciones se producirá un fracaso en la formación del yo, una escisión del mismo que incidiría en las des-adaptaciones y desintegraciones de sus estructuras psicológicas, una detención o regresión a un estadio primario del desarrollo en el cual se fija (Garantos, 1984).

Otra punto de vista muy similar dentro del mismo enfoque, es el que menciona Margaret Mahler (1952, citada por, Ritvo, 1976), la cual explica que de acuerdo con el psicoanálisis la relación que desarrolla el niño y la madre es de primordial importancia para el desenvolvimiento del infante en su crecimiento dentro del aspecto afectivo, sin embargo si esta relación inicial del infante no es buena, puede provocar que el niño padezca el trastorno autístico.

Damasio (1978, citado por, Garanto, 1984), desde el punto de vista médico, en contraparte del enfoque emocional-ambiental, menciona que las infecciones perinatales, pueden explicar el por qué de la edad de aparición del autismo

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) describe al autismo como: un síndrome que se presenta desde el nacimiento o invariablemente durante los primeros 30 meses de la vida. La respuesta a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario, se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos.

Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son muy graves e incluye un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima. La actuación es en general, mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas (Garanto, 1984).

Sin embargo, Mannoni (1985), manifiesta que a veces los infantes llegan a caer en este estado por desesperanza, por no haber logrado hacerse entender en su entorno social inmediato (dentro del núcleo familiar). La poca atención que le proporciona la madre lo lleva aun estado de desesperación, el cual muestra por medio de la agresividad, y debido a la vulnerabilidad de la madre ante dichas agresiones, incrementa su sentimiento de omnipotencia y agrava su aislamiento marcado por el rechazo, lo cual provoca que el niño entre en un estado autístico.

El termino de autismo, Piaget (1971; citado por Tustín, 1987). lo utiliza para definir, que es una parte normal del desarrollo del niño, quizás por esta razón la historia del autismo no es muy amplia, debido posiblemente a que todos los

individuos pasan por diversos periodos, ya que son parte importante del desarrollo humano, pero con los niños autistas no se puede determinar en que etapa llegan a tener el problema de estancarse y detener su desarrollo cognitivo de una manera “normal” y completa.

Cabe mencionar que no se debe confundir el autismo con el síndrome de Asperger, el cual se considera una forma de autismo en el que los pacientes no muestran tener habilidades sociales, con una baja coordinación y concentración, y un rango restringido de intereses; su lenguaje se considera normal y su inteligencia es normal o superior (Álvarez-Alcantara, 2007).

1.1 Etiología del Autismo

Hay muchos niveles de comprensión interpersonal. El propio concepto de persona como ser dotado de mente, se basa en la conciencia pre-conceptual de que las personas son diferentes de las cosas y brindan un contacto intersubjetivo. Los bebés están biológicamente predispuestos a relacionarse con las personas de forma específica. A través de esta experiencia de un contacto interpersonal recíproco, modelado afectivamente, es cómo el niño llega a captar, y en último término a conceptualizar, la naturaleza de las personas como seres dotados de mente (Hobson, 1995).

Actualmente, esta extendida la idea de que los seres humanos perciben a las otras personas de forma relativamente despegada, de forma muy parecida a como perciben las cosas, más en concreto se atribuyen estados mentales a las personas y se reconoce que, piensan, sienten, crean, intentan, etc.

Las formas primarias que desarrollan los bebés en sus funciones psicológicas: perceptivas, cognitivas, conativas, y afectivas, caracterizan diversas maneras de relación entre el bebé y su mundo y se explican como afectan estas al desarrollo y se articulan unas con otras. Buber (1984 citado por, Hobson, 1995), mencionó que existe una distinción fundamental entre las relaciones interpersonales y la relación entre las cosas. Las relaciones interpersonales están constituidas por ciertas formas especiales de transacción con el mundo y sobre todo con las otras personas, que son a la vez perceptivas, cognitivas, motivacionales y emocionales.

Los primeros en hablar de una Teoría de la Mente fueron David Premack y Guy Woodruff (citados, por Hobson, 1995); mencionaron que los individuos poseen una Teoría de la Mente, que se atribuye a sí mismo y a otros estados mentales. Por lo tanto un sistema de inferencias de este tipo puede considerarse, en sentido propio, como una teoría, debido a que los estados mentales no son directamente observables, y este sistema puede utilizarse para hacer predicciones, específicamente sobre la conducta de otros individuos.

Con esta información se puede establecer que el problema del niño autista, dentro del desarrollo de las funciones mentales, es que no logra desarrollar sus capacidades de interacción con las personas que lo rodean, lo cual significa que sus funciones perceptivas, motivacionales, cognitivas y emocionales, se estancan, por lo cual carece de relación alguna con el mundo social que lo rodea.

Durante muchos años se han realizado estudios de las características y desarrollo del trastorno autista, pero no se ha podido llegar a una conclusión o a una lista de síntomas que describan la presencia del trastorno, sin embargo varios autores han dedicado su vida a la observación del autismo, con la finalidad de poder determinar una serie exacta de particularidades que definan dicho trastorno.

Las primeras características del autismo que fueron descritas lo definen de la siguiente forma (Kanner, 1943; citado por Frith, 2004):

Soledad autista

El trastorno principal se caracteriza fundamentalmente por la incapacidad que tienen esos niños de relacionarse normalmente, desde el comienzo de la vida con las personas y las situaciones. Hay desde el inicio una soledad extrema, por la que el niño siempre que es posible desatiende, ignora y excluye todo lo que viene de afuera. En contraste tiene una buena relación con lo objetos inanimados y puede estar con ellos durante horas.

El deseo de invariación

Los sonidos y movimientos del niño y todas sus actividades, son tan monótonamente repetitivos como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontáneas. La conducta del niño se rige por un deseo ansioso de mantener todo a su alrededor igual.

Islotes de capacidad

El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la sorprendente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, la fenomenal memoria mecánica de poemas y nombres y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indican la existencia de una buena inteligencia.

Kanner explica que los niños autistas presentan una incapacidad innata de formar lazos normales, de origen biológico, de contacto afectivo con las personas, del mismo modo que otros niños vienen al mundo con otro tipo de deficiencias físicas o intelectuales (Frith, 2004).

1.1.2 Etiología Biológica

En ocasiones se han descrito varios signos neurológicos leves en niños autistas, signos que se refieren a anomalías que no señalan un área de daño específico. Debido a que hay evidencia de etiología biológica y a que existen indicaciones que pueden asociarse con otros trastornos, es razonable pensar que más de una causa puede producir cambios patológicos que se manifiesten como síndrome autista. Si esto es verdad el daño deberá producirse en la misma área para originar los mismos síntomas. De acuerdo con esta misma línea de razonamiento, varios investigadores han intentado especificar, donde se produce esa lesión o perturbación de funcionamiento normal. Al analizar la etiología del autismo debe considerarse que de acuerdo con la biología, existen genes que pueden explicar la aparición de dicho trastorno (Paluszny, 2004).

Los investigadores que se dedican a descubrir las causas físicas del autismo, siguen varias líneas de investigación. Algunos se interesan en las causas básicas posibles, tales como, una anomalía hereditaria, lesiones cerebrales, alguna infección o hecho perjudicial que hubiera acaecido durante el nacimiento o después de él. Los métodos para estudiar estos problemas comprenden el examen de historias familiares, detallados análisis de los cromosomas de los niños y de sus parientes, la averiguación acerca de si los problemas durante el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida son especialmente comunes en los niños autistas (Wing, 1978).

Los métodos para examinar en que forma funciona el cerebro todavía son poco certeros. En el autismo infantil, los investigadores tienen que vigilar la conducta de los niños, observar sus desventajas y luego volver a indagar qué podría estar ocurriendo en el cerebro. Sin embargo, no es sorprendente, que haya considerable falta de acuerdo sobre este tema (Wing, 1998).

También Wing (1998) menciona, que el autismo se presenta por “daños en el cerebro” pero esto es un término general que no explica mucho, ya que los niños que se encuentran bajo este rótulo, tienen diferentes esquemas de conducta. La mayoría de los investigadores han intentado ser más específicos al explicar el autismo infantil. Algunos han sugerido que las partes del cerebro que controlan las emociones son anormales. Varios grupos de investigación piensan que las regiones que controlan el despertar y el sueño (el sistema reticular), no funcionan correctamente. Otros consideran que el problema

reside en las partes del cerebro que atienden a la organización de la información.

Muchos autores organicistas coinciden en señalar la existencia de un trastorno base, que toca de lleno a la integración de estímulos auditivos, visuales y hasta olfatorios. Las teorías perceptuales o más bien del procesamiento de la información, mencionan que dicho proceso, en el caso del autismo sería selectivo, que los autista son más sensibles a nivel del oído, vista, y a estímulos o sensaciones tenues, débiles, en lugar de las fuertes, crispantes y deslumbrantes a las cuales parecen no inmutarse (Garanto, 1984).

El estudio genético no permite establecer conclusiones definitivas, sin embargo se perfilan ciertas orientaciones. Si bien es cierto, el fenotipo autismo no parece útil para el estudio de la transmisión genética.

Sin embargo Paluzsny (2004) habla de que existen tres áreas prometedoras para la investigación: la genética, bioquímica y la viral.

Genética:

Se ha explorado la posibilidad de que exista una anomalía cromosomita en el autismo, pero los estudios cromosómicos no han demostrado evidencias de este tipo de anomalías en niños autistas.

Cada cromosoma contiene múltiples genes que transmiten información a la célula, pero a diferencia de los cromosomas, los genes no pueden observarse de manera directa. Un gen mutante o anormal

frecuentemente se puede identificar, porque es capaz de reproducirse y transmitir un mensaje distorsionando no a solo las células del individuo del que forme parte, sino también a las generaciones subsecuentes que heredan este gen.

Bioquímica:

La mayoría de las investigaciones bioquímicas se han referido a los neurotransmisores, además de algunos estudios bioquímicos de otro tipo relacionados con la contracción muscular y la actividad nerviosa y se ha estudiado el papel que desempeñan estos mediadores en varias condiciones psiquiátricas como la depresión y la esquizofrenia, pues se sabe que pueden afectar los estados de ánimo, las emociones y los procesos del pensamiento. Un exceso o una deficiencia de estas sustancias o incluso un desequilibrio entre dos mediadores diferentes, pueden causar perturbaciones en la conducta. Se ha estudiado la acción de varios neurotransmisores en adultos y se ha encontrado que la serotonina puede tener un papel en la etiología del autismo infantil. A pesar de los interesantes datos de la investigación en donde se han encontrado altos niveles de serotonina en los niños autistas, existen problemas y resultados conflictivos en la evaluación de las concentraciones de serotonina.

Viral:

Se sabe que durante el embarazo, algunas infecciones virales pueden causar daños en el desarrollo del feto. La rubéola durante el embarazo suele dar lugar a numerosas anomalías congénitas. Se

han encontrado casos de autismo en niño que estuvieron infectados durante la gestación.

Aun cuando fuera posible determinar la causa básica, todavía se necesita responder a más interrogantes. El paso siguiente es preguntar ¿En que forma el gen anormal produce esta deficiencia en los autistas? (Wing, 1978).

Paluzsny (2004), propone una definición de lo que es el autismo basado en una deficiencia a nivel del sistema nervioso central (SNC), el cual pudo haber sido provocado a causa de que la madre en el momento del embarazo haya padecido rubéola, ya que en la mayoría de los casos de niños que presentan autismo, la madre a sufrido dicha infección. De acuerdo al daño sufrido a nivel del SNC se han propuesto distintas definiciones basadas en las diferentes áreas del cerebro.

La única región del cerebro que pudo haberse visto afectada por un traumatismo precoz y provocar el autismo, es según Coleman (1979, citado por, Garanto, 1984) el tálamo. Es una región que se haya vascularizada por la arteria central posterior. Un desperfecto pre o perinatal en estos vasos (compresión, hipoxia, deshidratación, etc.) sería suficiente para explicar el déficit autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.

1.1.3 Etiología Emocional-Ambiental

Desde el punto de vista emocional-ambiental, las primeras relaciones entre la madre y el hijo facilitan determinadas experiencias, son consideradas por esta

teoría como las generadoras del autismo y de las psicosis infantiles en general. En realidad en estas primeras relaciones se producirá un fracaso en la formación del yo, una escisión del mismo que incidiría en las desadaptaciones y desintegraciones de sus estructuras psicológicas, una detención o regresión a un estadio primario del desarrollo en el cual se fija (Garantos, 1984).

Zappella (1992), nos menciona que la capacidad de intercambio de expresiones afectuosas entre progenitor e hijo, es la base de la seguridad emotiva y cognitiva que es el principio de la creación, y por otra parte posibilita un primer sentido de identidad y una capacidad primitiva de imitar.

Existen tres razones principales para creer en una causa emocional del autismo, según Wing (1998), la primera es cuando están en sus primeros años de vida, los niños autistas, tienen muchos problemas de conducta, incluso una notable dificultad para relacionarse con otras personas y demostrar afecto. Segundo, cuando Kanner escribió por primera vez sobre estos niños, la mayor parte de los psiquiatras estaban entusiasmados con respecto a la importancia de las experiencias infantiles en la generación de toda clase de trastorno mental. Por último se hace mención de que los padres de niños autistas tenían personalidades anormales. Se menciona que las madres eran frías, duras y que rechazaban a sus bebés; ó que las madres los sobreprotegían y sofocaban. Los padres por otra parte son intelectuales, rígidos, apartados, sin sentido del humor, dedicados a su trabajo más que a sus hijos.

Las primeras dos razones en la actualidad no son muy convincentes, en cuanto a las personalidades de los padres, los primeros investigadores señalaron que se dejaron llevar por sus prejuicios y que este factor no es determinante en el padecimiento autista (Wing, 1998).

Sin embargo, la relación que entabla el infante con su madre es fundamental, ya que las experiencias que el niño mantiene durante la primera etapa de su desarrollo son de vital importancia. Garanto (1984) menciona que Tustín describe la etapa infantil temprana como un autismo primario normal. El bebé experimenta sensaciones, pero no tiene conciencia de las partes de su cuerpo, ni reconoce los límites entre el yo y el no yo; es decir, no tiene conciencia de que su madre esta separa de él.

Al igual que Garanto y Paluzsny (2004) explican que efectivamente en la etapa del desarrollo temprano, se acentúa la inconsciencia del niño de las cosas que están fuera de él.

El niño considerado normal, sale de este período gracias a una disposición innata para discriminar, a partir de este momento empieza a despertar funciones mentales como el reconocimiento, la clarificación, la creación del objeto y la empatía. Y es precisamente a partir de estas funciones, cómo el niño puede elaborar una representación interior de la realidad y llega a tomar conciencia de sí mismo, entrar en contacto con el mundo exterior y con los otros de forma enriquecedora.

Cuando estas primeras funciones se encuentran exageradamente perturbadas es cuando se puede vislumbrar el autismo. No se produce el esperado y necesario contacto con la realidad. De alguna forma el niño permanece o regresa a un estadio donde se encuentra dominado por la sensación sin ser capaz de llegar a la percepción y es así como el desarrollo de sus funciones cognitivas y afectivas se deterioran o estancan (Garanto, 1984).

Continuando con esta línea Zappella (1992), menciona que es posible que una serie de circunstancias relacionadas con su naturaleza y con su historia, un niño en lugar de desarrollar un vínculo adecuado con sus progenitores y posteriormente con el mundo, se encuentre ante la imposibilidad de actuar y crear, permanecer solo y establecer una limitada tasa de comunicación a través de algunas relaciones y amistades superficiales, fragmentadas y distorsionadas, y termine desarrollando una visión propia del mundo que él defenderá: en este caso se define a este infante como autista.

Es posible que el niño autista elabore su particular visión del mundo porque únicamente ha podido establecer vínculos preferenciales con algunos objetos, o tal vez con la estimulación de sí mismo. Pero las relaciones preferenciales de los niños autistas se presentan desvinculadas de una información más amplia sobre la realidad, que sólo le podrían proporcionar otros individuos (Zappella, 1992).

La primera definición del autismo realizada por Kanner originó una controversia muy grande, del tipo “naturaleza-crianza”. Algunos padres de niños autistas son

inteligentes, bien educados y comúnmente distantes y poco expresivos, esto estimuló la especulación acerca del factor ambiental como básico en la causa del trastorno, los investigadores que han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología ambiental son aquellos que, desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autista como una forma desviada, reactiva del desarrollo. Bettelheim y Tustín son dos de los autores que describen el autismo desde un punto de vista psicodinámico (Paluzsny, 2004)

1.2 Características del autismo

Generalmente, el embarazo de la madre de un niño autista no difiere de los demás embarazos, quizás la diferencia más marcada es, que en la mayor parte de los embarazos de madres con niños autista han presentado rubéola congénita, pero fuera de este problema tiene un nacimiento normal, sin embargo, después de haber nacido su conducta es distinta a la de los demás bebés.

De acuerdo a Paluzsny (2004), el bebé normal reacciona con rapidez ante la presencia de su madre, sonrío y explora su rostro y trata de tocarla. Por el contrario un niño autista rara vez mira a su madre, y es característico que no establezca contacto visual con ella, y que no intente tocarla, de la misma manera no llora cuando su madre se aleja, ni ríe cuando ella esta cerca. La mayoría de los niños diferencia entre las personas conocidas y las extrañas, por su parte el niño autista no lo hace y parece no importarles las personas a su alrededor.

El niño autista puede dar la impresión de no interesarse en absoluto por las demás personas. Es posible que evite el contacto o que parezca mirar a los otros a través de ellos como si no existieran. Asimismo puede parecer apático en extremo e incapaz de responder, manifestando así que no tiene deseos de iniciar relación alguna ni de ser cargado o acariciado (Powers, 1999).

Una parte importante en el desarrollo del niño es la vocalización, que normalmente suele aparecer a partir del segundo mes de edad y a los tres meses los niños articulan sonidos, al principio pueden ser solamente chillidos o balbuceos, pero conforme pasa el tiempo ya emplean distintos sonidos para comunicarse. En el caso del niño autista, este no da señales del desarrollo del habla, no trata de comunicarse, ni por medio de gesticulaciones o imitación. El problema del habla en estos niños es primordial, ya que el pequeño parece incapaz de entender o responder al lenguaje; sin embargo este problema no puede llegar a advertirse sino hasta mucho más tarde. El bebé puede llegar a aprender una o dos palabras y usarlas de manera repetitiva e indiscriminada. Los padres observan que hay lenguaje, pero no se dan cuenta de que lo usa de modo inapropiado y pueden no preocuparse por esta falta del desarrollo del lenguaje hasta que el niño ya tiene 3 o 4 años de edad (Paluzsny, 2004).

Aproximadamente el 40% de los niños autistas no emiten una sola palabra. Otros a su vez padecen ecolalia, que consiste en repetir lo que se les ha dicho, de manera similar a los loros. En algunas ocasiones la ecolalia es inmediata, como cuando dice; ¿quieres una galleta?, después de habérselo preguntado primero. En otras ocasiones la ecolalia se difiere e incluye la recitación de los

comerciales vistos en televisión, de rimas de la radio o de palabras que haya escuchado en pláticas de hace horas, días o hasta meses antes. Es posible que apenas logre comprender conceptos simples como el de peligro, el movimiento de la mano cuando se dice adiós, el concepto de tú y yo y en este caso puede llegar a invertirlos. Asimismo, es posible que no utilice el lenguaje para comunicarse y que el lenguaje que llegue a emplear de manera repetitiva, se encuentre plagado de palabras o de frases ilógicas (Powers, 1999).

A medida que el niño autista empieza su segundo o tercer año de vida, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos problemas. La falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente, pues la mayoría de los niños de esta edad siguen activamente a su madre por todas partes, la imitan, exploran sus alrededores, pero el niño autista parece no darse cuenta de las personas que están dentro de su ambiente y se siente contento en extremo cuando juega solo o si se le permite jugar de manera repetitiva con algún juguete o con cualquier otro objeto, puede pasar horas dando vueltas a un solo juguete o verlo rodar. Este juego es estereotipado, repetitivo y no muestra variación alguna; el juguete se emplea de manera idiosincrásica, sin relación con su verdadera función y si el juego es interrumpido o se interfiere con él de alguna manera, el niño hará el más terrible de los berrinches (Paluzsny, 2004).

Otra característica de los niños autistas es incapacidad de relacionarse normalmente con los objetos y con los acontecimientos. Una cantidad considerable de niños autistas tienen la necesidad de permanecer sin cambio,

y es posible que se alteren si los objetos de su entorno o los horarios sufren alguna modificación, ya sea de lugar o de estructura. Por ejemplo, si se le pide al niño que se lave los dientes antes de bañarse (cuando lo hace en forma inversa siempre), el niño puede oponer una enérgica resistencia. Esta inflexibilidad puede imponer a la familia una forma de vida muy rígida y si cambia alguno (Powers, 1999).

Fejerman (1994), habla de distintas molestias que el niño autista puede llegar a presentar durante su desarrollo: corporales, psíquicas y malestares de orden social.

Molestias corporales:

Durante mucho tiempo el niño autista carece de una idea coherente de su cuerpo, de manera que sus diferentes partes se yuxtaponen y no se distingue bien de aquello que no lo integra, en especial de la ropa que lo viste. Mientras que la noción del aseo se va adquiriendo lentamente para las partes visibles, el interior del cuerpo permanece desconocido. El dolor y la indisposición intestinal, las picazones no son localizadas sino experimentadas como una molestia que proviene del exterior y que desencadena una reacción de defensa y angustia. Esto puede llegar a explicar que en ocasiones el niño reaccione con llanto, gritos, angustia extrema y agresividad sin embargo, si el dolor desaparece, su actitud cambia.

Molestias psíquicas:

En este caso los niños autistas llegan a presentar celos a la llegada de un hermano menor, ya que no soportan el tener que compartir a su madre, esto provoca arranques de agresividad a tal extremo que podrían poner en riesgo la vida del recién nacido. Otro aspecto que los hace sentir mal es el sentido del orden; al niño le cuesta trabajo entender porque algunos hechos ocurren de manera distinta de aquella que conserva en su memoria y desea que todo ocurra de manera idéntica. El último aspecto de este rubro es la imperfección verificada en objetos o seres vivos, la cual desencadena reacciones de extrema angustia. Todo objeto roto o mellado debe de ser reparado en ese mismo momento, aun cuando esto no fuese posible. La visión de una persona mutilada o deforme provoca, una actitud de huida o una agresividad incontenible.

Molestias de orden social:

En relación con el medio que los rodea existe una fuente muy grande de sinsabores, cualquier situación social mal aceptada o mal comprendida puede desencadenar un malestar o cólera agresiva.

- Alejamiento de personas desconocidas o que no forman parte del medio habitual.
- Ataque a las personas que por su forma de vestir o física no les agrada.
- Hurto de los objetos que les agradan, pero seguido de un abandono inmediato pues no interesan por sí mismos.

- Cuando se sienten incómodos a menudo optan por escaparse, esconderse, salir al exterior, lo que provoca que desaparezcan con gran facilidad.
- La prohibición de diversos actos, que tiene por costumbre realizar.

Con las características descritas es posible identificar a los niños que padecen autismo, ya que, las actitudes que presentan, al igual que sus comportamientos son muy distintos a los de los niños “normales”. Sin embargo, existen niños que tienen este tipo de comportamiento por la forma en que han sido educados, por lo tanto hay que ser muy cuidadosos al diagnosticarlos, ya que pueden confundirse con las características del autismo.

A continuación Powers (1999), menciona algunas características que los niños autistas presentan en tres áreas:

Interacción social

- 1.- Manifiesta escaso interés por hacer amigos
- 2.- Prefiere estar solo, a la compañía de las personas
- 3.-No imita los actos de los demás (juegos de imitación)
- 4.- No interactúan en juegos
- 5.-Evitan el contacto visual
- 6.- No le sonríen a las personas que les resultan familiares
- 7.- Parece no percatarse de la existencia de los demás.

La comunicación

- 1.- *Se le dificulta sostener una conversación a pesar de que posee habilidades para el lenguaje.*
- 2.- *Invierte los pronombres, como es el caso de tú y yo*
- 3.- Padece ecolalia, es decir, repite las palabras de otras personas, ya sea inmediatamente después de que fueron pronunciadas o en un lapso mas tarde
- 4.- Carece de imaginación o de la habilidad de desempeñar un papel ficticio
- 5.- No emplean gestos simbólicos, como mover la mano para decir adiós
- 6.- No puede comunicarse ni con palabras ni con gestos

Conducta

- 1.- Es físicamente inactivo, pasivo
- 2.- No responde a las peticiones de las personas que le son familiares
- 3.- Sus hábitos alimentarios son extraños
- 4.- Hacen frecuentes rabietas a menudo sin razón aparente
- 5.- Se comporta agresivamente, atacando o lastimando físicamente a los demás
- 6.- Se causa lesiones, ya sea golpeándose la cabeza o apretándose los ojos con el pulgar como si quisiera sacárselos.

De acuerdo con Fejerman (1994), Powers (1999), y Paluzsny (2004), existen ciertas características que se presentan de manera común en sus descripciones, con base a esto se puede definir que para identificar a un niño autista es importante tomar en cuenta su comportamiento para relacionarse con su familia y entorno social, de igual forma el desarrollo de sus capacidades

intelectuales, motrices y psíquicas, pero esto se debe de hacer de manera correcta para no confundir síntomas y diagnosticar erróneamente a un niño que no padece de autismo.

1.2.1 Características del autismo basado en DSM-IV

El DSM-IV (2002) describe una serie de características que presentan los niños con trastorno autista, para realizar un mejor diagnóstico y de esta forma identificar a los niños que presentan algún tipo de retraso mental, de aquellos que son autistas.

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. La manifestación del trastorno varía mucho en función del nivel del desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno es identificado como *autismo infantil temprano o autismo de Kanner*.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Puede darse una notable afectación de la práctica de comportamientos no verbales múltiples (contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales) en orden regular y de interacción social. Puede existir una incapacidad para desarrollar relaciones con coetáneos apropiados a nivel del desarrollo que puede adaptar diferentes formas a diferentes edades. Los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad. Los sujetos de más edad pueden estar interesados por unas relaciones

amistosas, pero carecen de la comprensión de convenciones de la interacción social. Puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos compartidos con otras personas (p. ejem, no mostrando o señalando objetos que consideren interesantes). Puede estar presente una falta de reciprocidad social o emocional (p. ejem, participando activamente en juegos sociales simples, prefiriendo actividades solitarias implicando a otros en actividades solo como herramientas o accesorios mecánicos). Con frecuencia el sujeto tiene sumamente afectada la conciencia de los otros. Los sujetos que sufren este trastorno pueden prescindir de otros niños (sus hermanos); carecer de todo concepto relativo a las necesidades de los demás o no percibir el malestar de otra persona.

Es muy notable y persistente la alteración de la comunicación que afecta tanto en las habilidades verbales como en las no verbales. Puede producirse un retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso su ausencia total. En los sujetos que hablan, cabe observar una notable alteración de la habilidad para mantener, iniciar una conversación con otros, o una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o un lenguaje idiosincrásico.

También se observa una falta de juego usual espontáneo o de juego imitativo social propio del nivel del desarrollo del sujeto. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales (el tono de voz puede ser monótono o se formulan frases finales con entonación interrogativa). Las estructuras gramaticales suelen ser inmaduras e incluir un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje (repetición de palabras o

frases prescindiendo de su significado, repetición de rimas o lemas comerciales) o un lenguaje metafórico (esto es, un lenguaje que solo puede ser comprendido, claramente por quienes están familiarizados con el estilo comunicativo del sujeto). Puede ponerse de manifiesto una alteración de la comprensión del lenguaje, merced a la capacidad de comprender preguntas instrucciones o bromas simples.

El juego imaginativo suele estar ausente o notablemente alterado. Estos sujetos tienden a no implicarse en las rutinas o juegos imitativos simples propios de la infancia o de la primera niñez o lo hacen fuera de contexto o de manera mecánica.

Los sujetos con trastorno autista cuentan con unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Pueden demostrar preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, sea en su intensidad, en sus objetivos; también presentan una adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales, manierismos motores repetitivos estereotipados y una preocupación persistente por partes de objetos.

Los sujetos con dicho trastorno despliegan una gama de intereses marcadamente restringida y suelen preocuparse por alguna muy limitada (recopilando datos, o estadísticas). Pueden alinear un número exacto de

juguetes del mismo modo una y otra vez o reproducir repetitivamente los comportamientos de un actor de TV.

Insisten en la identidad o uniformidad de las cosas, se resisten o alteran ante cambios triviales (un niño puede experimentar una reacción catastrófica ante un pequeño cambio en el ambiente, como unas cortinas nuevas o un cambio en la colocación de un objeto nuevo). A menudo se observa un notable interés por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en seguir determinadas rutinas (seguir exactamente la misma ruta para ir a la escuela). Los movimientos corporales estereotipados incluyen las manos (aletear, dar golpes con un dedo) o todo el cuerpo (balancearse, inclinarse o mecerse).

Están presentes anomalías posturales (caminar en puntilla, movimientos manuales y posturas corporales extravagantes) estos sujetos experimentan una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos (partes del cuerpo, botones). También pueden resultar fascinados por el movimiento (el girar de la ruedas de un coche, el abrir y cerrar de una puerta, un ventilador u otro objeto que de vueltas rápidamente).

La persona puede estar intensamente vinculada a algún objeto inanimado (un trozo de hilo o una pieza de goma). La alteración debe manifestarse antes de los tres años de edad por retraso y funcionamiento anormales, por lo menos en una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje como tal se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo. Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante el

primer y segundo año, no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal.

En una minoría de los casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente por el cese del habla después de que el niño ha adquirido 5 o 10 palabras. Por lo tanto, si existe un periodo de desarrollo normal, este no puede extenderse más allá de los tres años. Este trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de red o de un trastorno desintegrativo infantil.

1.2.2. Tipos de autismo

Algunos niños autistas se encuentran más discapacitados que otros debido a su trastorno. El autismo infantil puede recorrer toda una gama, cuyos extremos son la levedad y severidad, en cuyo punto medio incide la mayor parte de los niños. Sin embargo, es importante recordar que, trátase del niño que se trate, cada síntoma puede presentarse asimismo en grados variables; levedad o severidad. En otras palabras, algunos de los síntomas del autismo pueden ser muy graves en unos niños, pero muy leves en otros (Powers, 1999).

De Villard (1986), realizó una clasificación de las que él llama psicosis autistas con la siguiente categorización:

Las psicosis autistas perceptivas precoces habituales

Son las que describió por primera vez Kanner, con toda su sintomatología, ahora muy precisa. Descripción que no ha sido reconsiderada, a no ser en el marco recapitulativo.

Las psicosis autistas perceptivas precoces severas

Se presentan bajo un doble aspecto: la primera se llama cerrada y la segunda esta asociada a un retraso mental.

Las psicosis autistas cerradas se definen esencialmente por su carácter evolutivo. En los diferentes centros de atención de estos niños, algunos continúan siendo muy difíciles de atender. Estos niños presentan de la misma manera, sus alteraciones sintomatológicas, parecen semejantes a las precedentes y superponibles; sin embargo, el modo de las alteraciones es más intenso, más profundo. Generalmente, el inicio es muy precoz en los lactantes de los que se tiene alguna sospecha, pero, no presentan problema hasta lo 6 u 8 meses de edad; están reclusos en su cuna, no gritan, no lloran, son demasiado tranquilos, no reclaman nada a pesar de que su desarrollo motor es normal y de que son hermosos niños, que parece tener buenas posibilidades. Cuando aprenden a caminar los síntomas son más claros para poder hacer un diagnóstico.

Las psicosis autistas perceptivas precoces ligeras

En esta psicosis se agrupan las psicosis simbióticas, las psicosis del período de la latencia o una expresión tardía en tanto que no se confunde con las pre-psicosis, las distorsiones psicóticas precoces. Puede parecer poco serio agrupar bajo este título tantas formas, pero sus síntomas, su evolución, llevan a pensar que tiene una misma alteración perceptiva, ya que los cuidados y la reeducación deben emprenderse cuanto antes, puesto que la posibilidad de rehabilitación es enorme.

Las psicosis autistas precoces asociadas a un retraso mental

Los síntomas son similares a los de un autismo común, se añaden varios elementos, que permiten estar prevenidos respecto a una alteración más importante. Son los signos clínicos de un retraso mental, las afecciones concomitantes que añaden una nota peyorativa, los datos de los tests y la evolución.

Estos niños psicóticos con retraso mental son a menudo los que no presentan dificultades durante los 4 o 6 primeros meses de vida: son hipotónicos, duermen sin parar, hay que empujarles para obtener respuesta, incluso hay que estimularlos para que coman. El desarrollo motor en estos niños es tardía en lo que refiere al mantenimiento de la cabeza, la adquisición de la marcha, falta de vitalidad, la alteración del tono y la motilidad persistente durante muchos meses: hipotonía, rareza de movimientos que pueden dar lugar a una hipertonía o a una espasticidad, a veces a una agitación incesante y gritos. Además el examen clínico adopta una nota pesimista; el aspecto del niño es menos esbelto, más grosero, la mirada esta ausente, como en las otras formas es retraído y no presenta mejoría (De Villard, 1986).

A continuación Tustín (1987) hace mención de cuatro categorías que definen el autismo, sus descripciones se fundan esencialmente en un síntoma que por lo general existe en el neonato, la ausencia de una nutrición correcta, o carencia de poder utilizarla; el niño permanece o regresa a un estadio en el que está dominado por la sensación, esto visto desde el punto de vista psicoanalítico.

Autismo primario normal

El recién nacido no ha tenido ninguna experiencia del mundo fuera del cuerpo de su madre o del suyo propio. Hay reacciones a los patrones de sensación que asegura la supervivencia, pero hay poco o ningún reconocimiento de los objetos como separados del flujo de sensaciones que constituyen el sentido de existir del bebé.

La sensualidad del niño en el estado de autismo primario normal y su conciencia global es relativamente indiferenciada, combinadas con la adaptabilidad de la madre a partir de su “preocupación maternal” protege al bebé recién nacido de la experiencia “no/si mismo”. Todo esto proporciona un estadio intermedio protegido entre estar dentro del seno materno o fuera de él, de esta forma constituye una especie de matriz pos-natal.

El recién nacido prácticamente no hace ninguna adaptación al cuerpo de la madre como separado y diferentes de sus propios ritmos y sensaciones. En lo que a él respecta las sensaciones en su boca son el pecho, sus propios ritmos corporales crean una idea auto-sensual de la madre. Dentro de este periodo de apego con la madre, las capacidades que el niño debe adquirir son las siguientes: cognitivas, sociales y de valores; si el niño no llega a adquirir estas características podemos decir que está en estado autista.

En concreto, el autismo primario normal es un conjunto de reacciones automáticas, que apuntan a la supervivencia del bebé, pues lo protege de manera sensual de lo que siente como impacto perjudicial del mundo exterior.

Autismo patológico

Todo niño descubre que su madre “no/si-mismo” es una fuente de frustración y de desilusión. En algunos niños esto pasa porque la ilusión de una madre auto-sensual que era parte de su cuerpo, fue perturbada en una época en que el niño atravesaba un estadio de hipersensibilidad y antes de que hubiera desarrollado el aparato neuro-mental necesario para enfrentar la situación. En otras palabras, si el autismo primario normal es perturbado catastróficamente, el bebé reacciona desarrollando autismo patológico, debido a que confunde las experiencias “no/si-mismo” de la realidad compartida, de modo que el infante se vuelve psicótico.

Autismo secundario en caparazón

Estos niños presentan un desarrollo psicológico que se ha detenido precozmente. En un intento de restablecer la situación primaria de desbordamiento hacia la unidad, que ha sido angustiosamente perturbada por experiencias de desconexión sensual respecto de una madre “dadora-de-sensualidad” experimentada como parte del propio cuerpo, se ponen en acción reacciones auto-sensuales que producen la desilusión de fundirse con un objeto-sensación.

En este tipo de encapsulamiento, el niño parece metido en un caparazón en el cual yace, en un estado global de no integración y de indiferenciación, esperando condiciones más propias para su desarrollo. Más adelante cuando puede hablar, tal vez pueda mencionar qué sentía dentro, cuando estaba en esta etapa.

Autismo secundario segmentado

En estos casos, el niño reacciona con otro tipo de encapsulamiento. En esta reacción patológica posterior se encapsulan segmentos de objetos “no/sí-mismo”. Este estado se define porque se une el autismo patológico al encapsulado y hace que el niño tienda a tener reacciones que disminuyen la conciencia de experiencias “no-yo” dolorosas y aterrorizadas, aunque no las aparta por completo como en la reacción de tipo caparazón. Lo que podría considerarse como una ventaja es que estos niños tienen la capacidad del habla, pero no por eso es más fácil el tratarlos, de hecho es más sencillo tratar a los niños con autismo en caparazón.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el autismo es un trastorno provocado por la relación que entabla el niño en el momento de nacer con la madre, la cual es la principal dadora de protección y afecto, para con el bebé, y si llegase a suceder algo que rompa este lazo, el niño puede quedar estancado en uno de los estadios del desarrollo humano, según los postulados de Freud.

1.3 Desarrollo del niño “normal” y del niño autista

El desarrollo del ser humano está basado en distintas áreas y es muy importante que el niño las desarrolle para tener un mejor crecimiento físico, psicológico y social, con la finalidad de poder integrarse sin ninguna dificultad al mundo que lo rodea.

A continuación se describe el desarrollo del niño “normal” y del niño autista para identificar en que momento se presentan las características ya descritas del trastorno autista.

Antes del primer año, es muy difícil detectar el trastorno autista, quizás porque los padres asocian tales síntomas a otros déficits, y porque son poco conocidas las pautas de desarrollo en los dos primeros años de vida del niño con autismo. Presentan un déficit en el desarrollo del condicionamiento, cruciales para el desarrollo del contacto afectivo y social de estos primeros meses. A la edad de seis meses se ha encontrado gran pasividad, falta de afectividad y ausencia de pautas de anticipación.

Se presentan conductas de llanto constante o ausencia total del mismo. Ciertos problemas en la alimentación como la dificultad para succionar o tragar. Por otro lado, en el plano afectivo, no le gusta que lo mimen o simplemente no reacciona ante ello, no alza los brazos para que lo tomen en brazos y lo acurruquen. También tienen dificultad para controlar esfínteres. Con respecto a la alimentación, presentan rechazo o fijación en algunas comidas. Sobre los doce meses, aún no se observan las conductas de comunicación protoimperativas y protodeclarativas, siendo esta última una de las características más observadas de los niños con autismo. Con respecto al habla, se presenta mutismo o demora en el desarrollo de las primeras palabras.

Paluzsny (2004), explica que el bebé “normal” reacciona con rapidez ante la presencia de su madre: sonrío y explora su rostro y trata de tocarla. Por el

contrario el autista rara vez mira a su madre, no establece contacto visual con ella, no intenta tocarla, no llora cuando su madre se aleja, ni ríe cuando esta cerca. La mayoría de los niños diferencia entre las personas conocidas y las extrañas, sin embargo el niño autista no.

El niño autista puede dar la impresión de no interesarse en absoluto por las personas. Es posible que evite el contacto o que parezca mirar a otros como si no existieran. Asimismo puede parecer apático en extremo e incapaz de responder, manifestando así, que no tiene deseos de iniciar relación alguna ni de ser cargado o acariciado (Powers, 1999).

En el desarrollo inicial del niño "normal" la vocalización, que suele aparecer a partir del segundo y tercer mes de edad los niños articulan sonidos, al principio, pueden ser solamente chillidos o balbuceos, pero conforme pasa el tiempo ya emplean distintos sonidos para comunicarse. En el caso del niño autista, este no da señales del desarrollo del habla, no trata de comunicarse, ni por medio de gesticulaciones o imitación. El problema del habla en estos niños es primordial, ya que el pequeño parece incapaz de entender o responder al lenguaje; sin embargo este problema no puede llegar a advertirse sino hasta mucho más tarde. El bebé puede llegar a aprender una o dos palabras y usarlas de manera repetitiva e indiscriminada. Los padres observan que hay lenguaje, pero no se dan cuenta de que lo usa de modo inapropiado y pueden no preocuparse por esta falta del desarrollo del lenguaje, hasta que el niño ya tiene tres o cuatro años de edad (Paluzsny, 2004).

Por otra parte el desarrollo motor dentro de los primeros años de vida en los niños “normales” es muy importante, ya que, no depende solamente de ellos que este sea “normal”, sino del contexto en el cual se esta desarrollando, debido a que la estimulación por parte de los que lo rodean es básico para un mejor desarrollo de la motricidad (Papalia; Wendkos; Duskin, 2002). No hay punto de distinción en la aparición de la motricidad entre el niño “normal” y el niño autista, posiblemente lo mas distintivo, es el poco interés que presenta aun cuando es motivado de igual forma que un niño “normal” (la motivación no se presenta en todos los casos, pero si en la mayoría).

De acuerdo con Piaget (1969, citado por Maier, 1976), los niños “normales” construyen de forma activa su propio mundo cognitivo. Piaget considera que el desarrollo cognitivo tiene lugar de acuerdo a una secuencia invariante de cuatro etapas; que, en términos generales, están relacionados con la; edad: sensorio-motor (del nacimiento a los 2 años), preoperatorio (de 2 a 7 años), de las operaciones concretas (de 7 a 11 años) y de las operaciones formales (de 12 años en adelante, o quizá nunca para determinados individuos). Pero como se puede observar que el desarrollo del niño autista es diferente casi desde el momento de su nacimiento, pero a pesar de esto no es sencillo identificar dicho trastorno. El niño autista es lento y en ocasiones incompleto, por lo tanto es difícil que su desarrollo este acorde a lo que plantea Piaget en las etapas del desarrollo.

1.3.1 Desarrollo social del niño “normal” y autista

Erikson menciona que el desarrollo psicosocial del niño esta basado en ocho etapas las cuales son presentadas como un ciclo que tiene una evolución a través de la edad de la persona, y va de acuerdo a su maduración. Las primeras 4 etapas constituyen la base del sentimiento de identidad del niño que posteriormente se combinará con un sentimiento de estar "muy bien; de ser él mismo y de llegar a ser lo que otras personas esperen que llegue a ser" (Papalia, Wendkos y Duskin, 2002).

Una de las áreas donde se puede notar una mayor diferencia del desarrollo entre el niño “normal” y el niño autista es la social, ya que, mientras el niño “normal” inicia los juegos fantasiosos en compañía de otros niños, juega con los adultos que los rodean, comparte los objetos con los que juega y a su vez puede variar todo su entorno para una mejor diversión. El niño autista parece no darse cuenta de las personas que están dentro de su ambiente y se siente contento en extremo si puede jugar solo o si se le permite jugar de manera repetitiva con algún juguete o con cualquier otro objeto, y puede pasar horas en dar vueltas a un solo juguete o verlo rodar (Paluzsny, 2004).

Las relaciones interpersonales del niño “normal” comienzan a madurar cuando este, muestra sus emociones a través del enfado, tristeza, miedo, etc., a las personas que lo rodean (Papalia; Wendkos; Duskin, 2002). Por el contrario el niño con autismo presenta retraimiento social, resistencia ante cambios de personas o ambientes, dificultades para imaginar o crear a nivel de historietas o narrativas verbales como cuentos, presenta temores o fobias específicas

extrañas, como miedo ante algo totalmente inofensivo y normalidad ante un peligro real. En cuanto a la conducta social, se presenta anormal; no comprende las reglas sociales, ni los sentimientos de los demás. Es incapaz de jugar con otros niños o personas adultas.

Los niños llegan al mundo predispuestos a entablar relaciones con las personas, se les prepara para que conozcan los estímulos sociales y respondan a ellos, y para entablar relaciones de afecto con quienes los cuidan, pero esto es distinto con los niños que presentan el trastorno autista

Uno de los problemas que presentan los niños con autismo y con consecuencias negativas es en el área social, el cual se denomina como un trastorno severo del desarrollo. Esta área se ve deteriorada además por el déficit en el lenguaje y el rango de desarrollo cognitivo, influyendo en la manera en que se interrelaciona socialmente el niño con autismo (Rivière, 2002; Sibón, 1997).

Sigman y Capps (2000), mencionan que durante los primeros 18 meses del infante su desarrollo parece "normal", pero en la mayoría de las ocasiones cuando se diagnostica el autismo, es cuando los niños comienzan a presentar problemas en su desarrollo social. En comparación con otros niños, raramente inician intercambios sociales y son menos perceptivos a los esfuerzos de los demás para integrarlos en la actividad grupal.

Como se menciona en la teoría de la mente, el niño para poder relacionarse y entenderse con otros, debe aprender a ponerse en el lugar de otros. Como presenta déficit en este sentido, les dificulta elaborar símbolos de comunicación porque la mente y creencias de los demás les parecen insondables, por ende, les es difícil sentir con los demás; pero, por otro lado, las dificultades en el lenguaje tanto a nivel expresivo como comprensivo, hacen que sea más difícil la relación interpersonal y social.

Según Charman, Baird (2002), Rivière (1997), Sibón (1997) algunas características de la sociabilidad de los niños con autismo son: Las deficiencias perceptivas y la falta de retroalimentación del niño hacia la familia que influye considerablemente en el ambiente familiar.

En el ámbito social, el niño con autismo generalmente es rechazado por los demás (Rivière 1997), por ende, requieren de un ambiente estructurado y pautado que le permita interactuar adecuadamente con otros. Cuando los niños con autismo tienen problemas en la función declarativa del lenguaje, que es la base de las relaciones interpersonales, se agrava su dificultad y comprensión social (Gómez, López y López, 1998). Por otro lado, le es difícil imitar y elaborar fantasías, por lo cual se le dificulta el juego simbólico (Rivière, 1997), por lo tanto, es sumamente difícil que llegue a realizar juegos de ficción.

Los niños con autismo rechazan los contactos físicos, palabras o expresiones de afecto directas de otros hacia él, juegos con terceros y además no manifiestan intencionalidad en la comunicación.

Desde la primera vez que se describió el trastorno autista, los niños que lo padecen han sido representados como incapaces de establecer vínculos emocionales o afectivos con sus padres. Sin embargo, en las últimas investigaciones que se han llevado a cabo, se ha detectado que los niños autistas demuestran afecto hacia las personas que los cuidan (Hobson, 1995).

A diferencia de los niños “normales”, los autistas ignoran en gran medida la manifestación emocional de los adultos, al parecer tienen una menor predisposición al tratar de interpretar las expresiones faciales de las personas que los rodean y para comprender las situaciones novedosas o ambiguas que pasan a su alrededor (Sigman y Capps, 2000).

Los niños autistas tienen dificultad para adoptar muchas de las conductas que posibilitan que las personas tengan experiencia en relaciones interpersonales, tal vez como mencionan las explicaciones clínicas y populares de que los niños con autismo presentan muchas veces monotonía emocional como característica básica del trastorno. Aunque el autismo conlleve una insuficiencia afectiva, la forma más precisa de definirla no es la monotonía o indiferencia, de hecho se han realizado distintas entrevistas a padres de niños autistas pidiéndoles que describan como son las expresiones afectivas de sus hijos, los informes han demostrado que los niños con autismo manifiestan más emociones negativas, como miedo, tristeza, enfado, que los niños “normales” (Sigman y Capps, 2000).

Valdez (2001), menciona que los niños con autismo pueden expresar emociones básicas, llegan a esbozar una sonrisa en un momento en el cual no es “normal” que la emita, ya que no es una respuesta al contacto con un adulto, o de una situación que lo amerite, simplemente esta fuera de razón.

Sigman y Capp (2000), mencionan que cuando se ha observado a niños autista en situaciones placenteras, muestran expresiones similares a la de los niños “normales” y se comportaban de igual forma cuando sucedía dicha situación ó se encontraban en compañía de sus padres, al grado de no poder hacer una diferencia entre el niños autista y el “normal”.

Los niños autistas también presentan dificultad para emparejar la expresión facial y la expresión vocal de la emoción. Hobson (1995), realizó un experimento con niños autistas mostrándoles una serie de fotografías con distintas caras: contentas, enfadadas, atemorizadas, etc. Después les pidió que emitieran el sonido que era correspondiente a la fotografía y luego que emitieran el sonido haciendo el gesto de la foto, la mayoría de los niños no pudieron lograr empatar estas dos actividades, por el contrario mostraron ser hábiles empatando sonidos de animales con imágenes de estos. Tomando esta información como referencia podría decirse que el niño autista carece no sólo del interés por distinguir e interpretar las señales emocionales, sino también de la capacidad de expresarlas.

Sin embargo, Sigman y Capps (2000), menciona que se han realizado estudios con niños de 3 a 6 años que son diagnosticados como autistas, en los cuales

se llevan a cabo actividades de juego como arrojar una pelota para que el niño la regrese ó hacerles cosquillas, y en contraste con lo establecido por algunos autores, estos niños reacciona de manera positiva, regresando la pelota o levantando las manos para que se les hagan más cosquillas. Estas actividades pueden ser realizadas por sus padres o personas extrañas y el niño reacciona como cualquier otro infante “normal”, esto solo es cuando el adulto es quién tiene la participación activa, pero cuando el niño se encuentra en la misma situación, con niños de su edad no parece interesarle y tienden a deambular sin objetivo alguno en la habitación de juego.

Canal (1993), menciona que el niño con autismo prefiere las relaciones con los objetos, ya que la interacción con el mundo físico es tranquila y amistosa, pues los estímulos que percibe son claros y constante, lo que lo hace predecible y controlable, siendo diferente en el medio social, donde existen estímulos sutiles, pasajeros y variables, haciéndolo poco controlable y predictivo, por lo cual prefiere alejarse de este medio.

Las investigaciones sobre el desarrollo social de los niños autistas, contrariamente a los estereotipos que los describen como personas de una emotividad monótona e incapaces de crear vínculos afectivos con los demás, son niños que pueden expresar emociones, pueden llegar a interactuar en actividades grupales y establecer vínculos con las personas que los cuidan. Pero, en comparación con los “niños” normales, los autistas parecen menos atentos a las respuestas emocionales de las personas de su entorno y no son capaces de expresar las propias (Sigman y Capps, 2000).

De igual forma Frith (2004), menciona que el niño autista no reconoce y no expresa sus emociones de manera adecuada y difícilmente comprende las emociones de los demás, de este modo se observa solitario y desinteresado por salir de la soledad en la cual se encuentra, lo cual dificulta la identificación de sí mismo con respecto a los demás.

Según varios autores (Rivière 2002, Gómez, López y López, 1998, Sibón 1997) las conductas más agudas disminuyen generalmente alrededor de los seis años, esto se presenta probablemente porque el trastorno ya ha sido correctamente diagnosticado o por el desarrollo de nuevas funciones en la etapa cognitiva y afectiva del niño. Cuando los niños reciben una intervención pertinente por un equipo multidisciplinario (Rivière, 2002), desarrollan ciertas habilidades sociales, siendo repetidas fuera en diversos contextos, de manera reiterativa. Como proponían Gómez, López y López (1998) hay que guiarles en el reconocimiento de los otros como personas que experimentan sentimientos y deseos diversos con respecto a sí mismo, como con respecto a otros, utilizando actividades lúdicas de interés del niño o a través de pictogramas, logrando la confianza del niño, pues sus dificultades en la socialización y en empatizar con los sentimientos de una persona, no significa que no pueden sentir amor por alguien.

El problema de socialización del niño autista es en gran parte culpa del mismo trastorno, sin embargo Rivière y Martos (1997), mencionan que los niños autistas llegan a ser poco valorados por sus iguales (niños “normales”), los

cuales a causa del trastorno los alejan de los grupos de juego y muy pocas veces los eligen como compañeros de equipo o de una charla cotidiana.

Por estas razones el trabajo del psicólogo educativo con el niño autista en la socialización, ayudara a que este tenga un mejor desarrollo, con la finalidad de que pueda ser independiente. Por esta razón en el siguiente capitulo se identificara cual es el trabajo del psicólogo educativo con los niños autistas.

CAPITULO 2. Trabajo del Psicólogo

El trabajo del psicólogo se desarrolla en diferentes áreas de estudio, las cuales están interrelacionadas y frecuentemente se respaldan unas con otras, por ejemplo en el área clínica el psicólogo atiende a personas que tienen problemas en su vida diaria o sufren de algún trastorno mental, en el área social están interesados en las influencias del entorno social sobre el individuo y el modo en que estos actúan en grupo, en el área industrial el psicólogo estudia el entorno laboral de los trabajadores, y finalmente en el área educativa el psicólogo trabaja en la reflexión e intervención sobre el comportamiento humano, en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones.

La presente investigación se centra principalmente en el trabajo del Psicólogo Educativo.

2.1 Psicología Educativa

El Psicólogo de la Educación desarrolla su actividad profesional principalmente en el marco de los sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en los sistemas reglados, no reglados, formales e informales, y durante todo el ciclo vital de la persona.

Así mismo interviene en todos los procesos psicológicos que afectan al aprendizaje, o que de este se derivan, independientemente de su origen personal, grupal, social, de salud etc., responsabilizándose de las implicaciones educativas, de su intervención profesional y coordinándose, si procede, con

otros profesionales, ha contribuido al estudio de la inteligencia, a la evaluación psicológica a través de la elaboración de test psicológicos, así como a diseñar y evaluar programas dirigidos a alumnos discapacitados.

El profesional de la psicología educativa interviene en el ámbito personal, familiar, organizacional, institucional, socio-comunitario y educativo en general; con educandos, receptores del proceso educativo, y agentes educativos que intervienen directa o indirectamente en el proceso educativo.

A continuación Marchesi, Coll y Palacios (1999) hacen una descripción de las actividades que realiza el psicólogo educativo:

1) Formación y Asesoramiento Familiar

El psicólogo educativo actúa, promueve y organiza la información y formación a madres y padres en una línea de apoyo al desarrollo integral del hijo, realiza la intervención para mejorar las relaciones sociales y familiares, así como la colaboración efectiva entre familias y educadores, promoviendo la participación familiar en la comunidad educativa, así como en los programas, proyectos y actuaciones que el profesional de la psicología educativa desarrolle.

2) Intervención Socioeducativa

El psicólogo educativo también participa en el análisis de la realidad educativa, y de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso educativo de la comunidad concreta, interviene en la prevención socioeducativa, impulsa la cooperación y coordinación de los servicios, instituciones y organizaciones sociales del entorno. En resumen interviene en las relaciones entre las

actividades educativas y la comunidad donde tienen lugar, así como en los factores sociales y culturales que condicionan las capacidades educativas.

También participan en el diseño de planes de intervención comunitaria en el ámbito territorial, promoviendo criterios metodológicos, procesos de implantación y sistemas de evaluación etc.

Asesora técnicamente a los responsables de la toma de decisiones de planificación y actuación a partir de su pronunciamiento especializado y de su aplicación al análisis y estudio del sistema educativo en una línea de mejora a la atención educativa.

3) *Intervención en la mejora del Acto Educativo*

Las funciones ligadas a esta intervención pretenden la adecuación de las situaciones educativas a las características individuales y/o grupales (evolutivas, cognitivas, sociales etc.) de los alumnos y viceversa. Estas funciones se realizan a través de asesoramiento didáctico, de la organización y planificación educativa, de programación, de asesoramiento y actualización del educador; y en general se refieren a la intervención sobre las funciones formativas y educativas que se realizan con el alumno.

Además el psicólogo educativo presta apoyo y asesoramiento técnico al educador tanto en:

- a) Su actividad general: adaptación de la programación a las características evolutivas psico-sociales y de aprendizaje de los alumnos, organización del escenario educativo, métodos de enseñanza-aprendizaje, niveles de

concreción curricular y aplicación de programas psico-educativos concretos etc.

- b) Ayuda en la forma en que se trabaja con alumnos que tienen necesidades y/o en situaciones educativas especiales.
- c) Colabora en la formación permanente y apoyo didáctico al educador, aportando su preparación específica sobre las áreas evolutivas, cognitivas, afectivas, comportamentales, psicosociales e institucionales.

También participa en la intervención de los fenómenos institucionales que configuran los centros educativos como son: la relación entre los objetivos y las formas organizativas con el funcionamiento real, la mejora eficaz de las relaciones entre los componentes de la institución educativa, además presta su colaboración y apoyo técnico en la elaboración y desarrollo de proyectos educativos de centro, de proyectos de innovación curricular, integración y atención a la diversidad, nuevas tecnologías, compensación y apoyo educativo, etc.; así como en los cambios organizativos y metodológicos requeridos por estos proyectos, en la medida de hacer competentes a las propias instituciones en la realización de los fines que se proponen.

4) Investigación y Docencia

La investigación incluye las actividades para el análisis y reflexión sobre el propio trabajo; la mejora y actualización de su competencia técnica, la profundización y extensión de la teoría y los procedimientos propios de la psicología de la educación.

La docencia que realizan los profesionales de la psicología educativa está orientada a difundir su conocimiento entre los demás profesionales de la educación, los grupos sociales implicados en esta, los propios psicólogos y estudiantes de psicología así como otros profesionales.

5) Funciones ligadas a la Orientación, Asesoramiento Profesional y Vocacional

El psicólogo educativo promueve y participa en la organización, planificación, desarrollo y evaluación de los procesos de orientación y asesoramiento profesional y vocacional, referente a las opciones que deban tomar frente a las distintas posibilidades educativas o profesionales, así como en la elaboración de métodos de ayuda para la elección y toma de decisión vocacional.

El objetivo general de estos procesos es colaborar en el desarrollo de las competencias de las personas en la clarificación de sus proyectos personales, vocacionales y profesionales de modo que puedan dirigir su propia formación y su toma de decisiones.

Un área muy importante en donde el psicólogo educativo tiene gran participación es la Educación Especial, la cual se aborda en el siguiente apartado.

2.2 Educación Especial

La educación especial es una modalidad del sistema educativo que se imparte a niños y jóvenes que tienen dificultades para incorporarse a las instituciones educativas regulares por presentar algún retraso, parcial o general en su

desarrollo por causas orgánicas, psicológicas o de conducta. Aunque no existe consenso respecto a una definición universal de la educación especial, la mayoría de las personas que trabajan en esta área han acordado identificar la educación especial como: *“la instrucción que se otorga a individuos con necesidades educativas especiales, que sobrepasan los servicios de un aula de clases regulares”* (Rivière y Martos, 1997).

El término Educación Especial se ha utilizado tradicionalmente para designar a un tipo de educación diferente a la ordinaria que discurría por un camino paralelo a la educación general; de tal forma que el niño al que se le diagnosticaba una deficiencia, discapacidad o minusvalía, era segregado a la unidad o centro específico. La educación especial iba dirigida a un tipo de alumnos, aquellos que tenían un cierto déficit, que les hacía aparecer bastante diferentes del resto de los alumnos considerados como normales (Suárez, 2006).

Los inicios de la educación especial fueron gracias al educador alemán Johann Herbart que ejerció una notable influencia en la práctica educativa con su intento de describir el proceso de aprendizaje desde términos psicológicos. Su método de enseñanza y aprendizaje se extendió hasta el siglo XIX e influyó considerablemente en los programas pioneros de la educación especial. Hacia 1800 los educadores se habían ocupado ya de los problemas de deficiencias auditivas y visuales; pero, ahora dirigían su atención a la discapacidad intelectual (Ashman y Conway; 1992).

A mediados de 1970 comenzó a tener mayor importancia la intervención de la psicología cognitiva, la cual trata los procesos que intervienen en la adquisición de: almacenamiento, transformación, creación, evaluación y utilización del conocimiento.

Ashman y Conway (1992) citan a Itard quien estableció la primera escuela para niños con discapacidades intelectuales en 1880, debido a que fue el primer profesor en observar y estudiar a un alumno de manera clínica centrándose en el desarrollo intelectual y puso en práctica enseñanzas basadas en principios psicológicos.

María Montessori en 1898 continúa el trabajo de pedagogos, ya que le interesaban los fundamentos psicológicos del aprendizaje y creía que la capacidad intelectual era un problema educativo más que médico. Convenció al gobierno italiano para poder instalar la primera escuela para niños con deficiencias intelectuales, gracias a esto pudo trabajar con este tipo de niños, aunque después de un lapso de tiempo dejó de hacer su trabajo en la educación especial.

La definición de necesidades educativas especiales se refiere a los niños que presentan dificultades de aprendizaje, no necesariamente tiene que ser un niño con discapacidad.

Necesidades educativas especiales (NEE), es un término que ha sido ocupado desde los años 60's, pero fue hasta la década los 80's que se modificó su significado en la Secretaría de Educación del Reino Unido. El concepto

pretende hacer hincapié en el apoyo y ayuda que el niño necesita para tener un desarrollo “normal”, separando así el concepto y haciendo una diferencia con la educación especial.

Varios autores como Sánchez, Canton y Sevilla (1997) mencionan que existen dos grupos de individuos con necesidades especiales: los esenciales y complementarios. El primero se refiere a los servicios que atienden a niños y jóvenes con necesidades especiales, para quienes resulta indispensable su asistencia a centros especializados, con la finalidad de poder tener una buena integración social y un cierto nivel de independencia personal; entre estas personas se cuentan aquellas que presentan una discapacidad intelectual (severa), las que presentan discapacidades múltiples o discapacidades, visuales, motoras y auditivas, que no han recibido ningún tipo de educación. Los complementarios refieren a personas cuya necesidad es transitoria y suplementaria a su educación pedagógica “normal”.

Los servicios de educación especial cambian de acuerdo al entorno social: país, política, posición económica, etc. En nuestro país la SEP (Secretaría de Educación Pública) agrupo a los alumnos con necesidades especiales según las características del alumno:

- retraso mental
- discapacidad de aprendizaje
- trastorno de audición y lenguaje
- limitaciones visuales
- limitaciones motoras
- problemas de conducta

Comúnmente los niños con estas dificultades presentan problemas a los ubicados en otros grupos educativos. Además existen alumnos con otras características, como aquellos con talentos especiales y los autistas. Sin embargo estos últimos (autistas) se unifican en el mismo grupo educativo porque presentan problemas en su rendimiento escolar o en su estabilidad emocional, así como en sus capacidades para relacionarse con su medio y participar en él (Sánchez, Canton y Sevilla; 1997).

Los psicólogos educativos trabajan bajo el enfoque de la corriente conductista, ya que ésta juega un papel importante dentro del desarrollo de la educación especial, consideran que la mayor parte de la conducta humana se adquiere o modifica por medio de procedimientos de aprendizaje o influencias ambientales.

Anteriormente la labor de los psicólogos en educación especial se remitía a cubrir los requerimientos de información (diagnóstico) de las necesidades individuales y al tratamiento de las dificultades de la persona con sus padres o su núcleo familiar, las modificaciones que ha generado el proceso de reforma educacional lleva a replantearse este rol (ahora el psicólogo educativo puede intervenir en todo el proceso del desarrollo de los niños con necesidades especiales, desde el diagnóstico hasta la intervención y el trabajo directo con los niños), desde una mirada tradicional centrada en las tareas clínicas, a una centrada en la perspectiva sistémica y constructivista (como modelo ideal de la reforma).

La labor de la psicología en educación debe pasar por un cambio de visión en la definición del trabajo psicológico, lo que implica transitar de lo individual a lo sistémico, de lo remedial a lo preventivo, del trabajo aislado al trabajo en equipo y desde el punto de vista psicológico al psico-educativo.

Rivière (2002), menciona que el trabajo del psicólogo educativo en la educación especial consiste en:

- 1) Diagnóstico: referido al estudio integral de las diversas áreas de la persona o grupo con el fin de conocer en profundidad sus diversos aspectos. El profesional de la psicología participa en la atención educativa del desarrollo del niño desde las primeras etapas de la vida, para detectar y prevenir los efectos socio-educativos, las discapacidades e inadaptaciones funcionales psíquicas y sociales. Contempla los siguientes niveles: individual, grupal, familiar y organizacional.
- 2) Intervención: Acciones de intervención realizadas a partir del diagnóstico y ejecutadas en el ámbito individual, grupal, familiar e institucional, tendientes a mejorar situaciones problemáticas detectadas, para dar solución a las posibles dificultades detectadas en la evaluación.
- 3) Asesoría y consultoría: Comprende la participación y entrega de elementos de la especialidad a diferentes instancias técnicas de la institución educativa. Además, comprende el perfeccionamiento de

docentes y paradocentes, así como la colaboración en los programas del establecimiento.

- 4) Prevención: Se orienta a proponer las condiciones para un mejor desarrollo de las capacidades educativas y también a prevenir las consecuencias que pueden generar la diferencia entre las necesidades educativas de la población y las respuestas que dan los sistemas sociales y educativos; incluye tanto acciones específicas para la prevención de problemas educativos concretos como (los de adaptación inicial a la escuela, la detección precoz de alumnos con necesidades educativas especiales, etc) así como los aspectos de intervención desde las primeras etapas, mediante técnicas de estimulación. Interviene también en la planificación y realización de programas y estrategias de trabajo de tipo educativo para la comunidad intra y extraescolar, así como la coordinación con instituciones externas, a fin de colaborar en la prevención de problemas.

- 5) Coordinación: Colaboración con otros profesionales del establecimiento y participación en el desarrollo de normas y políticas de éste en relación con el desempeño de los profesionales docentes.

- 6) Extensión: Se refiere al aporte de información y asesoría a otras instancias de la comunidad local y eventualmente a otras instituciones fuera de ella.

Puede señalar que estas funciones plantean la necesidad de comprender al niño o joven que presenta el trastorno autista como una persona enraizada en diferentes planos socioculturales (personal, grupal, familiar, organizacional, comunitario), así como también ayudan a concebir el aporte de la psicología no sólo en el plano más inmediato de la persona, sino en concordancia con esta multiplicidad de ámbitos sociales del ser humano.

Es decir, logra generar una visión más amplia de la labor del psicólogo, tanto a nivel de conocimiento como de ejecución práctica, permitiendo abrir la disciplina al tema de la diversidad y del mejoramiento de la calidad educativa (Del Río, 1997).

A continuación se destaca la importancia que tiene el psicólogo educativo en la evaluación.

2.3 Evaluación del psicólogo educativo al niño autista

¿Que significa la evaluación? Como proceso nace durante la II Guerra Mundial, consiste en utilizar técnicas que conforman una batería de pruebas, con el fin de obtener información del paciente y de esta manera elaborar un diagnóstico.

La evaluación se realiza en función de cuatro categorías: diagnóstico, orientación, selección y tratamiento o cambio, los objetivos de las tres primeras metas son clasificar, describir y predecir la conducta, el objetivo del tratamiento es lograr una mejoría en el problema que presente el paciente.

El psicólogo educativo lleva a cabo la evaluación del niño autista con ayuda de una serie de pruebas psicológicas que exigen contenidos cuidadosamente seleccionados y métodos de actuación e interpretación rigurosos. Los contenidos de estas pruebas pueden hacer referencia a cualquier aspecto del funcionamiento psíquico, incluyendo los rasgos de personalidad, las actitudes, la inteligencia y otros aspectos de índole emocional (Encarta, 2006).

Brauner (1981), menciona que no es fácil examinar a los niños autistas, la realización de estudios psicológicos y los resultados de los mismos pueden ser diferentes según se trate del psicólogo, de la actitud que presente, así como de sus características físicas, etc. Lo cual equivale a decir que el examen tradicional y objetivo es complicado con un niño autista, sobre todo al comienzo y sin duda durante las primeras sesiones de la evaluación.

La observación que realiza el psicólogo de las actividades del niño autista antes de diagnosticarlo como tal, es muy importante, ya que existen ciertas características del niño que pueden determinar la evaluación. Se debe tomar en cuenta que para poder iniciar la evaluación del niño autista lo primero que debe hacer el psicólogo educativo es observar al niño, así como su conducta y características, realizar una entrevista con los padres y establecer un rapport al inicio de la evaluación.

La entrevista con los padres debe proporcionar la mayor cantidad de datos que se puedan acerca del niño autista, estudios médicos, psicológicos, tratamientos

farmacológicos, psicopedagógicos, desarrollo social, biológico, psicológico, así como las conductas ante nuevas actividades y gente desconocida.

Durante la entrevista con los padres el psicólogo educativo puede apoyarse en la escala de diagnóstico Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R.). Su primera versión fue publicada en 1989. El ADI-R es una entrevista semi-estructurada para los padres, la cual enfatiza en obtener el máximo posible de información en las tres áreas claves del autismo (interacción social recíproca, comunicación y conductas estereotipadas y repetitivas). Las respuestas se tabulan y el instrumento ofrece un algoritmo, lo cual ofrece un margen de seguridad para el diagnóstico, pues se debe alcanzar o exceder los puntajes de corte para el autismo y desórdenes del espectro autista en cada una de las tres características. El ADI-R es hoy en día el instrumento más empleado en investigación, de tal manera que su utilización como herramienta diagnóstica es una garantía de que se trata de un estudio serio. Como desventaja, es necesario señalar que tarda entre 90 y 120 minutos en aplicarse, por lo que no es una herramienta útil en la práctica clínica cotidiana. (Sanpedro, 2006).

Por otra parte las entrevistas con estos niños son limitadas ya que no tiene un lenguaje estructurado; y no es fácil obtener respuestas que tengan una relación con las preguntas que se le realizan, aun cuando se hacen las preguntas, el niño pone mayor interés en estar en movimiento, lo cual no permite que conteste, o permanece lejano y silencioso. El niño presenta dificultades en las relaciones sociales o incluso la ausencia de la relación con otro niño esto hacen que a menudo no preste atención y permanezca quieto, en silencio y en

sus estereotipos, completamente replegado sobre sí mismo; otra actitud que puede mostrar, consiste en que arremeta contra el material, tirándolo y rompiéndolo (Torres, 1986).

Es muy importante estar habituado a los niños autistas para entablar un buen rapport o encuentro con él dentro del consultorio. La aplicación de los tests es muy compleja, ya que el niño pone poca atención a las indicaciones del psicólogo y no logra enfocarse a las actividades que se desea que realice (Brauner, 1981).

Torres (1986), menciona que cuando se formula un test de nivel para niños autista, parece que el objetivo, es hacer un diagnóstico diferencial entre el retraso, la debilidad y la psicosis, y con ello, elaborar un pronóstico más o menos preciso de la evolución del niño.

No hay un procedimiento estándar o único para hacer una evaluación y, por lo mismo, tampoco existe un instrumento único. Dependiendo de los objetivos de la evaluación se utilizarán diferentes instrumentos así como su metodología.

El trabajo del psicólogo educativo consiste en reunir una cantidad considerable de información acerca del niño, referida a su estado emocional, a sus déficits y habilidades de desarrollo, a su coeficiente intelectual y a su capacidad para desempeñarse socialmente. El objetivo principal es obtener un perfil del niño autista.

La evaluación a nivel intelectual del niño autista es muy compleja como ya se ha mencionado. Sin embargo, Ferrari (2000), explica que, aun así los resultados obtenidos son de importancia, siempre y cuando las pruebas sean cuidadosamente interpretadas.

Se puede recurrir a diferentes tests para apreciar el nivel de desarrollo intelectual del niño autista, como por ejemplo: *la escala de Brunet-Lezine, las Escalas de Eficiencia Intelectual, las Escalas de Weschler o los Tests Projectivos Rorschach y TAT.*

En el área social Paluzsny (2004), menciona que el bebé autista no da señales de desarrollo social, ni muestra un lenguaje apropiado, ni trata de comunicarse, ya sea por medio de imitaciones o de gesticulación. El problema del habla del niño autista es uno de los principales síntomas que presenta; ya que es incapaz de entender o de responder al lenguaje hablado, sin embargo, este síntoma se observa aproximadamente entre los 3 o 4 años de edad.

Se han desarrollado diversas pruebas para evaluar los diferentes síntomas y comportamientos en el área social del niño autista, tanto cuantitativamente como cualitativamente. Estas pruebas tienen un interés en el marco de la investigación, pero pueden ser también utilizadas en el seguimiento clínico de los niños como marco estandarizado de referencia y de búsqueda para seguir la evolución del autista. Por ejemplo cuantitativamente existen pruebas estandarizadas para la medición de la Inteligencia (IQ), La Escala de Inteligencia Stanford-Binet, la Escala de Inteligencia Wechsler-Revisada, y

otras pruebas de inteligencia que tienen el propósito de determinar las habilidades de una persona basándose en criterios estandarizados. En gran parte, los resultados se fundamentan en las habilidades comunicativas y sociales y en la habilidad de realizar ciertas tareas.

De Villar (1986), hace mención de distintos autores, los cuales desarrollaron una variedad de criterios para poder hacer una buena evaluación del niño autista, por ejemplo Creak, (1961, citado por, De Villar 1986), propone nueve puntos de evaluación, los cuales son:

1. *Deterioro total y duradero*: para determinar como es el comportamiento del niño en el área social, por ejemplo: se coloca al niño en un sitio con personas que no conoce con el objetivo de observar como se desenvuelve y cual es su actitud al momento de formar parte en un juego grupal. De esta forma se puede saber si tiene dificultad permanente de mezclarse de jugar con otros niños de su edad.
2. *Ausencia de toma de conciencia*: el niño se muestra con ausencia de identidad y de su existencia, para observar esta característica en el niño, es posible hacerlo, colocando al niño frente a un espejo y preguntándole donde se encuentran las diferentes partes del cuerpo.
3. *Preocupación patológica*: esto se puede determinar cuando se observa que el niño autista utiliza los objetos con finalidades distintas de las cuales están hechos.
4. *Resistencia mantenida a todo cambio*: para observar la actitud del niño frente a los cambios, es recomendable observar y modificar el espacio

donde pasa la mayor parte del tiempo, esto se puede hacer con el cambio de muebles de su habitación o de la sala de su casa.

5. *La perturbación de las capacidades de la percepción*: se puede exponer al niño a distintos estímulos (sonoros, luminosos, táctiles, etc.) para notar cuales son sus reacciones.
6. *Ansiedad violenta, excesiva y en apariencia ilógica*, esta ansiedad se desencadena cuando hay una ruptura en la rutina, por un cambio de ropa, por la interrupción de alguna actividad afectiva con las personas o algún objeto. Esto se puede observar si se realiza un cambio en la forma de trabajo diario a la cual el niño ya esta acostumbrado o cuando inicie la sesión se le pide a uno de los padres que le cambie la ropa por alguna prenda nueva.
7. *La pérdida de lenguaje o inexistencia de este*. puede tratarse de confusión o inversión de pronombres personales, de ecolalia, o de otras particularidades como la mala dicción, estilo del habla o empleo inapropiado de palabras. Esta se puede observar cuando se realiza la entrevista inicial con el niño por su carente lenguaje o el repetir constante de las preguntas que se le realizan.
8. *Distorsión en las actitudes y en los comportamientos*. puede ser el exceso de movimientos e hiperagitación, inmovilidad catatónica, balaceo sobre su propio eje ó llevar a cabo rituales para realizar ciertas actividades (por ejemplo, antes de tomar agua dar un vuelta alrededor de la mesa).
9. *Retraso psicomotor serio*: en algunas ocasiones sus habilidades motrices son mejores que las de los niños “normales”. Para poder

observar dichas habilidades se puede llevar a cabo juegos en los cuales el niño deba coordinar movimientos de su cuerpo como: saltar en un pie, salto de cuerda, atrapar una pelota, etc.

Continuando con la observación el psicólogo educativo puede hacer uso de la prueba Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Es una observación estandarizada de la conducta social del niño frente a diferentes tipos de materiales y tareas, diseñados para diferentes edades y niveles de lenguaje. Conduce a puntajes que corresponden a autismo o desórdenes del espectro autista. Aporta mucha información de utilidad clínica, pues permite al evaluador observar e interactuar con el niño. Toma entre 30 y 45 minutos su aplicación. (Sanpedro, 2006). En la actualidad no hay ninguna prueba o escala para la evaluación del autismo en español.

Por otro lado Clancy (1969, citado por, De Villar, 1986), propone 14 puntos para una evaluación del autismo, y menciona que con la ayuda de esta escala es poco probable que un niño con autismo pase desapercibido.

1. Dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
2. Presenta comportamiento idéntico al de un sordo.
3. Resistencia a cualquier aprendizaje.
4. Ausencia de miedo ante un peligro real.
5. Señalamiento de sus necesidades por medio de gesticulaciones.
6. Resistencia a cambio de costumbres (hábitos)
7. Ríe sin razón aparente.
8. llega a no ser cariñoso con sus padres.

9. Presenta hiperactividad física.
10. Ausencia de contacto visual.
11. Apego con uno o varios objetos.
12. Actividad repetitiva y sostenida.
13. Puede presentar una actitud altanera.
14. El constante girar de objetos sin razón aparente.

Como se puede notar no son muchas las pruebas que se tienen disponibles para evaluar al niño autista, y como se menciona anteriormente los resultados que estas arrojan deben analizarse cuidadosamente para poder evaluar lo mejor posible a los niños que presentan el trastorno autista.

Durante las prácticas psicológicas se advierte que el examen psicológico, en la forma tradicional con entrevista, test psicométricos y proyectivos, no está demasiado adaptado a los niños autista (Powers, 1999).

El comportamiento agresivo hace que el propio desarrollo del examen psicológico sea muy variable, según el lugar, el momento, la personalidad del psicólogo, con lo cual se complica la evaluación y la interpretación de los resultados.

Una vez realizada la evaluación se puede llevar a cabo el diagnóstico del niño autista, el cuál se basa en los resultados obtenidos de la observación y en los resultados de las pruebas aplicadas. Después de hacer el diagnóstico, el trabajo del psicólogo educativo, es decidir cual es el mejor plan de intervención

para ayudar al niño autista en la socialización. En el siguiente capítulo se mencionan algunos tipos de intervención utilizados por el psicólogo, para trabajar en la socialización de niños autista

2.4 Intervención psicológica

Una vez realizado el diagnóstico que confirma el trastorno autista, se lleva a cabo la intervención para el mejoramiento del desarrollo del niño.

Un número considerable de profesionales proponen la utilización de varios tipos de medicación y dietas como tratamiento del autismo. Los métodos de intervención propuestos en este apartado son diferentes en términos de la evidencia científica que apoya su utilización de estos.

Los médicos a menudo recetan un medicamento antidepresivo para controlar síntomas de ansiedad, depresión o algún trastorno obsesivo-compulsivo. Se emplean medicamentos anti-psicóticos para tratar graves problemas conductuales. Las convulsiones pueden ser tratadas con una o más de las drogas anticonvulsivas. Los estimulantes, que son usados para niños con un trastorno de déficit atencional, a veces son empleados de manera efectiva para ayudar a disminuir la impulsividad e hiperactividad (Del Río, 2004).

A la pantalla diagnóstica y de evaluación se acompañan otras señales de desconcierto e impotencia a la hora de decidir cuál o cuáles intervenciones terapéuticas deben utilizarse con las personas diagnosticadas con autismo. De hecho, las intervenciones para el tratamiento del autismo son muchas, y la

mayoría es el resultado de teorías etiológicas diseñadas *ex profeso* para explicar el origen del trastorno. Buena parte de ellas se implementan al margen del rigor experimental y la réplica de resultados, y todas se imponen y compiten negativamente con algunas de las estrategias previamente validadas, sin embargo el presente trabajo, se enfoca únicamente sobre las intervenciones psicológicas.

A continuación se mencionan diversas propuestas de intervención:

Terapia de modificación de la conducta.

Según Sampedro (2006) el tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales:

- 1) La creación de nuevas conductas.
- 2) El aumento de frecuencia de las conductas ya existentes.
- 3) La supresión de conductas inadecuadas.

La terapia conductista funciona a nivel de programas que al referirse a los niños autistas se dedican a establecer las pautas culturalmente preescritas y que constituyan alternativas funcionales a los hábitos autistas fundamentales.

La realización de un programa educativo en la línea de modificación de conducta insiste sobre la observación y el registro tanto de las conductas como de sus consecuencias. Estos programas están divididos en áreas de enseñanza que quieren cubrir la totalidad del individuo.

- Conducta social: eliminación de conductas inadaptadas
- Potenciación del lenguaje receptivo y expresivo.

- Evolución sensorio-motriz: desarrollo de las habilidades motrices gruesas y finas.
- Implantación de los hábitos de autonomía y socialización.
- Área cognitiva o académica.

Para cada niño autista y para cada una de estas áreas se prescriben unos objetivos claros y definidos operacionalmente, que estarán adecuados al momento evolutivo y de desarrollo de cada uno de los niños. Para cada objetivo se prepara un programa operante y se establece una jerarquía de refuerzos, se describen etapas de enseñanza y las estrategias que el psicólogo educativo va emplear incluyendo la gama de estímulos que van a presentar.

Intervenciones mediatizadas por iguales

La mayoría de los estudios sobre relaciones amistosas o interacción entre iguales en niños autistas han investigado el efecto de las intervenciones mediatizadas por los iguales sobre la conducta social de los niños autistas. La intervención mediatizada por los iguales es una de las tres formas basadas en las intervenciones conductuales en clase que se diseñaron para remediar la evitación social en niños de preescolar y con discapacidades (Strain y Fox, 1981).

En este tipo de intervención, un niño o un grupo de niños de edad comparable o nivel de funcionamiento similar al del niño objetivo, son entrenados para proporcionar tratamientos de enseñanza. Aunque los adultos pueden controlar estas intervenciones desde muy cerca, nunca intervienen directamente con los

sujetos objetivo (Odom y Strain, 1984). A continuación se describen las intervenciones mediatizadas por los iguales las cuales utilizan varias técnicas y son útiles con diferentes clases de poblaciones:

1.- Intervención mediatizada de proximidad, la cual tiene lugar cuando los niños con desarrollo normal, socialmente competentes, se colocan junto al niño autista y reciben instrucciones: a) para jugar con el niño con discapacidad; b) para asegurarse de que juegan con ellos; c) y para enseñar al niño objetivo cómo jugar. El igual sin discapacidad no ha recibido ninguna clase de entrenamiento para aumentar las interacciones sociales. Las intervenciones dependen de una transmisión natural de las habilidades sociales de los iguales con más competencia social hacia el niño objetivo a través de la interacción directa.

2.- Intervención mediatizada por los iguales, se refiere a que los niños son entrenados para ayudar y reforzar la conducta social del niño autista. El entrenamiento en reforzamiento sin ayuda está también dentro de esta categoría. Una ayuda es una instrucción verbal clara para comprometerse en alguna clase de actividad social ("Ven a jugar") que puede acompañarse del uso de un objeto o un gesto. El reforzamiento es un evento que va después de la conducta deseada y mantiene o aumenta su frecuencia. ("Quiero jugar contigo", aplausos, estrechar las manos, tocar...).

3.- Intervención mediatizada por los iguales es el procedimiento de ayuda por los iguales. Los iguales sin discapacidad son instruidos y enseñados a producir

iniciaciones sociales dirigidas a los sujetos objetivos. Las iniciaciones pueden tomar la forma desde sugerir una idea de juego, hasta dar un juguete a otro niño, ofrecimiento de ayuda física, etc. Algunas veces, la estrategia de iniciación por los iguales se combina con un procedimiento de ayuda y reforzamiento por el maestro. En este caso, el maestro emplea las mismas técnicas (ayuda y refuerzo) que son utilizadas en las intervenciones mediatizadas de los maestros, pero aplicadas a los iguales sin discapacidad, para aumentar las iniciaciones hacia un sujeto objetivo. Ya que esta intervención combinada necesita una dirección casi continua del maestro, es muy probable que existan algunas desventajas como ocurre en el procedimiento mediatizado por los maestros.

Por ahora no existe un tratamiento que cure el autismo. En la actualidad la intervención psicológica está basada en el análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis o ABA), ya que si se inicia tempranamente la terapia y la intensidad de la misma mejora las probabilidades de aumentar el nivel de funcionamiento del niño con comportamientos autistas. Existen una serie de tratamientos no probados y populares que utilizan los padres de niños autistas y que no han dado buenos resultados, sin embargo hoy en día, sólo los tratamientos psicológicos conductuales presentan fuerte evidencia a su favor.

Un programa de intervención debe ser individualizado y diseñado de acuerdo a las necesidades, habilidades y dificultades de cada niño con autismo. Todo programa de intervención debe incluir: un contenido curricular, un apoyo intensivo en el entorno de aprendizaje y estrategias para la generalización,

unas actividades rutinarias y altamente estructuradas para favorecer la predicción y la anticipación de las tareas, un abordaje funcional de la conducta continuidad del programa desde los cursos preescolares hasta la transición a la escuela infantil primaria e implicación familiar. (Yunta, Palau, Salvadó, y Valls, 2006)

La educación es el vehículo para la intervención de las personas con autismo, por lo tanto, es necesario crear programas educativos adaptados a las necesidades individuales de cada persona con autismo. El objetivo central de la intervención del niño con autismo consiste en la mejora de su conocimiento social y de las habilidades comunicativas sociales, así como lograr una conducta auto-regulada adaptada al entorno (Tinbergen y Tinbergen, 1985).

El contexto del aprendizaje por parte del niño autista debe ser favorecedor de manera que el niño lo pueda aprovechar, dependiendo de la edad y nivel de aprendizaje. Se podría decir que la intervención ha de recorrer el camino que va desde un grado alto de estructuración (con numerosas claves para favorecer el aprendizaje) a la des-estructuración programada paso a paso, y de acuerdo al nivel de desarrollo que es más cercana a los entornos naturales sociales (en donde las claves son, como recordaremos, sutiles, complejas, pasajeras y variadas).

Se ha de perseguir en cualquier aprendizaje la funcionalidad del mismo, la espontaneidad en su uso, y la generalización, y todo ello en un ambiente de motivación. Por esto, la educación del niño autista requiere una doble tarea:

hay que enseñar la habilidad, pero también hay que enseñar su uso, el cual debe de ser adecuado, funcional, espontáneo y generalizado.

Valdez (2001) menciona que existen diversas áreas de intervención que son de importancia para poder llevar a cabo un mejor desarrollo social del niño autista estas son:

1) Intervención ante los problemas de conducta:

Dentro de los que normalmente se consideran criterios relevantes para la determinación de una conducta como problema están: 1. el que produzcan daño al propio individuo o a los demás; 2. el que esas conductas interfieran con los planes educativos que ese niño requiere para su desarrollo; 3. el que esas conductas revistan un riesgo físico o psíquico importante para la propia persona o para los demás; y 4. el que la presencia de esas conductas imposibilite a esa persona su paso a entornos menos restrictivos.

Actualmente se considera que una conducta más que ser problema (lo que indicaría una especie de "culpabilidad" en quién la realiza) se dice que es una conducta desafiante (en cuanto que desafía al entorno, a los servicios y a los profesionales, a planificar y rediseñar esos entornos para que tenga cabida en ellos la persona que realiza esas conductas y para que pueda ofrecerse dentro de ellos la respuesta más adecuada para la modificación de esas conductas).

2) Intervención con la familia:

Debe existir una estrecha relación de los profesionales que ofertan una respuesta educativa a estos niños con sus familias. Uno de los objetivos que han de perseguirse con esta relación, es llevar a cabo las mismas pautas de

educación en la casa y en la escuela, enseñando a los padres las maneras más adecuadas de actuación ante las acciones de su hijo. Pero otro objetivo debería ser el dar apoyo psicológico a esas familias, en las que el hecho de tener un miembro con autismo les pone en una situación de vulnerabilidad y riesgo.

3) Intervención en el área de comunicación:

Hoy en día la intervención se dirige más a favorecer competencias comunicativas lingüísticas, y por tanto hay una estrecha relación entre la intervención en el área social y la intervención en el área comunicativa. No obstante, esta última se caracteriza por intentar promover estrategias de comunicación expresiva, funcional y generalizable, usando como vehículo de esa comunicación el soporte más adecuado al nivel del niño (ya sea la palabra, signos, pictogramas, actos simples, acciones no diferenciadas, etc.). Los llamados Sistemas Alternativos de Comunicación han supuesto un enorme avance en la intervención.

En el caso concreto del autismo el programa de Comunicación Total, ha sido quizá el más utilizado y el que mejores resultados ha ofrecido. Este programa enfatiza la espontaneidad y el lenguaje expresivo y se estructura a través del aprendizaje de las funciones lingüísticas de: expresión de los deseos, referencia, conceptos de persona, petición de información, y abstracción, juego simbólico y conversación.

4) Intervención en el área social

El desarrollo social de los niños autistas no se consigue, por los medios en los que los demás lo hacen. El niño con autismo no puede aprender el

conocimiento social a través de los medios naturales como otros niños, por tanto, es necesario programar la enseñanza expresa de esos conocimientos.

Características de la intervención en esta área:

Rivière, y Martos (1997), mencionan que a pesar de ser un área central de intervención, ha habido una carencia de programas diseñados específicamente para su enseñanza. Una de estas pruebas es TEACCH, del grupo de Carolina del Norte, en el cual los objetivos de intervención no vienen dados de antemano, sino que surgen, individualizados para cada persona, de la observación de esa persona, en contextos diferentes, de determinadas categorías sociales. Este proceso para llegar a establecer los objetivos individualizados consta de cuatro fases:

1. Evaluación de las habilidades sociales.
2. Entrevista con los padres para determinar su punto de vista sobre las habilidades sociales del niño y sus prioridades para el cambio (búsqueda de objetivos consensuados con las familias).
3. Establecer prioridades y expresarlas en la forma de objetivos escritos.
4. En base a esos objetivos hacer un diseño individualizado para el entrenamiento de habilidades sociales.

La intervención en el área social ha de tener como punto de partida un ambiente estructurado, previsible y con un alto grado de coherencia. Es necesario un estilo intrusivo, que implica "forzar" al niño a los contextos y situaciones de interacción que se diseñen para él, sin olvidar favorecer las

competencias sociales que ya tenga. Se hace necesario diseñar el entorno con claves concretas y simples que le ayuden al niño a estructurar el espacio y el tiempo (dando información por adelantado, mediante carteles con pictogramas de la actividad que se va a realizar a continuación, además de expresarla verbalmente).

En otro lugar se han planteado sistemas de estructuración ambiental específicos para aulas de niños autistas y se ha hecho hincapié en que al igual que en otras alteraciones, como las motrices, se plantea la eliminación de barreras arquitectónicas, en el caso del autismo y del retraso mental grave y profundo, es preciso plantear y proyectar la eliminación de barreras cognitivas, esto es, modificar las claves complejas que existen por doquier, cambiándolas por otras más acordes al nivel y a las características de estos alumnos Ojea (2004).

Otra forma general de mejorar la competencia social de los niños con autismo, es la de atribuir consistentemente intenciones sociales de interacción social a sus acciones, procurando que nuestras reacciones estén relacionadas funcionalmente con ellas, y sean claramente perceptibles y motivantes. Esto implica, evidentemente, una labor importante de diseño previo de reacciones optimizadoras.

Algunos objetivos específicos de intervención en esta área, Ojea (2004):

- Enseñanza de reglas básicas de conducta: no desnudarse en público, mantener la distancia apropiada en una interacción, etc.

- Enseñanza de rutinas sociales: saludos, despedidas; estrategias para iniciación al contacto, estrategias de terminación del contacto, etc.
- Entrenamiento de claves socioemocionales: a través del vídeo mostrar emociones; empleo de fotos de expresiones emocionales; estrategias de adecuación de la expresión emocional al contexto, etc.
- Estrategias de respuesta ante lo imprevisto: enseñanza de "muletillas" sociales para "salir del paso", etc.
- Entrenamiento de estrategias de cooperación social: hacer una construcción teniendo la mitad de las piezas un alumno y la otra mitad otro, o la maestra.
- Enseñanza de juegos: enseñanza de juegos de reglas, de juegos simples de mesa, etc.
- Fomentar la ayuda a compañeros: enseñarles tareas concretas de ayudantes de las maestras de alumnos de otro aula o nivel; favorecer esta ayuda aprovechando las actividades externas, como excursiones, visitas, etc.
- Diseñar tareas de distinción entre apariencia y realidad: por ejemplo, rellenando a alguien con trapos: "parece gordo pero en realidad es delgado".
- Enseñanza de vías de acceso al conocimiento: diseñar tareas para la enseñanza de rutinas verbales sobre el conocimiento del tipo "lo sé porque lo he visto" "no lo sé porque no lo he visto".
- Adoptar el punto de vista perceptivo de otra persona: por ejemplo, discriminar lo que un compañero está viendo aún cuando él no lo vea, etc.

- En alumnos con menos nivel de desarrollo, se fomentará el uso de estrategias instrumentales simples, en las que el instrumento sea físico o social. Asimismo, se fomentará la percepción de contingencia entre sus acciones y las reacciones del entorno (en este sentido la contra-imitación imitación por parte del adulto de lo que el niño hace- puede ser, entre otras, una buena manera de conseguirlo).

Otra forma estratégica de intervención para el desarrollo social del niño autista es la que plantea Rita Jordan y Stuart Powell (1990), la cual se basa en una estrategia de desarrollo que toca diversas áreas del crecimiento del niño.

Estrategias destinadas a captar la atención

La aptitud del individuo para captar la atención y dirigirla, constituye un aspecto importante de la elaboración de respuestas sociales. Los niños autistas raramente intentan compartir objetos con los demás o dirigir su atención mostrando un objeto con el dedo o fijando en él su mirada, a no ser que se trate de alguna cosa que deseen. Tampoco saludan espontáneamente a los demás y tampoco se despiden al irse, incluso, aunque sean conscientes de la presencia de un individuo, parecen incapaces de fijar su atención en un objeto común a los dos. Parece que comprenden el papel del otro en tanto que “agente”, pero no parecen darse cuenta de que el otro tiene una perspectiva que le es personal, que puede compartir o que puede dirigir. Son capaces de darse cuenta de que el otro tiene una óptica visual diferente, pero esto no se da espontáneamente. De este modo puede seguir una mirada si se le da la siguiente instrucción: “Mira en la dirección en la que estoy mirando”, estos

automatismos consisten en seguir la mirada, seguir la dirección indicada por un dedo, o reconocer que al tener un objeto se intenta llamar la atención recíproca hacia él.

El aprendizaje cuyo objetivo es dirigir la mirada del individuo hacia lo que constituye el objeto de la atención recíproca, no se hace en su mayor parte en el marco de la transmisión de competencias sociales específicos, sino más bien en los enfoques pedagógicos globales. Lograr que el individuo esté atento a la tarea que se le presenta, es a menudo el primer objetivo buscado con los enfoques pedagógicos estructurados; y para juzgar si se ha alcanzado este objetivo, se considera si el individuo mira, o incluso más someramente si gira la cabeza. Varios monitores han señalado que algunos niños autistas captan mejor las informaciones cuando su campo de visión es periférico en lugar de central; es por lo que algunos métodos aceptan que el individuo autista mire de la forma que le parezca mejor lo que es el centro de atención en un determinado momento.

La acción de llamar a alguien o tocarle para llamar su atención, se lleva a cabo generalmente basándose en refuerzos diferenciales, pero sólo consigue un pequeño éxito.

De acuerdo con este método, cuando el niño intenta dirigirse a alguien sin llamar previamente su atención (el niño autista comienza a hablar sin establecer un contacto visual, sin el menor gesto ni la menor interpelación para indicar a quién se dirige) primero éste hace como si no se diera cuenta, y

después presta atención a sus esfuerzos fingiendo sorpresa y haciendo comentarios del tipo “¿Te diriges a mí? No me has llamado ni me has mirado, así que no sabía que te dirigías a mí”. Esta manera de actuar tiene el fin de permitir a los niños aprender que necesitan captar la atención en ciertas circunstancias, pero sin embargo no lo consiguen generalmente en la fase de la generalización, en la cual aplicarían esto a otros individuos.

Como se ha indicado en el módulo que trata de la “comunicación”, la mejor forma de obtener la atención mutua es proceder; como se haría con un individuo que tiene un desarrollo normal, es decir, mostrar interés en sus actividades y actitudes, para lograr llamar su atención y de esta forma interactuar con él. De este modo se asegura la atención recíproca. El psicólogo educativo también debe acordarse de que nunca hay que presuponer que comparte la atención, simplemente porque nos parece evidente que indicamos el objeto que se señala con el dedo o se tiende. En lugar de esto, el psicólogo educativo debe proporcionar instrucciones explícitas sobre lo que debe mirar el niño (si es posible, debe hacerlo verbalmente, por medio de signos o de símbolos o haciendo resaltar el objeto de forma que sea accesible al niño que no posee ninguna forma de lenguaje); también es necesario que enseñe las competencias de forma directa (mirar los objetos indicados con el dedo, etc.).

Se puede notar que la mayor parte de las intervenciones están enfocadas en desarrollar las habilidades de lenguaje del niño autista, y partiendo de este punto se puede lograr una mejor integración en el área social.

CAPITULO 3. Método

3.1 Planteamiento del problema

El trabajo que desarrolla el psicólogo educativo con los niños que presentan el trastorno autista en la actualidad toma un papel de mayor importancia, ya que anteriormente solo se dedicaba a diagnosticar a los niños autistas.

A partir de la década de los 80's el trabajo del psicólogo educativo ha cambiando, participa en la evaluación e intervención y realiza diversas propuestas de trabajo con los niños autistas. Por esta razón el objetivo de la investigación documental es conocer ¿Cuál es el trabajo del psicólogo educativo en la socialización del niño autista?

3.2 Objetivo General

A partir de una revisión documental, se determinara el trabajo del psicólogo educativo con el niño autista en el área social.

Se planteará una propuesta de intervención, con el niño autista en el área social, con un enfoque conductual

3.3 Categoría de análisis

Se llevará a cabo un análisis de los diversos textos en los que se aborda el trabajo del psicólogo educativo en la socialización del niño autista bajo las siguientes categorías de análisis.

1.- Evaluación, donde se analizaran las diferentes formas de evaluar al niño autista en el área social, con la finalidad de elaborar un diagnóstico.

2.- Intervención, se analizaran las diferentes propuestas, en donde interviene el psicólogo con la participación de los padres y de iguales (niños que no presentan el trastorno).

Es una investigación de tipo documental, ya que se sustenta en la búsqueda y recopilación de material bibliográfico.

1. Detección de las fuentes:

- a) Instituciones: Biblioteca Central de la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Facultad de Psicología de la UNAM.
- b) Medios impresos: libros, tesis, revistas, publicaciones periódicas
- c) Medios electrónicos, Internet.

2. Recopilación de material:

- a) Bibliográfico, hemerográfico y electrónico referentes al tema del trabajo del psicólogo educativo en la socialización del niño autista, cuya finalidad es: respaldar el marco teórico, integrar los resultados obtenidos de la investigación.

CAPITULO 4. Resultados

El trabajo del psicólogo consiste en obtener una gran cantidad de información respecto al estado emocional, déficit o habilidades de su desarrollo, capacidad intelectual, y forma de interactuar socialmente del niño autista.

Por lo tanto, una de las actividades que realiza el psicólogo educativo es la evaluación del niño autista, en donde la observación juega un papel importante, ya que le permite determinar las conductas y características del niño.

A pesar de que el niño autista no tiene un lenguaje estructurado, no presta atención a las indicaciones y tiene dificultades para las relaciones sociales, se encontraron algunos instrumentos que utiliza el psicólogo, los cuales le van a permitir elaborar un diagnóstico.

De acuerdo a la revisión bibliográfica, se encontró que en el área social, Creak (1961, citado por De Villar, 1986) propone nueve criterios para hacer una evaluación a través de la observación de los siguientes puntos.

1. Deterioro total y duradero
2. Ausencia de toma de conciencia
3. Preocupación patológica
4. Resistencia mantenida a todo cambio
5. Perturbación de las capacidades de la percepción
6. Ansiedad violenta, excesiva y en apariencia ilógica

7. La pérdida de lenguaje o inexistencia de este
8. Distorsión en las actitudes y en los comportamientos
9. Retraso psicomotor serio

Igualmente, Clancy (1969, citado por De Villar, 1986) propone 14 puntos para evaluar en el área social en el niño autista

1. Dificultad para mezclarse y jugar con otros niños
2. Presenta comportamiento idéntico al de un sordo
3. Resistencia a cualquier aprendizaje
4. Ausencia de miedo ante un peligro real
5. Señalamiento de sus necesidades por medio de gesticulaciones
6. Resistencia a cambio de costumbres (hábitos)
7. Ríe sin razón aparente
8. Llega a no ser cariñoso con sus padres
9. Presenta hiperactividad física
10. Ausencia de contacto visual
11. Apego con uno o varios objetos
12. Actividad repetitiva y sostenida
13. Puede presentar una actitud altanera
14. El constante girar de objetos sin razón aparente

Por otro lado, Sanpedro (2006) al igual que los autores anteriores, propone la prueba Autism diagnostic observation schedule (ADOS), la cual, es una observación estandarizada de la conducta social del niño frente a diferentes

tipos de materiales y tareas, y está diseñada para diferentes edades y niveles de lenguaje. Aporta mucha información de utilidad clínica, pues permite al evaluador observar e interactuar con el niño. Toma entre 30 y 45 minutos su aplicación.

Otra forma de obtener información que utiliza el psicólogo para evaluar al niño autista, es a través de la entrevista a padres llamada Autism diagnostic interview–revised (ADI-R.). es una entrevista semi-estructurada, su objetivo, es obtener el máximo posible de información en las tres áreas claves del autismo (interacción social recíproca, comunicación y conductas estereotipadas y repetitivas). Su desventaja, es que su tiempo de aplicación oscila entre 90 y 120 minutos, por lo que no es una herramienta útil en la práctica clínica cotidiana.

También es importante evaluar el nivel intelectual del niño autista, en donde el psicólogo puede utilizar la Escala de inteligencia de Stanford-Binet, y la Escala de Wechsler-Revisada, como complemento de su evaluación Sampedro (2006).

Después de la aplicación de los diversos instrumentos de evaluación, el psicólogo tendrá todos los elementos necesarios para realizar un diagnóstico, el cual le permitirá saber que tipo de autismo presenta el niño y de esta manera elaborar un plan de intervención.

Otra actividad, igualmente importante que realiza el psicólogo educativo en el área social es la de intervención, en la revisión bibliográfica se encontraron diversas formas de intervención principalmente desde un enfoque conductual, y se han utilizado en la socialización del niño autista, las cuales se mencionan a continuación.

Terapia de Modificación de conducta.

En este enfoque el psicólogo realiza de un programa educativo en la línea de modificación de conducta, destacando la importancia de la observación y registro de conductas, el cuál está dividido en áreas de enseñanza como son:

- 1.-Conducta social: eliminación de conductas inadaptadas
- 2.-Potenciación del lenguaje receptivo y expresivo
- 3.-Evolución sensorio-motriz
- 4.-Implantación de los hábitos de autoestima y socialización
- 5.-Área cognitiva o académica

En este tipo de intervención la familia no tiene un papel importante (Sampedro, 2006).

El psicólogo también participa en Programas de *Intervención mediatizada por iguales*, en la cual los niños "normales" son entrenados para ayudar y reforzar la conducta social del niño autista. Una ayuda es una instrucción verbal clara para comprometerse en alguna clase de actividad social ("Ven a jugar") que puede

acompañarse del uso de un objeto o un gesto. El reforzamiento es un evento que va después de la conducta deseada y mantiene o aumenta su frecuencia. ("Quiero jugar contigo", aplausos, estrechar las manos, tocar...).

Estos dos tipos de intervención están basados en el reforzamiento de las conductas que son apropiadas para los niños autistas. Sin embargo, en la terapia de modificación de la conducta no se permite la participación de los padres o alguna otra persona que no sea el terapeuta durante la intervención y en la intervención mediatizada por iguales, la inclusión de otra persona (padres o pares) es de vital importancia para el trabajo del niño autista.

El psicólogo también trabaja en la socialización de niños autistas, a través de la elaboración de Programas intervención, basados en estrategias como a continuación se describe:

Las *Estrategias destinadas a captar la atención*, tienen como objetivo que el psicólogo logre dirigir la mirada del niño hacia lo que constituye el objeto de la atención recíproca, no se hace en su mayor parte en el marco de la transmisión de competencias sociales específicos, sino más bien en los enfoques pedagógicos globales. Lograr que el niño esté atento a la tarea que se le presenta, es a menudo el primer objetivo buscado con los enfoques pedagógicos estructurados; y para juzgar si se ha alcanzado este objetivo, se considera si el niño mira, o incluso más someramente si gira la cabeza. Se ha señalado, que algunos niños autistas captan mejor las informaciones cuando su campo de visión es periférico en lugar de central; es por lo que algunos

métodos aceptan que el niño autista mire de la forma que le parezca mejor lo que es el centro de atención en un determinado momento.

Lo que busca el psicólogo con esta intervención es lograr que el niño pueda dirigir su mirada a la persona con la que tiene que entablar una relación social. No tiene un plan de trabajo estructurado, esto le permite al psicólogo educativo tener libertad de trabajo con el niño autista, lo cual beneficia a la intervención, ya que puede incluir a sus padres durante el trabajo que realice o en el momento que se crea conveniente.

Otra forma de participación del psicólogo es a través de la intervención llamada TEACCH, que establece un proceso para establecer los objetivos individualizados y consta de cuatro fases:

1. Evaluación de las habilidades sociales.
2. Entrevista con los padres para determinar su punto de vista sobre las habilidades sociales del niño y sus prioridades para el cambio (búsqueda de objetivos consensuados con las familias).
3. Establecer prioridades y expresarlas en la forma de objetivos escritos.
4. En base a esos objetivos hacer un diseño individualizado para el entrenamiento de habilidades sociales.

Esta intervención en el área social ha de tener como punto de partida un ambiente estructurado, previsible y con un alto grado de coherencia. Es necesario un estilo intrusivo, que implica "forzar" al niño a los contextos y

situaciones de interacción que se diseñen para él, sin olvidar favorecer las competencias sociales que ya se tengan. El psicólogo diseña el entorno con claves concretas y simples que le ayuden al niño a estructurar el espacio y el tiempo (dando información por adelantado, mediante carteles con pictogramas de la actividad que se va a realizar a continuación, además de expresarla verbalmente).

Se puede observar que en esta propuesta de intervención el psicólogo educativo debe establecer un plan de trabajo muy estricto que permita que el niño pueda entablar relaciones sociales sin dificultad. Sin embargo, establecer un plan de trabajo que sea demasiado estructurado, no permitirá que durante el trabajo del psicólogo con el niño autista se puedan hacer modificaciones que ayuden su desarrollo social.

Después de hacer un análisis de la participación del psicólogo educativo, se pudo observar que su trabajo no consiste únicamente en hacer una evaluación e integración de un diagnóstico como en la década de los 80's. Actualmente también participa en la elaboración de diferentes planes de intervención para la socialización del niño autista.

CAPITULO 5. Propuesta de intervención

Con base a las diversas formas de intervención que existen para el mejorar el desarrollo social del niño a continuación se presenta un propuesta de intervención para el niño autista en el área social.

El objetivo de la propuesta de intervención es: integrar al niño autista en el núcleo familiar y social, para propiciar un mejoramiento social.

La propuesta esta basada en la postura conductual, ya que a través de las diversas investigaciones se ha demostrado avances en la intervención del niño autista, bajo este enfoque, como la que maneja Lovaas (1984), en su libro *El niño autista: el desarrollo del lenguaje mediante la modificación de la conducta*.

La terapia conductual (TC) es un enfoque psicoterapéutico que combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en la conducta, con los principios de modificación de conducta (análisis funcional, refuerzo contingente, extinción, etc.). Se identifican las distorsiones del pensamiento, las percepciones erróneas, las creencias irracionales, las conductas, emociones y estados fisiológicos no adaptativos; para aplicar después de manera conjunta principios de modificación de conducta y técnicas de reestructuración cognitiva (Fuentes-Biggi, 2006).

Para que el niño autista tenga un mejor desarrollo social, se debe tomar en cuenta que la comunicación verbal es importante, por lo tanto una de las primeras áreas en donde se tiene que trabajar con el niño es en el lenguaje

verbal, para que de esta manera pueda entablar una relación social (Lovaas, 1984).

Otro punto importante a mencionar es determinar que tipo de autismo se abordará. La presente propuesta de intervención será destinada a trabajar con niños que presentan “autismo de Kanner” es donde el niño se caracteriza por un proceso de aprendizaje bajo, conductas totalmente aisladas y dificultad en el lenguaje.

Al inicio de la intervención el psicólogo educativo debe llevar a cabo una entrevista inicial con los padres para conocer que tipo de estudio o pruebas le han sido aplicadas al niño autista, con la finalidad de establecer el inicio del trabajo y confirmar los datos de las pruebas que se aplicaran antes de iniciar cualquier tipo de intervención (Wing, 1998).

Después de haber entrevistado a los padres se establecerá el rapport con niño autista. Brauner (1981), menciona que se debe tomar en cuenta que los primeros acercamientos con los niños autistas no son sencillos, ya que, como se mencionó en el capítulo de evaluación, existen dificultades para lograrlo.

En el trabajo diario con niños autistas o con algún otro problema, lo primero que se les enseña es a manejar la conducta. Se ha observado que “cuando estos niños no han recibido ningún tipo de tratamiento es muy común que presenten conductas agresivas y auto-agresivas” (Lovaas, 1984).

Una vez que se ha realizado la entrevista inicial se procederá a aplicar algunas de las pruebas como son: (*Escala ADI-R (autism diagnostic interview revised) Escala de conductas adaptativas, comportamientos y discapacidad, Escala ADOS/PL-ADOS (autism diagnostic observation Schedule) Esquema de Observación Diagnóstica Prelingüística de Autismo*) se desarrolló como herramienta de diagnóstico para su uso con niños por debajo de 6 años que no utilizan oraciones y que se sospecha que tienen autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo. Se centra en la conducta social y de comunicación mientras realiza actividades de naturaleza lúdica., *CARDS (children autistic rating scale) Escala de Valoración del Autismo en la Niñez, Escala RCA-A, La escala de Vineland, ECPV (evaluación verbal) y la batería de evaluación psicolingüística de Chevry-muller.* Desarrollo intelectual del niño autista, como por ejemplo: *la escala de Brunet-Lezine, las escalas de eficiencia intelectual, las escalas de Weschler o los tests proyectivos Rorschach y TAT*) para determinar en que área se realizara la mayor parte del trabajo de la intervención Ferrari, 2000).

Una vez que se haya recabado la información necesaria de la entrevista y de las pruebas psicológicas, el siguiente paso será establecer la forma de intervención que se llevara a cabo con el niño autista en el área social (Lovaas, 1984).

Algunos programas de intervención utilizan historias y guiones sociales, promueven el aprendizaje de competencias sociales, basadas en el juego y la intervención para el desarrollo de relaciones sociales (Fuentes-Biggi, 2006).

Garanto (1984), utiliza un procedimiento que consta de 4 fases:

1. Es necesario llevar a cabo una observación minuciosa de los comportamientos verbales, para poder identificar cual es su forma de comunicación, así cómo su repertorio verbal. Con base a la observación se llevará un registro en intervalos de 5 o 10 minutos, durante sus actividades, el juego, observar la televisión o alguna actividad en concreto que realice el niño.
2. A partir de la observación y los registros se establecerán niveles de lenguaje. Esto en base a las palabras, frases más comunes de uso por parte del niño.
3. Reforzamiento:
 - a) De las respuestas verbales imitativas: en sesiones de 30 minutos el terapeuta pronunciara aleatoriamente cada una de las palabras de mayor uso del niño, en intervalos de 30 segundos (p.eje. Carlos di jugo...).no se tomara en cuenta las palabras que el niño repita después de un lapso mayor a 10 segundos. Las respuesta imitativas se premiaran con algún dulce, una fruta...algo que sea de valor para el niño, esto solo se realizará al principio de la intervención, ya que conforme se avance se cambiara el premio, con un reforzados social, el cual puede ser una sonrisa, caricias, abrazos, gestos de aprobación, etc.
 - b) Respuestas verbales ante objetos-estimulo: después de mostrarle algún objeto al niño el terapeuta, comprobará que el niño lo haya observado y se le preguntará: ¿Qué es?, esto se realizara cada 5 minutos, esto se registrara con un intervalo de tiempo. De igual forma

aquella respuesta que sobre pase los 10 segundos no será tomada en cuenta y las preguntas que sean contestadas correctamente se reforzaran. Durante el reforzamiento se podrán mostrar en intervalos los objetos ante los cuales el niño no haya emitido algún tipo de respuesta.

La intervención puede prolongarse, dependiendo de los avances que se tengan en el trabajo con el niño y de cómo reaccione éste al tratamiento. Hay que tener en cuenta que esto es solo para desarrollar el lenguaje del niño y de esta manera facilitar el proceso de socialización.

Una vez que el niño muestre un avance, se iniciará el siguiente paso que sería el de la imitación.

Antes de iniciar el trabajo con el niño, el psicólogo educativo tendrá que observar cómo se comporta, ya que hay niños que se comportan de manera aventurada y otros que son muy tímidos, esta actitud tiene mucho que ver con lo aprendido y la confianza que le atribuyan sus papás. Después de determinar la actitud del niño, se tendrá que hablar con los padres, ya que el aprendizaje que demuestre el niño marcará la pauta para ir avanzando durante la intervención, por lo que serán los padres los que se ajustaran al ritmo de trabajo de su hijo (Lovaas, 1984).

Otra parte importante de la intervención es saber, cual de los dos padres es el que goza de la confianza completa del niño, ya que este será la figura a imitar y de el dependerá que su hijo avance en el tratamiento.

El padre elegido tendrá que mostrar acercamientos físicos hacia su pareja motivando al niño a imitarlo (este primer paso puede durar alrededor de una semana, todo depende de la participación del niño, cómo ya se menciona es él quien marca el ritmo de trabajo).

Después de haber logrado el acercamiento físico con el otro participante, se muestra al niño algunas señales de afecto (caricias, abrazos, cosquillas, etc.), siempre acompañadas de alguna frase o expresión (¿cómo estas?, te quiero, hola, etc.) con el objetivo de seguir estimulando el desarrollo del lenguaje dentro de la socialización.

Por otra parte Wing (1998) menciona que a los niños autistas no les gusta que los toquen, pero paradójicamente, a la mayoría de los niños que presentan autismo típico les agrada jugar de forma brusca con sus padres, en base a esto, se propone que se utilicen este tipo de juego a favor de la relación social dentro del núcleo familiar al inicio de la intervención, para después iniciar el acercamiento con una persona ajena el círculo familiar.

Después de haber logrado que el niño acepte el contacto físico sin ningún problema, es importante lograr que el niño establezca contacto ocular para

facilitar la relación social por medio de la vista, ya que la mayoría de los niños autistas no logran tener un contacto ocular (cara a cara) con ninguna persona.

Al inicio de esta parte de la intervención el padre que tiene la confianza del niño le tomara suavemente la cabeza para ir atrayendo su atención visual cuando se le habla, esto se puede lograr hablándole al niño de alguna forma que le agrade o haciendo muecas que le sean agradables o chistosas, también se puede llevar a cabo un juego en el cual la nariz del adulto tenga contacto con la del niño para llamar su atención, con el objetivo de que inicie el contacto visual (Wing, 1998).

Otra forma de hacer que el niño inicie el contacto social es pintando la cara del adulto o terapeuta como si fuera un superhéroe, payaso, un animal, etc., de igual forma se puede pintar la cara del niño. Esto con la finalidad de hacer que el niño centre su mira en el rostro de otra persona, mientras se este avanzando en la terapia, puede ir desapareciendo lentamente la pintura de la cara, hasta el punto en el que ya no sea necesario pintarse para mantener la mira del niño.

Para mantener la mirada del niño durante las sesiones de contacto visual se debe de entablar una plática o realizarle preguntas al niño para lograr que la conducta de mirar se mantenga y el niño en un futuro pueda hacerlo sin ningún problema.

Conforme el niño avanza en la intervención del contacto físico y visual, se puede dar inicio a la parte del tratamiento en la cual ya no solo tendrá contacto

con el psicólogo educativo o su familia, sino que ahora se tendrá contacto con personas que sea ajenas al entorno del niño.

Se propone que al inicio, el juego con una persona externa, sea de forma activa, es decir, la actividad que se lleve a cabo sea principalmente de mucho contacto físico (cosquillas, luchas) y conforme se va avanzando en las sesiones, el juego se vaya haciendo más suave, sin que el contacto físico se pierda. De esta forma se le puede enseñar al niño que el acercamiento con otra persona es divertido.

Simons (1987), menciona que es posible que al inicio de los primeros contactos físicos del niño con personas externas, puede llegar a presentar ansiedad, pero que esta desaparecerá conforme se avance en el tratamiento.

Para lograr que esta ansiedad desaparezca de manera rápida, es conveniente que el psicólogo educativo y los padres le enseñen al niño que es seguro tener acercamientos con otras personas, esto se puede lograr del siguiente modo.

Al igual que en la imitación se le mostrará al niño como el adulto se acerca a saludar, platicar, jugar, etc., con la persona, invitando al niño a participar, al inicio se tendrá que ayudara al niño con los movimientos de su cuerpo, esto puede ser guiándole la mano para saludar, acercándolo poco a poco a tocar, para después invitarlo a jugar con la persona extraña que se incluirá en esta parte de la intervención.

Wing (1998), menciona que cuando se ha logrado que el niño autista logre tener contacto con personas ajenas a su entorno es recomendable integrar al niño a grupos de juegos con niños “normales”, esta integración se debe realizar paulatinamente.

El inicio de la integración grupal del niño autista tendrá que ser guiado por el adulto que lo acompañó durante todas las sesiones o por el psicólogo educativo, siendo parte de los juegos que se llevan a cabo con los demás niños, en esta parte de la intervención se deberá explicar al niño autista las reglas del juego, ya sea con dibujos o videos, con el objetivo de evitar algún tipo de conducta inadecuada (agresión, llanto, autolesiones, etc.). Conforme pasen las sesiones de juego la interacción del adulto tendrá que ser cada vez menor, hasta llegar al punto en el cual el adulto no participe en el juego..

Se debe recordar que siempre que el niño realice la actividad satisfactoriamente, se tiene que reforzar la conducta con algo que sea atractivo para el niño, como se realizó en la intervención del lenguaje.

CONCLUSION

El profesional de la psicología participa en la atención educativa del desarrollo del niño, desde las primeras etapas de la vida, para detectar y prevenir los efectos socio-educativos, las discapacidades e inadaptaciones funcionales, psíquicas y sociales.

El autismo es un trastorno que afecta el desarrollo “normal” de los niños, por lo tanto, es muy importante el trabajo del psicólogo educativo en la socialización del niño autista.

Es importante notar que el trabajo que realizan los psicólogos educativos, no es únicamente evaluar y diagnosticar el trastorno, sino que también participan en la intervención del niño autista, con la finalidad de integrarlo al mundo social.

Una de las actividades importantes que realiza el psicólogo, es la evaluación a través de la observación de las conductas del niño, la realización de entrevistas a padres para obtener la mayor cantidad de información y de esta manera hacer un diagnóstico del trastorno autista, todo esto con la finalidad de poder elegir un modelo de intervención que ayude al desarrollo social del niño.

Para el psicólogo es difícil hacer una evaluación del niño autista, ya que como menciona Paluzsny (2004), actualmente no se ha podido llegar a una conclusión o a una lista de síntomas que describan la presencia del trastorno, sin embargo varios autores han dedicado su vida a la observación del autismo,

con la finalidad de poder determinar una serie exacta de particularidades que lo definan.

Una de las actividades importantes del psicólogo educativo consiste en detectar en las primeras etapas del desarrollo, las características del niño autista, es decir, cuando el niño comienza a desarrollar sus habilidades de socialización (lenguaje, imitación de conductas, demostraciones de afecto, etc.). Si el niño es diagnosticado como autista al inicio de dichas conductas, es posible que una intervención temprana por parte del psicólogo educativo, tenga como resultado una mayor integración del niño autista al mundo que lo rodea.

Actualmente no existe un tratamiento que cure el autismo, sin embargo el trabajo del psicólogo consiste también en la elaboración de los Planes de intervención en la socialización del niño autista. En la actualidad la intervención psicológica está basada en el análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis o ABA), ya que si la intervención se lleva a cabo a una edad más temprana los resultados obtenidos pueden aumentar las probabilidades de un mejor desarrollo social del niño autistas.

Otros programas de intervención en donde el psicólogo participa, son el TEACCH y la Estrategia Destinada a Captar la Atención (EDCA). Estos dos modelos de intervención tienen como objetivo el mejoramiento del niño autista en la socialización, sin dejar de lado que existen otras áreas afectadas por el trastorno autista. Un punto importante en estos modelos de intervención es la

integración de los padres del niño autista al trabajo que realiza el psicólogo educativo.

Existen una serie de tratamientos no probados y populares que utilizan los psicólogos en la socialización del niño autista, y no han dado buenos resultados, sin embargo hoy en día, se ha observado que los tratamientos psicológicos conductuales presentan fuerte evidencia a su favor. Sin embargo, haciendo una comparación de los que se mencionaron en la presente investigación, se considera que los más completos que trabajan tanto en el área social, como en las demás áreas del desarrollo son el TEACCH y la Estrategia Destinada a Captar la Atención (EDCA). Estos dos modelos de intervención tienen como objetivo el mejoramiento del niño autista en la socialización, sin dejar de lado que existen otras áreas afectadas por el trastorno autista. Un punto importante en estos modelos de intervención es la integración de los padres del niño autista al trabajo que realiza el psicólogo educativo.

De acuerdo a las diferentes propuestas de intervención que se analizaron y coincidiendo con Sanpedro (2006), efectivamente no hay ningún programa de intervención que ayude al mejoramiento global con una eficiencia del 100 % en la problemática del trastorno autista.

Una actividad importante del psicólogo educativo es el trabajo con los padres en la socialización del niño autista, ya que estos permiten la observación del comportamiento del niño y cual es la relación que tienen con ellos, de igual

forma ayuda a que la intervención no solo se realice en el horario de terapia, sino las dinámicas de la intervención las pueden llevar a cabo los padres del niño estando en casa y no solo ellos, sino que pueden integrar a los hermanos, tíos, abuelos, etc., de esta forma se lograra un mejor desarrollo social del niño autista.

Por lo tanto, la labor de la psicología en educación, debe pasar por un cambio de visión en la definición del trabajo del psicólogo, lo que implica transitar de lo individual a lo sistémico, de lo remedial a lo preventivo, del trabajo aislado al trabajo en equipo y desde el punto de vista psicológico al psico-educativo.

Bibliografías

Álvarez, E. (2007) *Trastornos del espectro autista*. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 74, Núm. 6 • Nov.-Dic. 2007 pp 269-276.

Ashman, A, Conway, R (1992) *Estrategias cognitivas en educación especial*. México. Santillana

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2002). (DSM-IV-TR). Barcelona. Masson.

Alfaro, J. (2000). *Psicología para el bachillerato*. México. CCH-Oriente, Universidad Nacional Autónoma de México.

Baron, R; Byrne, D. (2005) *Psicología Social*. México. Prentice Hall.

Brauner, A. (1981) *Viví con un niño autista*. Barcelona. Paidós.

Canal, R. (1993) *El autismo 50 años después de Kanner*. Salamanca. Amarú.

Charman, T, Bair, G. (2002). *Practitioner Review: Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in 2 – and 3 – year – old Children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol 43, nº3, pp 289 – 305, USA.

De Villard, R. (1986). *Psicosis y autismo del niño: clínica y tratamiento*. Barcelona-México. Masson.

Del Río, J. (1997). *Lenguaje y comunicación en personas con necesidades especiales*. Madrid. Martínez Roca.

Eysenck, H. (1996) *Usos y abusos de la psicología: un psicólogo examina la validez de su ciencia en los asuntos humanos*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Fejerman, N. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires. Paidós.

Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Fuentes-Biggi, J (2006) *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*. REV NEUROL 2006; 43 (7): 425-438

Frith, U. (2004). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid. Alianza Editorial.

Garanto, J. (1984). *El autismo apuntes psicopedagógicos*. Barcelona. Editorial Herder.

Gómez, J., López, B., López, E. (1998). *Aplicaciones del Abordaje de la Teoría de la Mente a la Evaluación e Intervención de Niños con Autismo*. Disponible en <http://www.autismoespaña.es>

Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid. Alianza Editorial.

Jordan, R. y Powell, D. (1990) *The Special Curricular Needs of Autistic Children: Learning and Thinking Skills*, Londres. AHTACA.

Leahey, T. (2005) *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. México. Pearson/Prentice Hall.

Lovaas, I. (1984) *El niño autista: el desarrollo del lenguaje mediante la modificación de la conducta*. México. Distribuciones Fontamara.

Mair, H. (1976) *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears*. Buenos Aires. Amorrout.

Mannoni, M. (1985). *De un imposible a otro*. Barcelona-Buenos Aires. Ediciones Paidós.

Marchesi, A; Coll, C. y Palacios, J. (1999). *Desarrollo psicológico y educación. Psicología educativa (vol. II)*. Madrid: Alianza

Marzillier, J; Hall, J. (1997) *¿Que es la psicología clínica?* Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Valencia: Promolibro, 1997.

Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation.

Odoms, L., & Strainp, S. (1984) *Peer-mediated approaches to promoting children's social interaction: a review*. American Journal of Orthopsychiatry, 54,4,544-557.

Ojea Rúa, M. (2004). *El espectro autista. Intervención psicoeducativa*. Málaga. Aljibe.

Paluzsny, M. (2004). *Autismo guía práctica para padres y profesionales*. México. Editorial Trillas.

Papalia, D; Wendkos, S; Duskin, R. (2002) *Desarrollo humano*. México. McGraw Hill.

Powers, M. (1999). *Niños autistas guía para padres, terapeutas y educadores*. México. Trillas.

Ravenette, T. (2002) *El constructivismo en la psicología educativa*. Bilbao. Desclee de Brouwer.

Ritvo, E. (1976). *Autism, diagnosis currant research and management spectrum*. Publication Inc. Londo.

- Rivière, A. (1998). *Educación del Niño Autista*, en Mayor, J., *Manual de Educación Especial*. Madrid. Anaya, ed.
- Rivière, A. (2002). *El Autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo*, en Palacios et al, *Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del Desarrollo y Necesidades Educativas Especiales*. Vol 3, Alianza ed. Madrid, España.
- Riviere, A. y Martos, J. (1997). *El tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas*. APNA. Madrid.
- Rusell, J. (2000). *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. España. Editorial Médica Panamericana.
- Salazar, J. (2006) *Psicología Social*. México. Trillas.
- Sánchez, P; Canton, M; Sevilla, D. (1997) *Compendio de educación especial*. México. Manual Moderno.
- Sampedro, M. (2006) *Escalas de evaluación en autismo*. Acta Neurol Colomb Vol. 22 No. 2 Junio 2006
- Sibón, J. (1997) *Los Niños con Autismo o Alteraciones Graves de la personalidad*. Disponible en <http://www.autismoespaña.cl>
- Sigman, M; Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas*. Madrid. Ediciones Morata.
- Simons, J. (1987) *El niño oculto, el método Linwood para el tratamiento del autismo*. Estados Unidos. Ediciones de la Universidad Intercontinental.
- Strainp, S; Fox, J. (1981) *Peers as therapeutic agents for isolate classmates*. In A. EKAZDIN& B. B. LAHEY (E ds.), *Advances in Child Clinical Psychology (vol. 4)* Plenum Press. New York
- Tinbergen, N; Tinbergen, E. (1985) *Niños autistas nuevas esperanzas de curación*. Madrid. Alianza Editorial.
- Torres, M. (1986) *Psicosis y autismo del niño*. Barcelona-México. Masson.

Tustín, F. (1987). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona-México. Editorial Paidós.

Valdez, D. (2001). *Teoría de la mente y espectro autista*. Buenos Aires. Fundec.

Yunta, J; Palau, M; Salvadó, B; Valls, A. (2006) *Autismo: identificación e intervención temprana*. Acta Neurol Coloma Vol. 22 N. 2. Barcelona

Wing, L. (1998) *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. México. Paidós.

Wing, L. (1978) *La educación del niño autista "guía para padres y maestro"*. México. Paidós.

Wolpe, J. (1977) *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.

Zappella, M. (1992) *No veo, no oigo, no hablo: el autismo infantil*. Barcelona-Buenos Aires-México. Ediciones Paidós.