



**CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
FRAY ANDRÉS DE URDANETA**

NIVEL LICENCIATURA

CLAVE DE INCORPORACIÓN

UNAM 8853

PSICOLOGÍA

**EFFECTOS PSICOLÓGICOS SOCIOAFECTIVOS EN EL
NIÑO AUTISTA CON SÍNDROME ASPERGER UN
ENFOQUE HUMANISTA**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

VERONICA RAMÍREZ MARTÍNEZ

ASESOR: LIC. CARLOS EDUARDO CALVO GARCÍA



COACALCO, EDO. MEXICO, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Por supuesto a mis padres **CARLOS y LAURA** por su constante dedicación, comprensión y cuidados pero sobre todo por ser mis amigos incondicionales siempre les estaré agradecida por todo lo que han hecho por mí, nunca olviden que este trabajo fue siempre dedicado a ustedes los amo.

A mis hermanos **LAURA y CARLOS** por ser parte de mi triunfo gracias por siempre estar apoyándome en todo, felicidades a ambos por tener dos familias maravillosas ojala algún día pueda unirse la mía.

A ti **ISRAEL** por ser el motor de mi vida, te agradezco por ser mi cómplice en todo bueno y malo, por tener siempre el tiempo para escucharme y contribuir con tus ideas brillantes en este trabajo que también es tuyo, nunca has dejado que mi ánimo y mis ganas por hacer y aprender cosas decaiga, me has sabido impulsar a seguir adelante porque confías en mí, pero sobre todo por ser mi amigo e invitarme a caminar y crecer juntos, gracias por todo mi amor te amo.

A mis queridos **ALI, ARI, NAN, JUDITH, NOHEMI, LULÚ, ZORY, Miss ISA, CESAR, YOSH, PEPE y EMIR**, gracias por escucharme siempre con atención, por siempre confiar en mí, por ser mis compañeros de tantas aventuras ustedes son parte de este proyecto pero sobre todo son parte de mi vida los quiero y los respeto ojala siempre podamos estar juntos y que esta maravillosa amistad dure mucho.

A mis tías **LOLA, MARTHA, LULÚ, EMMA y ABUELITA** por darme todos aquellos consejos que me han hecho ser quien soy no las defraudaré las quiero.

A mis excelentes asesores **Lic. CARLOS CALVO, Lic. RICARDO POPOCA e Ing. RICARDO RAMÍREZ**, gracias por todo el apoyo que recibí de ustedes, pero sobre todo sus consejos, sin ustedes no hubiera podido escribir este agradecimiento, no creo que esto sea la despedida pero si así fuese gracias por comprometerse con este trabajo y conmigo reciban de mi gran cariño y respeto.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I Autismo

1.1 Definición y Concepto de Autismo	5
1.2 Signos Premonitorios del Autismo	9
1.3 Síndrome Asperger	12
1.4 Inicios del síndrome Asperger	16
1.5 Kanner y el Autismo	18
1.6 El Autismo visto desde la Psicología	22

Capítulo II Aspectos psicológicos en la familia del niño con Autismo Síndrome Asperger

2.1 La familia del niño autista	25
2.2 El niño Autista con síndrome Asperger y su Familia	30
2.3 Crisis y Sucesos Familiares	33
2.4 Vías de Atención Psicológica para las familias de niños con síndrome Asperger	36

Capítulo III La Teoría Humanista enfocada a los niños con Síndrome Asperger desde la Psicología

3.1 La Naturaleza de la Psicología Humanista	38
3.2 Los Psicólogos Humanistas	39
3.3 Carl Rogers	40
3.4 Abraham Maslow	46
3.5 El autismo visto desde el Humanismo	49

Capítulo IV Efectos Psicológicos y Socioafectivos en los niños con Autismo Síndrome Asperger

4.1 Dificultades Sociales	54
4.2 El Aspecto Cognitivo	57
4.3 Comunicación con su medio Ambiente	59
4.4 Vías de comunicación	61
4.5 Relación Madre e Hijo	65
4.6 Repercusiones psicológicas en el niño con Autismo síndrome Asperger	67

Capítulo V Metodología

5.1 Justificación	71
5.2 Delimitación del Problema	75
5.2.1 Objetivo General	76
5.2.2 Objetivo Especifico	76
5.3 Hipótesis	76
5.4 Variables	76
5.5 Diseño, Tipo, Control	78
5.5.1 Criterios de Inclusión	79

5.5.2 Criterios de Exclusión	79
5.5.3 Método	79
5.4 Procedimiento	80
5.4.1 Muestreo	82
5.4.2 Escenario	82
5.4.3 Materiales	82
5.4.4 Sujetos	82
5.6 Fases	83
Resultados	84
Conclusiones	92
Glosario	96
Bibliografía	99
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Los criterios de diagnóstico del autismo se han matizado y hecho más objetivos desde que Kanner describiera el síndrome por vez primera, por lo cual existe hoy en día una consistencia razonable en el modo en que este diagnóstico se aplica. Sin embargo, muchos niños no cumplen estos criterios, pero muestran algunos de los rasgos del autismo. Cuando existe un problema en el desarrollo del lenguaje, estos niños tienden a clasificarse como casos de disfasia de desarrollo (o de una determinada deficiencia específica del lenguaje), mientras que los que aprenden a hablar a una edad normal pueden ser diagnosticados con el síndrome de Asperger. Se argumenta que, en vez de pensar en categorías diagnósticas rígidas, deberíamos reconocer que el síndrome nuclear del autismo se difumina en otras formas más suaves del trastorno en las cuales el lenguaje o en comportamiento no verbal pueden estar desproporcionadamente deteriorados. (Kanner, 1943).

Antes de analizar varias categorías diagnósticas, es necesario responder a estas preguntas y dar alguna justificación del porqué usar etiquetas o tratar de entender porque es que se otorgan. Ha habido muchas críticas sobre el "modelo médico" de aproximación a los trastornos del desarrollo, considerándolo inútil en el mejor de los casos y contraproducente en el peor una vez que le ponemos una etiqueta a un niño, tendremos probablemente expectativas preestablecidas y podemos olvidar su individualidad.

Las categorías diagnósticas proporcionan asimismo una estructura para reunir información en un entorno clínico y son vitales si queremos investigar las causas probables y los medios apropiados para tratar los distintos trastornos.

Esto no quiere decir que debamos adoptar una aproximación no crítica a las etiquetas que actualmente se usan. Debemos considerarlos como un modo útil de resumir información, pero tenemos que estar alerta frente a la posibilidad de mejorarlos.

Argumentaré que en el caso de trastornos como el autismo, puede que sea necesario alejarse de una aproximación estrictamente categórica basada en el síndrome. Por último, debemos estar en guardia frente a los diagnósticos como concreción de los trastornos y no tratarlos como conceptos explicatorios.

En su primera descripción del síndrome (1943), Kanner afirmó que la condición que describía "era substancialmente diferente y única frente a lo que se había descrito hasta el momento". En este artículo, no intentaba especificar criterios de diagnóstico estrictamente definidos, sino que presentaba historias detalladas sobre los casos de ocho niños y tres niñas, anotando las siguientes características: 1. Incapacidad para relacionarse con la gente, incluyendo miembros de la propia familia del niño, desde su nacimiento. 2. Fracaso para desarrollar el lenguaje, o bien uso del lenguaje anormal, no comunicativo en su mayor parte. Se observaba la inversión pronominal en todos los niños que podían hablar (ocho casos) y ecolalia, preguntas obsesivas y uso ritualista del lenguaje en algunos de ellos. 3. Respuestas anormales frente a objetos y acontecimientos ambientales, tales como comida, ruidos altos y objetos móviles. Kanner consideraba que el comportamiento del niño estaba gobernado por un deseo obsesivo y ansioso por mantener la invarianza del ambiente, lo que implicaba una limitación en la variedad de la actividad espontánea. 4. Buen potencial cognitivo con una memoria mecánica excelente y resultados normales en el test no verbal de Seguin. 5: Normales desde el punto de vista físico. Algunos niños eran un poco patosos al andar, pero todos tenían una coordinación muscular fina buena.

En el primer capítulo se plantea a manera de reseña histórica y al mismo tiempo como parte de sustento teórico, cómo se origina el estudio del autismo así como su importancia y sus principales aportes a lo que se convertiría después en la principal guía para los estudios posteriores. Los primeros trabajos que se describen son los efectuados por el autor llamado Leo Kanner, con sus estudios sobre el “*Autismo infantil precoz*” y Hans Asperger con su “*Psicopatía Autística de la Infancia*” con lo cual lograrían una transformación a través del tiempo para que se diera un criterio diagnóstico en el autismo.

En el segundo capítulo abordaremos aquellos temas que refieren a la percepción de la familia como un principio generalizado, y sus efectos psicológicos y socioafectivos; en el niño con Autismo y dentro del cual los trabajos de Kanner se vuelven a retomar como fundamentos para el estudio del Autismo. Remarcando que para estudiar los efectos psicológicos y socioafectivos en la familia y en el niño con Autismo se requiere de tres componentes indispensables: la familia y el niño que ha sido diagnosticado con autismo, las crisis y sucesos familiares y por último las vías de atención psicológicas para la familia y el niño.

En el tercer capítulo se abordan aquellos fundamentos básicos de la psicología Humanista, los cuales también se dan a partir de los estudios por sus dos autores fundadores: Carl Rogers y Abraham Maslow los cuales refieren al Humanismo como una búsqueda de una concepción del ser humano más optimista y positiva que pudiera también dar cabida a los aspectos constructivos y creativos de hombre, para explicar mejor su comportamiento. De esta manera Maslow acuñó y planteó una concepción del ser humano en donde lo importante para su desarrollo como tal es que se confíe en él, se le ayude a descubrir y atender sus necesidades y con esto aprenda de su propia experiencia ((May R. 1972).

El Humanismo en nuestro siglo surge como una búsqueda de una concepción del ser humano más optimista y positiva que pudiera también dar cabida a los aspectos constructivos y creativos de hombre, para explicar mejor su comportamiento, la cual ha promovido ensayos y propuestas teóricas para estudiar al ser humano y sus necesidades desde esta perspectiva se retoma para la investigación del tema ya mencionado y que acredita un fundamento psicológico ya reconocido.

Finalmente se hablará en el cuarto capítulo acerca de los efectos psicológicos y socioafectivos en los niños con autismo síndrome asperger planteados, para poder observar en un estudio de caso de que manera se presentan así como de las necesidades educativas que surgen. Abordaremos de manera integral la relación madre e hijo y los estímulos proporcionados por el contexto que lo rodea así como las repercusiones psicológicas que se presentan o se pueden presentar.

Destacando además que son los efectos psicológicos y socioafectivos el punto clave de nuestra investigación. Por otra parte es muy importante tener claro a que nos referimos con el término “efectos psicológicos”, si queremos proponer una detección de los efectos psicológicos y socioafectivos en el autismo síndrome asperger es necesario mencionar sus conceptualización. Podemos definir a la Psicología como la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales (Davidoff, 2000).

A partir de esta definición muy sencilla pero amplia a la vez, los efectos parten de una causa que es generada en este caso por el diagnóstico de autismo y que hace referencia o corresponde a una forma de su conducta, es una expresión y que es nueva por lo que no se encuentra de manera directa en su entorno.

Va más allá de una visión determinista y mecanicista del hombre que lo define como esclavo de sus impulsos o del medio ambiente. De esta manera Maslow corresponde complementariamente a esta idea: ve al ser humano como el que tiene la capacidad de auto determinarse, de ser constructivo y autónomo, de elegir valores que incluso trascienden su propia supervivencia que es capaz de amar, de compadecerse ante el dolor propio y ajeno, de comprender a otro y comprenderse a sí mismo, de ofrendar su propia existencia sobre este planeta por causas personales que le son más significativas que su propia vida. Incluso cuestiona la adaptación y la sobre vivencia como los fines últimos del hombre. El ser humano, como lo dice May, "es la estructura singular de las potencialidades de cada individuo" (May R. 1972)

Y por ultimo en el quinto capítulo se abordara la metodología utilizada en este trabajo explicando a detalle cual fue el método de investigación que se eligió y las características del estudio de caso así como los resultados estadísticos obtenidos del mismo.

CAPITULO I

AUTISMO

1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE AUTISMO

El autismo es una entidad homogénea y bien definida (con un marco clínico unívoco, una evolución, una etiología y una terapéutica comunes...) sino un síndrome comporta mental observado en numerosos casos patológicos. Se caracteriza por: el inicio precoz; la carencia de interés y de relaciones frente a las personas (anomalías del contacto, “repliegue autista”); la utilización particular, la utilización particular no adecuada de los objeto; problemas globalizados aspectos del ambiente; anomalías psicosenoriales con frecuentes manifestaciones de auto estimulación (visuales, quinésticas).

Es frecuente que se observen otros problemas en estos mismos niños. Por eso es que hoy se distinguen: 1] los autistas puros (o “típicos”), que corresponden a la descripción inicial de Kanner, en los que la motricidad y la inteligencia, en especial, parecen bien desarrollados y en los que no hay ningún problema y en los que no hay ninguna afección medica reconocible (alrededor de una tercera parte de los casos); 2] loa autismos asociados a otros síntomas o afecciones (alrededor de dos terceras partes). Además comportamientos

autistas menos completos pueden estar asociados a otras afecciones (retardo mental, encefalopatías) que agravan la inadaptación de aquellos niños que podrían beneficiarse de los progresos realizados en este campo.

El diagnóstico de un síndrome autista y de su forma clínica sólo puede afirmarse excepcionalmente antes de los 18 meses o los dos años. Sin embargo, la mayoría de los casos empiezan desde el nacimiento y en el transcurso de los primeros meses. (Psicopatología del bebe).

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas. Por lo general no hay un periodo previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el periodo de normalidad no se prolonga más de allá de los tres años. (Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10).

A diferencia de Kanner, que hizo una clara distinción entre retraso intelectual y autismo, Rutter(1976) argumentó que ambos diagnósticos no se excluían mutuamente. Mediante tests convencionales de medición del CI para clasificar a los niños, se observó que la mayoría de los niños que cumplían los criterios de autismo tenían también retraso mental. Aunque esto parecía estar en contradicción con el artículo original de Kanner, hay que recordar que éste basó su observación sobre el buen potencial intelectual de los niños en el hecho de que éstos tenían buena memoria mecánica y habilidad para hacer rompecabezas.

Estudios posteriores mostraron que muchos niños autistas tenían estas habilidades, a la vez que eran muy limitados en otras áreas de funcionamiento.

La extensión del retraso mental asociado con el autismo afectará a la terapia y el pronóstico, pero el nivel del CI no es en la actualidad un factor que decida si el niño debe ser diagnosticado o no con autismo.

Aunque sus criterios diagnósticos también ha sufrido críticas (Waterhouse, Fein, Nath & Snyder, 1987), han sido ampliamente adoptados y han constituido la base para la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) publicado por la American Psychiatric Association en 1980 y revisado en 1987 (DSM-III-R). En esa última revisión, el término de "trastorno autista" reemplazó el de "autismo infantil", reconociendo tanto el hecho de que muchos trastornos autistas aparecen por primera vez en la niñez, como que el término de "autismo infantil" no resulta apropiado para los individuos autistas que maduran y se convierten en adultos.

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo) se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Puede darse una notable afectación de la práctica de comportamientos no verbales múltiples.

Puede existir una incapacidad para desarrollarse, incapacidad que puede adoptar 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 las convenciones de la interacción social. Puede estar presente una falta de reciprocidad social o emocional (p. ej., no participando activamente en juegos sociales simples, prefiriendo actividades solitarias o implicando a otros en actividades sólo como herramientas o accesorios «mecánicos»). Los sujetos que sufren este trastorno pueden prescindir de otros niños (incluyendo sus hermanos), carecer de todo concepto relativo a las necesidades de los demás o no percibir el malestar de otra persona.

También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto las habilidades verbales como 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 iniciar o sostener una conversación con otros, o una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o un lenguaje idiosincrásico.

Se observa una falta de juego usual espontáneo y variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales (p. ej., el tono de voz puede ser monótono o se formulan finales de frase con entonación interrogativa). Las estructuras gramaticales suelen ser inmaduras e incluir un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje. prescindiendo de su significado; repetición de rimas o de lemas comerciales) o un lenguaje metafórico (esto es, un lenguaje que sólo puede ser comprendido claramente por quienes están familiarizados con el estilo comunicativo del sujeto).

Los sujetos con trastorno autista cuentan con unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Pueden demostrar una preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, sea en su intensidad sea en sus objetivos; una adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales; manierismos motores repetitivos y estereotipados o una preocupación persistente por partes de objetos. Pueden insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse o alterarse ante cambios triviales. La alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo. (*Problemas de Aprendizaje 1996*).

1.2 SIGNOS PREMONITORIOS DEL AUTISMO

El autismo del niño ha sido individualizado por Kanner y descrito como una dificultad para establecer relaciones normales con las personas, un aislamiento, que hace desatender, rechazar, ignorar todo eso que el niño puede recibir del exterior; un deseo, en fin, de que todo quede sin cambio. Kanner consideraba inicialmente el autismo como una incapacidad innata para establecer un contacto afectivo. Posteriormente numerosos trabajos, entre los cuales también están otros de Kanner mismo, atribuyen el autismo a un rechazo materno.

Es evidente que existen en el autismo anomalías entre la relación madre-hijo, pero esto es una evidencia que sin embargo no debe confundirse con una explicación de esta patología. En cambio, la profundización del examen clínico y la utilización de exámenes complementarios permiten insistir hoy en los aspectos neurofisiológicos del autismo infantil, y especialmente en la existencia de problemas que preceden y modifican el establecimiento de las relaciones entre el niño y su ambiente.

Hoy es posible mejorar el reconocimiento de los signos premonitorios del autismo para precisar su diagnóstico e instaurar rápidamente, para estos niños, programas médicos y educativos adaptados.

Las técnicas exclusivamente clínicas empiezan a completarse con la instrumentación de exámenes complementarios. Por último, la comprensión de los mecanismos de estos disturbios supone que se hagan esfuerzos para determinar y analizar las múltiples afecciones que suelen estar intrincadas en esta sintomatología.

Los signos son variados y, cada uno tomado aisladamente, no patognomónicos. Es por tanto su reagrupamiento, su persistencia y, para alguno, su carácter particular, aunque no específico, lo que tiene algún sentido.

Entre cero y seis meses: indiferencia al mundo sonoro; anomalías de la mirada, estrabismo; anomalías del comportamiento demasiado tranquilo o demasiado excitado); formas atípicas y/o severas de problemas de sueño, de alimentación; ausencia de actitud anticipatoria¹ y globalmente anomalías de la motricidad y del vigor; hipotonía, hipo actividad, actitudes no habituales.

Entre los seis y los doce meses: desarrollo de hábitos extraños; actividades solitarias: juego de dedos y manos delante de los ojos, balanceos; utilización no habitual de objetos (raspar, frotar) ausencia de interés por las personas (carencia de contacto); pocas emisiones vocales o ausencia de ellas; confirmación de particularidades motrices: hipotonía (a veces hipertonía); hipo actividad (a veces excitación).¹

Entre uno y dos años: el no desarrollo del lenguaje se convierte en la mayor preocupación. Sus juegos son pobres, aparecen o se desarrollan estereotipos. La indiferencia habitual contrasta con ciertas fascinaciones muy

¹ Un niño normal adopta, a partir de los cuatro meses, una actitud visible por lo que toca a la cara y a la postura, cuando comprende que va a ser tomado en brazos o se lo va a poner sobre la mesa, etc

vivas (por movimientos, luces, música...). Algunos signos son evocadores pero inconstantes (automutilación).

Tales son los signos principales de esta patología precoz. Pero se estudian también ahora de manera más minuciosa las anomalías posturales; las anomalías perceptivas, especialmente la audición y la visión; las anomalías de las primeras emisiones vocales; los disturbios de la comunicación (mímica, gestos, actitudes) para la comprensión y la expresión de las emociones.

Estos niños tienen capacidades expresivas muy pobres y una dificultad para comprender las expresiones faciales de los demás. Por esto, todo sucede como si el niño no tuviera los medios para saber lo que debe hacer en una situación dada, puesto que no percibe los índices que le informan acerca de los sentimientos y las intenciones de otras personas.

Esta clarificación de los criterios diagnósticos fue ampliamente bienvenida como un paso para que los investigadores pudieran seleccionar niños con características comunes y comunicarse entre ellos teniendo claro que hablaban del mismo síndrome. Sin embargo, subsistían puntos difíciles cuando se trataba de aplicar estos criterios.

"En la infancia, estas deficiencias se manifestaron por una falta de caricias, falta de contacto ocular y respuesta facial, así como por indiferencia o aversión hacia el afecto y el contacto físico. Los adultos pueden ser tratados como intercambiables, o bien el niño puede agarrarse mecánicamente a una persona específica (DSM-III-R)".

Aparte de los problemas para decidir qué comportamientos constituyen características diagnósticas necesarias y suficientes, pueden darse desacuerdos cuando no se consigue apreciar cómo puede cambiar el cuadro clínico con la edad. Rutter (1978) afirmó explícitamente que el diagnóstico debería estar basad

en el comportamiento antes de los 5 años de edad, y la descripción del DSM-III-R anterior menciona específicamente que ésta es la manera en que la discapacidad social se manifiesta en la infancia. En su estudio original, Kanner (1943) describió cómo cambian los niños autistas cuando se hacen mayores:

"Entre los 5 y los 6 años, abandonan gradualmente la ecolalia y aprenden de modo espontáneo a usar los pronombres personales adecuadamente. El lenguaje se vuelve más comunicativo, al principio como un ejercicio de pregunta-respuesta y más adelante, con mayor espontaneidad en la construcción de frases. La comida se acepta sin dificultad. Los ruidos y los movimientos se toleran mejor que antes. Las rabietas de pánico disminuyen. La tendencia a la repetición adquiere la forma de preocupaciones obsesivas. Se establece contacto con un número limitado de personas, de dos formas: las personas se incluyen en la vida del niño en el mismo grado en el que satisfacen sus deseos, contestan a sus preguntas obsesivas, le enseñan a leer y a hacer cosas."

1.3 SÍNDROME ASPERGER

No se usa de modo generalizado el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, habiéndose hecho muy popular el diagnóstico de "síndrome de Asperger" para referirse a individuos con algunos rasgos autistas, pero que no encajan en todos los criterios del autismo (Tantam, 1988).

La descripción de este síndrome por parte de Asperger fue realizada un año después que la publicación original de Kanner, pero era mucho menos conocida. Los niños descritos por Asperger se caracterizaban por ser pedantes, con intereses obsesivos y un comportamiento social deficiente. Wing popularizó su trabajo en un artículo publicado en 1981, y observó que existían muchas similitudes entre el síndrome de Asperger y el de Kanner, lo cual dificultaba el saber si estaban describiendo el mismo síndrome con diferentes grados de severidad o trastornos distintos.

El punto de vista más popular parece el de que el "síndrome de Asperger" es un sinónimo del autismo de un tipo menos severo (Schopler, 1985). El pronóstico para el síndrome de Asperger es considerablemente mejor que para el autismo clásico. Por este motivo, varios especialistas (por ejemplo Wing, 1981; Howlin, 1987) han abogado en favor de usar el término de "síndrome de Asperger", aunque aceptando que las diferencias entre éste y el autismo pudieran ser simplemente una cuestión de grado. Tantam (1988) argumentó que, sin esta categoría, se dejaba a estos niños en un limbo diagnóstico, y en consecuencia, sus problemas no eran reconocidos ni se les proporcionaban cuidados para ellos, ya que sus déficits no eran lo suficientemente severos o extendidos como para ser considerados con los términos "autista". Gillberg (1989) encontraron que el síndrome de Asperger era cinco veces más frecuente que el autismo.

El término autismo tiene una historia atípica. Fue originalmente acuñada por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1911 para describir lo que él percibía como uno de los síntomas más importantes de la esquizofrenia, el aislamiento social. Autismo quiere decir literalmente "retirada a uno mismo", lo que parece describir el desapego activo que afectaba a algunos de sus pacientes. En 1940 cuando Leo Kanner en America y Hans Asperger en Austria comenzaron ambos a identificar la existencia del autismo separadamente atribuyeron a este término lo que ellos sintieron que describía lo que estaban viendo en los niños que trataban. En el caso de Kanner él comenzó desde la premisa de que esos niños estaban experimentando esquizofrenia infantil, aunque era consciente de que no exhibían todos los síntomas de la esquizofrenia y usó la frase autismo infantil para describir la condición. En el caso de Hans Asperger, él identificó un trastorno de personalidad que afectaba a algunos de los niños referidos por la clínica psiquiátrica infantil, pero él sentía que estaban descritos imperfectamente por el término autismo.

A diferencia de los pacientes psiquiátricos, los niños con autismo no presentan una desintegración de la personalidad. No son psicóticos, en cambio presentan un mayor o menor grado de psicopatología. Gillberg and Ehlers, en 1998 identificaron 4 áreas principales donde existía la controversia sobre la diferencia del diagnóstico. (Uta, Frith, 1998).

NIVEL DEL FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO:

La visión que el Síndrome de Asperger es autismo sin ninguna incapacidad del aprendizaje adicional es útil desde el punto de vista del diagnóstico para justamente hacer una distinción en estas circunstancias. Sin embargo, Asperger mismo dice que puede haber circunstancias inusuales donde una persona puede presentar el síndrome Asperger con problemas de aprendizaje. Es ampliamente reconocido que un autismo de alto funcionamiento no puede ocurrir en alguien con un C.I. por debajo de 65-70.

DESTREZAS MOTORAS

En tiempos recientes la visión de que el síndrome de Asperger solo puede ocurrir cuando hay dificultades adicionales con las destrezas motoras ha llegado a ser más destacado. Ciertamente Asperger era muy consciente de la prevalencia de problemas con las destrezas motoras en el grupo de personas que él trató de describir. Parece indicar que la mayoría de los niños con el Síndrome de Asperger experimentan una pobre coordinación y dificultades con el control de las destrezas motoras finas. Sin embargo, algunos niños con autismo de alto funcionamiento también tienen dificultades en esas áreas.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Es esta área la que probablemente causa la gran controversia. Ambos, CIE 10 y DSM IV, establecen que para diagnosticar el Síndrome de Asperger el desarrollo del lenguaje debe ser normal. Niños con autismo de alto funcionamiento pueden tener un retraso del lenguaje significativo. Sin embargo, las descripciones originales del trastorno establecen que las peculiaridades del habla y lenguaje son un rasgo principal del Síndrome de Asperger. A menudo el diagnóstico del Síndrome de Asperger es de hecho con un niño callado y ellos o sus padres pueden tener dificultad para recordar detalles del desarrollo del lenguaje siendo un niño.

EDAD DE COMIENZO

Un diagnóstico de autismo del alto funcionamiento y uno de Síndrome de Asperger puede ser hecho en un mismo individuo en diferentes etapas de desarrollo.

Algunos profesionales que realizan diagnósticos son de la opinión de que el Síndrome de Asperger no puede ser diagnosticado antes de que el niño comience en la escuela. Sin embargo, esto es porque algunas áreas, como los déficits en las destrezas sociales, no pueden ser aparentes hasta que un niño está mucho tiempo en un ambiente social.

Personas con Autismo del alto funcionamiento y Síndrome de Asperger están afectadas por unos impedimentos comunes a todas las personas con autismo. Ambos grupos son de Inteligencia normal o por encima de la media. Sin embargo, hay algunos rasgos como la edad de comienzo y los déficits en las destrezas motoras que pueden diferenciar estas 2 condiciones. Aunque los individuos con un diagnóstico de Síndrome de Asperger pueden diferir mucho unos de otros, todos comparten un grupo común de dificultades de base.

Es común que las personas con Síndrome Asperger desarrollen de manera muy intensa intereses más bien limitados e inusuales. Las personas con Síndrome Asperger tienen problemas "para ponerse en el lugar de los otros", o ver las cosas desde diferentes puntos de vista. Ellos se sienten mejor cuando solo tienen que enfrentarse a lo concreto y predecible.

A pesar de las dificultades en el dominio de las competencias sociales, los niños y niñas con Síndrome Asperger. Pueden tener importantes puntos fuertes: una inusual memoria mecánica, una extraordinaria concentración, aunque centrada en intereses limitados, un vocabulario extenso, conocimientos muy avanzados o habilidades en áreas de tecnología o ciencia.

1.4 INICIOS DEL SÍNDROME ASPERGER

En su momento, se les diagnosticó como un "desorden esquizoide de la personalidad" ya que los niños se asemejaban a descripciones de este trastorno en la literatura y en el CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1978), el esquema para diagnóstico en esos momentos usual. Este rótulo fue aplicado a condiciones ahora comprendidas en el Tipo A de desórdenes de la personalidad (psicopática, paranoide y esquizoide) del DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1991), salvo que nuestro grupo incluía niñas (Wolff & Chick, 1980). Se estimaba que los diagnósticos que se podrían considerar más apropiados para estos niños, son Asperger leve o desorden psicopático de la personalidad.

El Síndrome de Asperger es generalmente considerado como una forma de autismo y es llamado así por el psiquiatra alemán Asperger, quien fue el primero que describió sus características en 1940. Los niños con Síndrome Asperger tienen todas dificultades significativas que afectan la forma con la que ellos se relacionan y se comunican con los demás.

Las personas con Síndrome Asperger tienen problemas en las áreas de Interacción Social, Comunicación y falta de Flexibilidad Mental. Ellos pueden carecer de imaginación, pueden tener intereses muy obsesivos y limitados y pueden manifestar fuerte adherencia a rutinas. Para hacer un diagnóstico deben presentarse en cada una de esas áreas tipos específicos y grados de alteración.

Habiendo dicho esto, no obstante, hay que subrayar que hay mucha variación en la gravedad general de las dificultades experimentadas, y que la forma en que esas dificultades se manifestarán variará. También hay que resaltar que cada persona con Síndrome Asperger tiene una personalidad propia que se ha desarrollado a partir de experiencias individuales en su vida (igual que ocurre con todos nosotros).

Como el autismo, el Síndrome Asperger es el resultado de un problema orgánico y no de la forma en que es educado el niño/a. A diferencia de las personas con autismo clásico, las personas con Síndrome Asperger tienen menos problemas con el desarrollo del lenguaje y es menos probable que tengan dificultades adicionales de aprendizaje. Las bases fisiológicas del autismo y el Síndrome Asperger no están claramente comprendidas.

Los siguientes rasgos centrales eran característicos de estos niños:

I Soledad.

II Carencia de empatía y exteriorización de emociones.

III Sensibilidad aumentada en el tiempo con ideas paranoides.

IV Rigidez o terquedad mental, especialmente en la comprensión simple del seguimiento de actividades especiales.

V Formas inusuales o extrañas de comunicación (tales como alta o baja comunicabilidad, vaguedad y uso excéntrico de la metáfora).

Un rasgo adicional fue posteriormente descubierto, que Asperger también describió:

(VI) Una inusual vida de fantasía. Al igual que Asperger, se han encontrado muchos padres que tienen características similares de la personalidad.

Un hallazgo importante fue que los niños esquizoides crecen con un menor deterioro en el funcionamiento psicosocial que los individuos que normalmente tienen un diagnóstico de síndrome de Asperger (Tamtam, 1991), esto se asemeja a la descripción original de Asperger.

Por lo anterior, los objetivos primarios del psiquiatra o el psicólogo, sin embargo, son proveer a largo plazo apoyo para la familia mientras ellos superan el paso del niño por la escuela hacia la educación adicional y un trabajo, y a actuar como el defensor del niño en relación con la escuela y sus servicios psicológicos. Aquí, un diagnóstico de “síndrome de Asperger”, ahora familiar y aceptable, puede ser más útil para facilitar el acceso a los servicios más que la del indefinido rótulo de “desorden constitucional de la personalidad”, aunque los criterios del diagnóstico para el síndrome de Asperger pueden no estar complementados. Asperger encontró que la adaptación de los niños aumentó con la edad conforme las presiones para el ajuste, siempre mayores durante los años de escuela, tienen un final y ellos pueden encontrar sus propios lugares en la vida.

1.5 KANNER Y EL AUTISMO

Los criterios diagnósticos del autismo se han matizado y hecho más objetivos desde que el doctor en psiquiatra Leo Kanner describiera el síndrome por vez primera en 1943, por lo cual existe hoy en día una constante razonable en el modo en que este diagnóstico se aplica. Sin embargo, muchos niños no muestran estos patrones que se observan en el autismo.

Al existir un problema en el desarrollo del lenguaje se clasifican como casos de disfasia de desarrollo (o de una determinada deficiencia específica del lenguaje), mientras que los que aprenden a hablar a una edad normal pueden ser diagnosticados con el síndrome de Asperger.

En su primera descripción del síndrome, Kanner afirmó que la condición que describía "era substancialmente diferente y única frente a lo que se había descrito hasta el momento". En este artículo, no intentaba especificar criterios de diagnóstico estrictamente definidos, sino que presentaba historias detalladas sobre los casos de ocho niños y tres niñas, anotando las siguientes características: Wing (1988) ha sugerido que más que pensar rígidamente en términos de un síndrome discreto de autismo, de que existe un continuo de trastornos autistas. Se considera que el síntoma nuclear de este trastorno es la deficiencia social.

Los niños con esta deficiencia social se caracterizan por una tríada de déficits en reconocimiento social, comunicación social y comprensión social.

En cada uno de estos campos, se reconoce un amplio rango de severidad de la deficiencia. En la esfera de la comunicación social, por ejemplo, el niño más severamente afectado puede no hacer ningún esfuerzo en absoluto para iniciar un tipo de comunicación; los niños más moderadamente afectados pueden utilizar el lenguaje para alcanzar algún fin, tal como el conseguir un objeto; la forma más suave de deficiencia corresponde a dificultades sutiles para reconocer las necesidades de los interlocutores en una conversación. Wing consideraría que un niño está en el continuo autista si muestra esta tríada de deficiencias sociales, con independencia de la existencia o no de otros síntomas.

Sin embargo, observó que de hecho tienden a darse deficiencias en otras áreas, que coexisten con la tríada social, en concreto actividades repetitivas y estereotipadas, coordinación motora pobre y respuestas anormales a estímulos sensoriales. En lo que se refiere al lenguaje, el niño que presenta la tríada de deficiencias sociales tendrá por definición problemas en el aspecto pragmático del lenguaje. Además, pueden darse problemas con los aspectos más formales del lenguaje (gramática, fonología), asociados con las deficiencias sociales, pero hay muchos casos en que no se dan.

Kanner (1943) hizo unas descripciones detalladas sobre las anomalías en el uso del lenguaje en los niños autistas, pero consideró que la falta de habilidad para establecer relaciones sociales era el problema primario, del cual se derivaban las dificultades de lenguaje como síntoma. Muchos psiquiatras adoptaron el punto de vista de que, aunque el niño autista fracasaba en la comunicación, la capacidad subyacente del lenguaje estaba intacta. Rutter (1978) ha revisado los trabajos que ponen en cuestión esta postura, y ha concluido que, aunque la deficiencia del lenguaje no puede explicar todos los demás síntomas, los déficits sociales y de comportamiento se acompañan de discapacidades genuinas del lenguaje y de la función comunicativa. Al haber cambiado el concepto de los déficits de lenguaje en autismo, también han cambiado las actitudes sobre el papel del terapeuta del lenguaje. Cuando el autismo se consideraba como un trastorno puramente afectivo, la terapia de lenguaje era claramente irrelevante. Una vez que se constató la auténtica severidad de los déficits de lenguaje en los niños autistas, esta postura cambió espectacularmente, y se produjo un impulso masivo hacia el aprendizaje del lenguaje, con la esperanza de que si se superaban las dificultades verbales, se resolverían a su vez otros problemas.

Actualmente, se ha alcanzado una postura más equilibrada. Se reconoce que los niños autistas tienen unas dificultades del lenguaje que constituyen un foco válido para su remedio, pero es claro que las aproximaciones tradicionales que hacen énfasis en el dominio de las propiedades formales del lenguaje no son en absoluto apropiadas: el entrenar a los niños para hablar no va a implicar una transformación de su conducta. (*Lorna Wing y otros* “Autismo Infantil. Aspectos Médicos y Educativos” Ed. Santillana

Rutter (1985) ha observado que el asumir que el único lugar para educar a un niño que ha sido diagnosticado con autismo es una unidad especial para niños autistas constituye una postura rígida que no ayuda en absoluto.

Argumenta que hay que considerar el nivel y el patrón al decidir en qué lugar se va a educar al niño: algunos niños pueden progresar bien en una unidad para niños con deficiencias del lenguaje o con discapacidades mentales, o bien pueden asistir a un colegio normal, con el apoyo adecuado.

El artículo de Kanner fue publicado en Inglaterra donde ganó una gran atención. El término autismo infantil llegó a ser ampliamente utilizado y más niños fueron diagnosticados con esta condición. En el mundo de habla inglesa el trabajo de Hans Asperger fue grandemente ignorado. Sin embargo, en Europa él continuó realizando estudios e investigaciones y tuvo una influencia sobre la psiquiatría infantil.

En el caso del Síndrome de Asperger, su reconocimiento ha provocado su ubicación entre los trastornos del desarrollo en general y del trastorno autista en particular. Se ha demostrado que no tiene una existencia independiente, pero esto no desmejora los logros del Asperger en discernir algo muy especial en los niños descritos.

1.6 EL AUTISMO VISTO DESDE LA PSICOLOGÍA

El estudio a la vez precoz y multidisciplinario del autismo (psicológico, pedagógico, neurológico, psiquiátrico y pediátrico) ha modificado completamente los conocimientos sobre la clínica del autismo, pero también las concepciones sobre este tipo de perturbaciones del desarrollo, en efecto, los exámenes efectuados en el autismo del niño con métodos de los que no disponía Kanner.

Después de hacer evaluaciones precisas (exámenes psicológicos, evaluación del pre-lenguaje, evaluación de los problemas del comportamiento con ayuda de las escalas) se puede proponer un proyecto personalizado en función de las capacidades del niño, y de los déficit y problemas de comportamiento observados. Este programa educativo especializado implica sesiones en pequeños grupos, sesiones individuales: terapias de intercambio y de desarrollo, re-educación psicomotriz, re-educación orto fónica, psicoterapias, etc²

Si bien este trastorno se ha identificado en el plano de la psiquiatría es importante mencionar que en el campo de la psicología ha destacado por la constante búsqueda de nuevas técnicas y alternativas de tratamiento para las personas que padecen el trastorno Autista y el Autismo Síndrome Asperger

Describiendo esto, los niños y los adultos con síndrome de Asperger son propensos a desarrollar desórdenes secundarios del estado de ánimo. Esto puede deberse a sus dificultades para la integración social y porque tienen una dificultad considerable conceptualizando y manejando sus emociones. Cuando los psicólogos clínicos diagnostican desórdenes secundarios del estado de ánimo, necesitan saber cómo modificar los tratamientos psicológicos estándar para poder adaptarlos al inusual perfil cognitivo de las personas con síndrome de Asperger.

² LEBOVICI, S "PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ" (1995) México editorial SIGLO VEINTIUNO

El tratamiento psicológico primario para el tratamiento de los desórdenes de estado de ánimo y conductuales son muy variados. La terapia tiene varios componentes, siendo el primero una evaluación de la naturaleza y grado del desorden del estado de ánimo usando escalas de auto informe y la entrevista clínica.

El siguiente paso es la educación afectiva en el que se discute y se practican ejercicios para la conexión entre cognición, afecto y comportamiento y la forma en que los individuos conceptualizan las emociones e interpretan diversas situaciones.

Algunos niños o niñas con Síndrome Asperger pueden aparentar preferir su propia compañía. Ellos pueden tener una gran conciencia de su espacio vital mostrando signos de sentirse incómodos si otros están demasiado cerca. Muchos intentan a duras penas ser sociables, pero cuando se acercan a otros parecen ser socialmente torpes. Es posible que no miren a la persona a la que se están aproximando o puede que inadvertidamente den "señales erróneas". También pueden compensar sus dificultades siendo excesivamente formales.

Tienen grandes dificultades a la hora de interpretar las claves que les indican qué se espera de ellos en una determinada situación: es probable que se porten con un profesor de la misma manera que lo harían con sus amigos o con sus padres. También es probable que tengan problemas de enfrentamientos y que de forma involuntaria muestren comportamientos antisociales.

El niño con Asperger puede tener una fuerte predisposición a la pasividad, sobre todo cuando se cansa, se frustra o se estresa. Esta profunda falta de energía o habilidad para comenzar una tarea se ve en la escuela, en casa o en la vida social.

La pasividad puede incapacitar al niño con Asperger para la consecución de logros en la escuela. Sus padres llegan a comprender que él se paraliza cuando tiene que hacer contacto social con otros niños que se sientan en la mesa del comedor.

Por ultimo el terapeuta tendrá que estar informado del perfil lingüístico inusual que incluye dificultades con los aspectos pragmáticos del lenguaje, especialmente con los turnos que se establecen a la hora de conversar, cuándo y cómo interrumpir y el ser pedante. En comparación con otros pacientes que no tienen el síndrome de Asperger, ellos requieren más tiempo para procesar cognitivamente explicaciones y nuevas estrategias. Las personas que tienen síndrome asperger necesitarán un acercamiento claro, estructurado y sistemático con sesiones de prácticas cortas pero más frecuentes.

El niño autista no necesita tanto aprender a hablar como aprender a usar socialmente el lenguaje para comunicarse. Todavía se encuentran personas que consideran que la terapia de lenguaje no es apropiada para niños diagnosticados con autismo, pero esta actitud proviene generalmente de la falsa creencia de que los terapeutas de lenguaje se preocupan únicamente de la articulación y de los ejercicios gramaticales.

Es importante mantener contacto regular con las personas claves en la vida de las personas con síndrome Asperger para asegurar la exactitud y validez de sus descripciones sobre los sucesos y que las estrategias cognitivas son realistas para sus circunstancias. Finalmente, es importante establecer objetivamente si la terapia ha sido exitosa y qué componentes fueron particularmente valiosos.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON AUTISMO **SÍNDROME ASPERGER**

2.1 LA FAMILIA DEL NIÑO AUTISTA

El autismo más que un problema que afecte a una persona, es un trastorno incapacitante que afecta a toda la familia. Cuando los padres tratan de describir el vivir con un hijo autista, usan muy diferentes términos como: doloroso, molesto, difícil, normal, complicado, muy satisfactorio, hace madurar, desilusionante, traumático y otros muchos. Lo cierto es que cada familia, y dentro de ésta cada miembro de la familia, es afectado por el miembro autista de una manera diferente. El impacto que produce el autismo, además de variar en las familias, y en los individuos que las forma, cambian según en la etapa en la que se encuentren.

El efecto del autismo es similar al que produce cualquier otra incapacidad permanente en un miembro de la familia, por lo que varios aspectos que se tratarán aquí son comunes a varias discapacidades. Ciertamente el tener un hijo autista puede ser una de las experiencias más devastadoras para los padres en particular, también para los otros hijos.

Puede someter a la familia a graves tensiones y por momentos puede parecer el fin del mundo, pero no lo es, como tampoco es el fin de la familia. Muchos han logrado sobreponerse y sus experiencias ayudan a otros a enfrentar la mayor fuente de preocupación, que es el miedo a lo desconocido. Con frecuencia los padres se sienten mal por la diversidad e intensidad de los sentimientos que tienen respecto al hijo autista y a la situación que viven. Una ayuda eficaz puede ser el saber que estos sentimientos son normales, que otros padres los han tenido y que no es vergonzoso o malo tener estas reacciones, ni se es una mala persona por tenerlas (Mackeith, 1973).

Cada familia hace frente a este reto con su propio estilo, sin embargo, hay elementos comunes que vale la pena destacar, y que normalmente se presentan en las diferentes etapas. Mackeith (1973) describe cuatro períodos críticos de transición por los que pasan todas las familias: Al recibir el diagnóstico, Durante los años escolares, Adolescencia, Adulthood.

Turnbull, Summers y Brotherson (1983) proponen un modelo de sistemas familiares que hace énfasis en la interacción de los miembros de la familia. Este modelo persigue considerar a la familia como una unidad que puede ser comprendida sólo a través de sus componentes, destacando en cada uno los aspectos que favorecen o dificultan la adaptación ante un problema como el autismo.

La interacción (la familia), adaptabilidad (qué tan estable es la familia y cómo reacciona ante el cambio) y comunicación (grado de honestidad y franqueza) que la familia ha adoptado, y que en lo familiar, es el punto más importante del sistema familia. Los subsistemas (padre-hijo, hermanos, padres) interactúan según las reglas de cohesión (grado de cercanía entre los miembros

de la familia), adaptabilidad (qué tan estable es la familia y cómo reacciona ante el cambio) y comunicación (grado de honestidad y franqueza) que la familia ha adoptado, y que frecuentemente son impuestas directa o indirectamente por los padres.

En general, entre mayor sea el grado en que se presenten cohesión, adaptabilidad y comunicación, la familia se adaptará más exitosamente a la situación. Sin embargo, hemos de hacer notar que si el grado de cohesión llega a producir una sobrecarga de responsabilidades de cuidado del individuo autista en alguno de los miembros de la familia, puede producir tensiones importantes, particularmente en los hermanos que usualmente son depositarios de este papel (Fowle, 1968). La estructura familiar Incluye las siguientes características descriptivas como: cultura, religión, nivel socio-económico, número de miembros, lugar donde vive, creencias ideológicas y valores. En este sentido, existen varios factores que intervienen.

Taylor (1974) sugiere que las familias grandes se ajustan mejor que las pequeñas. Parece lógico pensar que en una familia de dos hijos, donde uno es autista, los padres tienden a colocar todas sus expectativas en el hijo sano. En familias más grandes, estas expectativas pueden distribuirse mejor entre varios hijos, con lo que se reduce la presión en uno solo. McHale y Cols (1984) concuerdan con lo anterior, siempre y cuando la familia tenga una situación económica adecuada. En este sentido, Grossman (1972) encontró que las familias de nivel medio a alto, tienen problemas para ajustar sus expectativas en relación con el hijo autista, sin embargo su situación económica les permite obtener servicios que alivian la carga que presenta el cuidado constante. Por el contrario, en las familias de nivel económico más bajo, la madre y hermanos tienden a estar sobrecargados por el cuidado del niño, causando un ambiente de tensión.

Es importante destacar el papel que desempeña el padre de familia en nuestra sociedad, que no permite la posibilidad de expresión de emociones.

Sin embargo, hemos encontrado que el organizar grupos exclusivamente de papás, ha logrado incrementar su asistencia y participación. Parece haber una resistencia particular a expresar sus emociones en la presencia de otras mujeres.

Finalmente Grossman (1972) afirma que las actitudes y expectativas de los padres, son un factor determinante en la forma como los otros hermanos perciban al hermano con autismo.

Al recibir el diagnóstico es frecuente que los padres hayan padecido un verdadero peregrinaje de un profesional a otro, antes de recibir el diagnóstico. Pudieron decirles que el niño es autista, que tiene conductas autísticas o que padece un trastorno generalizado del desarrollo. Independientemente de qué palabras sean utilizadas, suele ser un choque devastador para los padres que ya han pasado por meses o años de preocupación, desilusión y presentimientos poco descriptibles, pero claros, de que algo anda muy mal.

Un elemento distintivo del autismo, es el que facilita en la familia y en los padres en particular, la negación del problema. Debido a que en la mayoría de los casos el individuo autista parece físicamente "normal"; aunado al hecho de que es poco frecuente que los médicos detecten problemas fisiológicos que expliquen el comportamiento del autista, es común que los miembros de la familia se planteen individual o colectivamente la idea de que "no es tan grave, puesto que no se ve", o bien que "como no se ve, no existe una causa justificada, y por lo tanto el niño debe ser normal".

Las características propias del autismo favorecen en la familia la negación del problema, que puede ir desde el pretender que todo está bien y pasará con el tiempo, hasta formas de negación más sofisticadas, donde encontramos padres que acuden a servicios especiales para autistas y participan entusiastas, pero conservan en el fondo la idea de que todo esto se hace "mientras se compone". El efecto más grave de esta negación es que la familia posterga una serie de metas y actividades, para cuando la persona con autismo "se componga".

Es común que los padres se sientan incapaces, derrotados y paralizados, aun antes de comenzar. Tener un hijo autista puede ser un duro golpe a la autoestima y la confianza en sí mismos, por varias razones:

Primero, porque no saben cómo se es padre de un niño autista. Se enfrentan a conductas extrañas e inexplicables, reacciones impredecibles y necesidades para las que ningún padre está preparado. No hay reglas establecidas, ni modelos, ni experiencias previas que ayuden a saber qué se debe hacer.

También por la necesidad de ayuda especializada en el cuidado y educación del hijo, puede hacerlos sentir poco aptos como padres.

Por otra parte en casi todas las mujeres embarazadas surge en algún momento el temor, a veces oculto y otros manifiesto, de que su bebé no sea "normal" o "sano". En las madres de los niños autistas, esta pesadilla se convierte en realidad y surge la idea de que algo hicieron mal antes o durante el embarazo: la pastilla que tomaron, las clases de gimnasia, no haber dejado de fumar antes, algún problema hereditario, o cualquier otra razón, puede ser suficiente para explicar por qué el niño está mal, y quién es la (o el) culpable.

La culpa puede ser aun mayor por la enorme difusión que tuvieron las teorías que postulaban al autismo como causado por una inadecuada relación con los padres (particularmente con la madre) durante la primera infancia.

Aun cuando esta corriente está ya científicamente descartada, existen todavía personas, inclusive profesionales de la salud, que aconsejan, como Bruno Bettelheim en 1967, que lo mejor para el niño es alejarse de los causantes de su autismo: sus padres.

No importa qué tan intensa sea la culpa, la información y el sentido común ayudan a sobreponerse. Nada en la conducta de ninguno de los padres pudo haber causado el autismo de su hijo. Aun cuando pudiera encontrarse una causa genética, es claro que fue transmitida involuntariamente y que, de haberse conocido, se hubiera evitado el padecimiento que se presentó.

2.2 EL NIÑO AUTISTA CON SÍNDROME ASPERGER Y SU FAMILIA

En general, los niños crecen dentro de un contexto social que estimula el apego temprano con los padres, hermanos y abuelos y otros parientes que por lo regular están presentes. En otras palabras, el desarrollo emocional del niño por lo general no depende de las fuerzas y de las debilidades de un solo apego. (Grace J. Craig 2001)¹

La familia ha sido analizada desde diferentes perspectivas y cada una le asigna un valor de acuerdo a las funciones que cumpla, así es vista como una entidad que permite la socialización de los niños; como un espacio que cubre ciertas necesidades biológicas y reproductivas del ser humano y como la célula básica de la sociedad. Desde este trabajo la familia es una parte más de un sistema general que involucra la cultura, la clase social, comunidad, los medios

¹ [2](#) Grace J. Craig “Desarrollo Psicológico” McGraw-Hill octava edición 2001

masivos de comunicación y las instituciones educativas políticas, de salud y religiosas, que inciden atraviesan y algunas veces determinan el desarrollo de los seres humanos.

Es importante señalar que no todas las familias son iguales aunque parece que todas se rigen por la misma historia, ideología, patrones culturales y modelos a seguir.

Como podemos observar “existen una variedad de situaciones que en conjunto enriquecen el conocimiento sobre la familia, pero que además plantea la posibilidad de escribir una sola historia de familia (PILAR GONZALBO 1993), pues salta a la vista la diversidad de modelos familiares, no solo en la propia familia sino aun dentro de la sociedad, con sus diferentes niveles socioeconómicos y más aún en un país.

Desde la cotidianidad familiar se aprendió la comunicación o la incomunicación; el contacto corporal o su lejanía; la envidia, o la seguridad en sí mismo; la codependencia o la autoestima y por supuesto en términos de valores posibilita la sobrevivencia humana.

El autismo es uno de los trastornos del desarrollo más limitantes, tanto para la persona afectada como para la familia. En este trastorno se ven afectadas áreas y capacidades funcionales básicas para el ser humano como son la interacción social, el lenguaje y la comunicación, la flexibilidad mental comportamental y la simbolización.

A estas deficiencias se unen, en muchos casos, problemas asociados como el retraso mental, problemas de conducta, hipersensibilidad, y trastornos del sueño y alimentación. Este conjunto de alteraciones puede provocar graves modificaciones en la dinámica familiar y generar necesidades importantes en todos los ámbitos.

Es importante destacar la importancia de los padres como subsistema, dentro del sistema familia. Son ellos los que prácticamente definen el devenir emocional y la estabilidad de todos los miembros.

Cabe mencionar que si bien es normal que se pase por diferentes reacciones cuando se tiene un hijo con autismo, en ocasiones estos estados de ánimo se convierten en un modo permanente de actuar y cada uno de los padres puede adoptar diferentes roles o papeles, que fundamentalmente pueden ser: negador, ya se ha analizado la negación y lo dicho es aplicable a este papel.

El padre funciona permanentemente con la idea de que todo está bien, y pasará con el tiempo. Auto-Compasivo: en este caso, el padre siente una gran pena por el hijo y sobre todo por encontrarse él mismo en esta situación. Es recurrente la pregunta "¿Por qué a mí?", y se siente abatido por lo que le pasa. Con frecuencia se encuentra en un estado depresivo muy paralizante, que le impide actuar eficientemente y apoyar el resto de la familia; Protector: este papel es adoptado frecuentemente como contraparte de cualquiera de los dos anteriores, y el padre sobre- protege al hijo autista, pero sobre todo, protege al padre negador o auto-compasivo de sus propias frustraciones.

Por otra parte los hermanos de un individuo autista son, antes que nada personas. Tienen los mismos problemas y preocupaciones que los demás, aunado a una carga adicional inevitable que implica esta relación especial, que tiene ciertas características distintivas: es una relación de por vida, existe un lazo biológico, comparten los mismo padres y son fuente de seguridad y consuelo mutuo. Si bien es normal que se pase por diferentes reacciones, en ocasiones estos estados de ánimo se convierten en un modo permanente de actuar y cada uno de los padres puede adoptar diferentes roles o papeles.

Sus vidas son diferentes a las de otros, por las presiones y problemas que conlleva el vivir con un individuo autista. Necesitan saber que los demás (particularmente los adultos) entienden su situación particular y están dispuestos a escuchar y ayudar.

No deben ser comparados con otros niños; necesitan desarrollar una identidad propia, independiente de la familia y de sus otros hermanos. Aunque esta es una necesidad común a cualquier hermano, puede estar intensificada por la presencia del hermano autista y por la estructura que la familia ha desarrollado para atender las necesidades de éste. Powel y Ahrenhold (1985).

2.3 CRISIS Y SUCESOS FAMILIARES

Sabemos que existe una serie de momentos significativos o etapas a lo largo del ciclo vital -proceso diagnóstico, etapa educativa, adolescencia y etapa adulta- en los que la familia debe afrontar situaciones específicas y nuevos retos a los que tiene que ir adaptándose. Pero, ¿cómo se produce el "proceso" de adaptación familiar? ¿Qué factores intervienen y cuáles son sus interrelaciones e influencias sobre el resultado final de adaptación?

El peor enemigo de los padres durante la etapa inicial del desarrollo de un niño autista son muchas veces los diagnósticos erróneos. Estos retrasan el proceso de tratamiento y terapias. No existen parámetros que a simple vista definan el trastorno autista. Únicamente la observación del desarrollo del niño día a día y la historia que ofrecen los padres son elementos básicos para conocerlo. No existen dos niños autistas iguales.

El papel de los padres y educadores es de suma importancia. Son ellos, las personas quienes les acompañarán durante su trayectoria y los guiarán para sobrepasar los problemas frecuentes de adaptación social y generalización de destrezas aprendidas en la escuela.

Es importante que los padres se involucren en actividades para que el aprendizaje adquirido, las experiencias y enfoque puedan ser utilizados en el hogar, la escuela y más adelante en la sociedad.

Algunas veces requieren de ayuda profesional para entender y manejar sus propias reacciones frente al problema. Con frecuencia los grupos de hermanos son de gran ayuda, pues se da rápidamente una especie de alianza o complicidad muchas veces implícita, al compartir el mismo "problema".

El enojo es una resultante natural de la culpa: ¡alguien tiene que ser el culpable de lo que sucede al hijo! El enojo va contra todo: con los doctores, por no encontrar cura; con los educadores, por no lograr que aprenda; con el esposo(a), porque no es capaz de aliviar el dolor; contra otros padres, porque no aprecian la normalidad de sus propios hijos; contra su hijo enfermo, por ser autista.

En esos momentos, los padres sienten que nadie puede comprender lo que les pasa y alguien tiene que "pagar" por esta situación tan injusta. El enojo sirve sobre todo, para ocultar el dolor y la tristeza. Con frecuencia los padres se sienten menos vulnerables estando enojados, que estando triste.

Negación, impotencia, culpa, enojo y duelo son reacciones normales ante el autismo. Aun cuando suelen ser más intensas al momento de recibir el diagnóstico, se presentan muchas veces, inclusive cuando los padres piensan que ya han aceptado la condición de su hijo. Estos padres estarán siempre sujetos a mayor tensión que otros padres, y deberán constantemente hacer frente a intensas y contradictorias emociones.

Ya se ha analizado la negación y lo dicho es aplicable a este papel. El padre funciona permanentemente con la idea de que todo está bien, y pasará con el tiempo.

La importancia de los padres como subsistema, dentro del sistema familia. Son ellos los padres los que prácticamente definen el devenir emocional y la estabilidad de todos los miembros.

El padre que se siente culpable en este caso, uno de los padres se adjudica explícita o implícitamente la culpa de que el hijo sea autista, y dirige todos sus esfuerzos para "pagar" esa culpa. El sentido de cobrador es usualmente la contrapartida del "culpable" y de una forma clara o encubierta, cobra a su pareja el haber tenido un hijo autista. Pueden darse diferentes combinaciones de roles en la pareja: negador-negador, negador- protector; auto-compasivo- protector; etc. Cualquier combinación es una forma de evadir la realidad dolorosa y puede aliviar la pena, pero impide una clara comunicación y produce resentimientos en ocasiones insalvables, en los demás miembros de la familia.

La incapacidad de soportar que el otro se ausente (se asemejan a las crisis de celosía producto del no cuidado del educador), por lo que podemos decir que el otro funciona como ordenador de las percepciones y de lo vivido.

La investigación realizada, cuyo primer informe se ha publicado bajo el título "Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista" en la revista *Psicothema*, vol.18, nº3², trata de dar respuesta a algunas de estas cuestiones, con el fin de conocer qué aspectos favorecen una buena adaptación y así poder trazar líneas de intervención que mejoren la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias.

“En la revisión de las investigaciones realizadas en torno a las familias de personas con autismo, se puede observar que buena parte de los estudios se

² “Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista” REVISTA ELECTRONICA PSICOTHEMA , vol.18, nº3 Psicothema.com

dirigen al análisis del estrés familiar. Los resultados demuestran que las familias de personas con autismo presentan niveles de estrés más elevados que los padres con hijos con otros trastornos: retraso mental y síndrome de Down (Holdroyd y McArthur, 1976), hiperactividad y desarrollo normal (Oizumi, 1997) trastornos de aprendizaje y retraso mental (Konstantareas, 1991), síndrome de Down y desarrollo normal (Belchic, 1996) y grupo control sin trastornos (Cuxart, 1995)". Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones realizan un análisis parcial de los factores que influyen sobre el estrés, estudiando relaciones directas entre las variables y el estrés de los miembros de la familia.

2.4 VÍAS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA FAMILIAS DE NIÑOS CON SÍNDROME ASPERGER

Consideramos muy importante darles información clara, directa y a su nivel, que responda a todas las interrogantes que se plantean respecto a su hermano, la familia, ellos mismos, la escuela, los tratamientos, etc. Normalmente requieren de diferente información según pasan los años, y es importante tenerla a su disposición.

Desde el punto de vista psicológico existen varias vertientes para el tratamiento del autismo, el trastorno autista, puede ser tratado con terapia para que los síntomas no se agraven y ayudar al sujeto, a formar lentamente su estructura cognitiva. Este trastorno es tratable pero no curable. Siguiendo esta lógica, la terapia del autismo tiene como meta volver consiente, activo y real aquel "sentido de ser" que el autista percibe en sí mismo, si bien en forma no muy clara, deformada e indescifrable.

La psicoterapia es una experiencia catártica profunda que termina con el abandono de sí mismo para descubrir, a través de la experiencia del espejo (Jaques Lacan, 1981) la espontaneidad y la identificación que se corresponden al Yo-ideal y que sostienen toda la vida psíquica y su dinámico devenir.

Esta fuerza interna que puja desestabiliza las líneas del desarrollo y el resultado es el cuadro autista, por otro lado la intervención psicoterapéutica es capaz de restablecer el equilibrio y de activar el proceso de crecimiento psico-mental.

El autismo, por sus características psico-patológicas forma parte de la categoría de las "alteraciones específicas del desarrollo psico-mental.

Sin embargo, en el autismo son sujetos excesivamente presentes y atentos a la presencia del Otro, del cual defenderse, teniéndolo lejos. Esto se evidencia claramente en los autistas graves que, a pesar de su propia lejanía, participan empáticamente y en un modo totalmente subjetivo, por lo que podemos decir que los niños pueden "tocar" todos sus juguetes, sin poder jugar con ninguno y es porque la actividad lúdica se transforma siempre en una "dramatización" (siempre lanzan los objetos o bien los rompen mientras tratan de mantener las distancias).

Así también se puede entender porqué la alteración autista es intrapsíquica ("conflicto-incluido, así lo define Winnicott) y adquiera siempre un aspecto enigmático en el sentido que es atendible, pero difícil de enfrentar.

En el siguiente capítulo veremos la condición del ser humano y como es la perspectiva el autismo desde este sentido intrapsíquico por el contexto que lo rodea y la psicología humanista que opina al respecto.

CAPITULO III

LA TEORÍA HUMANISTA ENFOCADA A LOS NIÑOS CON SÍNDROME ASPERGER DESDE LA PSICOLOGÍA

3.1 LA NATURALEZA DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA

El término humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. El humanismo resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo (socialista, existencialista, científico, etc). El humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, y también como un método. Por ejemplo, el humanismo entendido como método está presente en la psicología de William James, quien rechazó todo absolutismo y toda negación de la variedad y espontaneidad de la experiencia y, en consecuencia, reivindicó flexibilidad al describir la riqueza de lo real, aún a costa de perder exactitud. Para el enfoque humanista los conocimientos relevantes sobre el ser humano se obtendrán centrándose en los fenómenos puramente humanos tales como el amor, la creatividad o la angustia. Para referirse al enfoque humanista en psicología se utilizan los títulos: psicología humanista, psicología existencialista, psicología humanístico-existencial.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

3.2 LOS PSICÓLOGOS HUMANISTAS

Los primeros psicólogos autoproclamados humanistas tenían un sentido amplio, que entienden al ser humano, el objeto y método de la psicología, la patología y su tratamiento claramente relacionados con la tradición filosófica humanista. Los psicólogos humanistas surgen en la primera mitad del siglo XX: en algunos aspectos, la obra de William James y, en Europa, Ludwig Binswanger y Medar Boss.

En cuanto a la crítica al mecanicismo y reduccionismo de la psicología en tanto ciencia natural, y su propuesta de poner énfasis en la intencionalidad del ser humano, como individuo total, se puede citar a Franz Brentano y su concepto de intencionalidad, a Oswald Külpe con su antielementarismo, a Wilhelm Dilthey y a William James con su estudio sobre la conciencia y la introspección.

Para Binswanger el punto de partida para comprender la psicología humanista y la personalidad es la tendencia humana a percibir significados en los sucesos y, por ello, ser capaz de trascender las situaciones concretas. Su énfasis en la importancia de la descripción ha dado lugar a que una de sus principales aportaciones sean las descripciones de los “mundos” de los esquizofrénicos y de las “formas frustradas” de existir (la extravagancia, el retorcimiento, el amaneramiento,)

Estas ideas han influido en la terapia que se da dentro del humanismo de nuestros días, y en el afán por desarrollar con rigor una teoría de la personalidad que ayudase tanto a la terapia como a la investigación. Un concepto central en la psicología de Rollo May: el dilema del hombre. *Se origina en* la capacidad de éste para sentirse como sujeto y como objeto al mismo tiempo. Ambos modos de experimentarse a sí mismo son necesarios para la ciencia de la psicología, para la psicoterapia y para alcanzar una vida gratificante.

La presencia de la psicología humanista es una minoría estable de psicólogos que se declaran humanistas; además, es clara la influencia de algunos principios de la psicología humanista en campos como la educación o en los estudios sobre el efecto de la relación terapeuta-paciente en el resultado de la terapia. Pero sin duda cuando se habla de la psicología humanista y sus principales aportaciones no podemos dejar de pensar inmediatamente en Carl Rogers y Abraham Maslow, los llamados padres del humanismo.

3.3 CARL ROGERS

Carl Rogers es uno de los autores más conocidos del movimiento humanista. Su método terapéutico, la terapia centrada en el paciente, o terapia no directiva, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento auto dirigido. El terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que el paciente pueda explotar dichos medios. Dos rasgos principales de la terapia centrada en la persona

- La confianza radical en la persona (paciente).
- El rechazo al papel directivo del terapeuta

Pero para Rogers el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si la infancia no la estropea, puede dar como resultado una persona plena: abierta a nuevas experiencias, reflexiva, espontánea y que valora a otros y a sí mismo. La persona inadaptada tendría rasgo opuesto: cerrada, rígida y despreciativa de sí mismo y de los demás.

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia: las tres principales son la empatía, la autenticidad y la congruencia. Y es este punto precisamente el que dentro del autismo nos puede servir para proporcionar al niños con autismo y a sus propios familiares, las herramientas para poder tener una independencia y una autoayuda por las características del problema.

Rogers quiso comprender y describir el cambio que sufre el paciente cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta:

- Se produce una relajación de los sentimientos: de considerarlos como algo remoto se reconocen como propios y, finalmente como un flujo siempre cambiante.
- Cambio en el modo de experimentar: de la lejanía con que primero experimenta su vivencia se pasa a aceptarla como algo que tiene un significado, y al terminar el proceso el paciente se siente libre y guiado por sus vivencias.
- Se pasa de la incoherencia a la coherencia: desde la ignorancia de sus contradicciones hasta la comprensión de las mismas y su evitación.

Cambia igualmente su modo de relacionarse con los demás: desde la evitación a la búsqueda de relaciones íntimas y de una disposición abierta. La propuesta de Rogers está dentro la psicología humanista, Rogers con el: Enfoque Centrado en la Persona y el enfoque de la psicoterapia Gestalt, encierran en gran medida los siguientes aspectos.

LA TENDENCIA ACTUALIZADORA

Plantea la existencia en el universo de una “propensión permanente hacia un orden creciente y una compleja capacidad de interrelación” (Rogers, 1987, pag.71), que recibiría el nombre de sintropía o tendencia mórfica. El enfoque personalizado está apoyado en la confianza básica en los seres humanos y en todos los organismos por la existencia en ellos de una tendencia actualizadora, expresión de la sintropía por la cual el organismo avanzaría hacia “su propia realización, su autorregulación y la independencia del control externo”(Rogers, 1987, pag.65); esta tendencia“ es selectiva y direccional, es decir, constructiva”(Rogers, 1987, pag.66) y explicaría “toda la gama de conducta y el desarrollo humano” . Las tendencias que parecen contravenir a la actualización serían “expresiones neuróticas o pervertidas de la tendencia realizadora, que se originan en un estado de incongruencia”(Frick, 1973, pag.170).

La tendencia a la actualización surge a pesar de las condiciones adversas, pero se expresa de mejor forma en la medida de que el organismo y el ambiente esté en armonía con lo cual “el organismo se enriquece y satisface sus potenciales” (DiCaprio, 1989, pag.324); en los seres humanos, destaca entre estos el potencial del desarrollo del yo, como “deseo de establecer nuestra identidad o de conservar nuestro amor propio.” (DiCaprio, 1989, pag.324). Lo relevante es que la realización del yo es una de las principales fuentes de motivación, junto a las necesidades del organismo y las condiciones del ambiente; el desarrollo del yo cada vez impone más sus requerimientos de motivación, lo que contribuye al bienestar de la persona.

Las personas que logran manifestar de manera adecuada la tendencia actualizadora “desarrollan una mayor autocomprensión, una mayor confianza en sí mismos y una mayor habilidad para elegir su conducta.

El centro de la teoría de la personalidad de Rogers se basa en el desarrollo del concepto del sí mismo, definido como “las tendencias, el sentimiento emocional y las ideas que el individuo reconoce, interpreta y valora como propios” (Frick, 1973, pag.167-168). Este concepto del sí mismo, según Rogers, siempre busca alcanzar la unidad y la totalidad, para alcanzar la coherencia del sí mismo; sería una de las necesidades primarias del organismo el alcanzar el estado de congruencia, entendido este como la adecuación entre experiencia y percepción.

El tipo de correspondencia que se tenga entre el concepto real y el concepto ideal del yo es variable de persona en persona. Lo que nosotros pensamos de nosotros mismos es importante en nuestra conducta, pues siempre la persona trata de conscientemente, de comportarse de una manera consistente con la concepción del yo. Cuando se produce una diferencia significativa entre los conceptos reales e ideales del yo se ocasionará, según Rogers, una anomalía en la expresión del comportamiento y la personalidad de una persona.

Cuando hay discrepancia entre el concepto del yo y las experiencias reales del yo se produce lo que Rogers llama la incongruencia, que sería la “discrepancia entre el concepto del yo y las experiencias reales del yo” (DiCaprio, 1989, pag.328). Cuando se produce la incongruencia, la persona tiende a expresar sentimientos y emociones negativas; en estos casos, el concepto del yo pronto se encuentra distorsionado y alejado de las necesidades reales del yo, y esto trae como resultado la frustración ya que “en gran medida su conducta y los sentimientos que experimenta son irreales y no se originan en las verdaderas reacciones de su organismo, sino que son sólo una fachada” (Rogers, 1984, pag.105).

La capacidad de desarrollo y potencialidades de las personas se ven gravemente afectados cuando el concepto del yo se encuentra distorsionado o mal conformado. La falta de expresión plena de las potencialidades trae consigo a la persona problemas físicos o psicológicos lo que se ve muy bien en las relaciones interpersonales, las cuales están en gran medida determinadas por las variables en el concepto del yo. Rogers atribuye muchas anormalidades a conceptos defectuosos del yo. Cuando una persona busca fuera de sí mismo, no puede saber cuáles son los requerimientos verdaderos del yo y, por lo tanto, no los puede satisfacerlos como también es el caso de las personas que tienden acomodarse complacientemente con los demás, lo que tiene como consecuencia que nunca pueda expresar de manera libre sus impulsos y sus sentimientos.

Todos estos síntomas de anormalidades producto del concepto defectuoso del yo no se pueden tratar directamente, sino que se las tiene que hacer desaparecer ayudando a la persona a descubrir que la expresión de su yo real en el conocimiento de las experiencias sensitivas y viscerales que le permitirá ser una persona funcional al no distorsionar la experiencia; cuando en las experiencias interpersonales y en la terapia se dan las condiciones necesarias, la persona puede sentir positivamente hacia sí mismo. Este sentimiento positivo se puede incorporar a el concepto del yo y ampliarlo, obteniéndose así una imagen más real de su personalidad con lo cual “la concepción del yo será más congruente con el yo real” (DiCaprio, 1989, pag.329); la expresión de sus sentimientos reales se hará más plena y se sentirá menos manejado por ellos, de tal forma que puede vivir apoyado en esos sentimientos suyos, abandonando sus muros defensivos y estableciendo verdadera con las otras personas.

EL ENFOQUE PERSONALIZADO

Rogers habla de un tipo de relaciones interpersonales - que pueden ser tanto las de la terapia como otras - que sería el más adecuado para la expresión de las tendencias a la actualización y al logro de un concepto del yo integrado; este sería el llamado enfoque personalizado, también denominado terapia centrada en el cliente o terapia no directiva, en el cual los recursos personales pueden ser alcanzados, al crear un ambiente “definible de actitudes psicológicas facilitarías” (Rogers, 1987, pag.61); las personas poseerían en su interior muchos recursos auto comprensivos, con los cuales puede modificar los conceptos propios, las actitudes básicas y la conducta auto dirigida.

Para que una relación interpersonal sea un estímulo para el crecimiento, tienen que estar presentes tres condiciones, las que se aplican a cualquier situación en la que se fija como objetivo el desarrollo de las personas, pero en especial medida a la psicoterapia: la autenticidad del terapeuta, la aceptación de éste de la persona del paciente y la capacidad del terapeuta para entender los procesos internos del cliente.

Durante la terapia, el paciente experimenta diversas experiencias; en este proceso se pueden producir cambios de rumbo, momentos de inestabilidad, el sacrificio de ciertos logros anteriores o la confrontación con los errores cometidos.

En una primera etapa, en el proceso de exploración de las actitudes, el paciente comienza a sentir por primera vez que este proceso en el que está comprometido implicará cambios propios de una índole que no había sospechado. Teme, a la vez que desea, este cambio al que percibe oscuramente. A medida que los elementos de la experiencia rechazados acceden a la consciencia, es necesario un proceso que concebimos como la reorganización de sí mismo.

La imagen de sí del cliente debe modificarse para incluir otras nuevas percepciones de la experiencia. Esto puede implicar un cambio ligero cuando las experiencias negadas son sólo levemente incoherentes con el sí mismo - provocando un pequeño malestar - o una reorganización más drástica, en la cual el sí mismo y sus relaciones con la realidad cambian tanto que pocos aspectos siguen intactos. En el caso de la reorganización radical, total, el paciente puede atravesar las más devastadoras tormentas del dolor, y una confusión total y caótica. Ya en las últimas fases, cuando la zozobra ha concluido, el cliente puede sentir de manera vívida la experiencia, puede usarla como referente claro para hacer constructos personales más reales y flexibles, compatibilizando la imagen del yo con su yo real en un proceso continuo.

3.4 ABRAHAM MASLOW

Maslow una de las figuras más conocidas de la psicología humanista, comparte con otros psicólogos humanistas la propuesta de un sistema holístico abierto a la variedad de la experiencia humana y, por tanto, el rechazo del uso de un método único para el estudio de esta diversidad. Propone integrar el conductismo y el psicoanálisis en sistemas más amplios.

Tuvo gran interés por las personas humanamente excepcionales, lo que le llevó a una visión del hombre que muestra lo que puede llegar a ser y lo que se puede frustrar.

El concepto central en la psicología de Maslow es el de autorrealización, entendida como culminación de la tendencia al crecimiento que Maslow define como la obtención de la satisfacción de necesidades progresivamente superiores y, junto a esto, la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores.

Maslow establece su jerarquía de necesidades, la más conocida de sus aportaciones. Rechazó las teorías de la motivación que partían de determinantes únicos de la conducta, proponiendo una teoría de determinantes múltiples jerárquicamente organizados. Niveles:

1. Necesidades fisiológicas (comida, agua, sueño), necesidades que aún perteneciendo a este nivel tan básico tienen un componente de individualidad.
2. Si estas necesidades fisiológicas son razonablemente satisfechas aparece el segundo nivel: las necesidades de seguridad.
3. Necesidades de pertenencia y amor. La frustración en este nivel es la principal causa de los problemas humanos de ajuste.
4. Necesidades de estima, que incluirá la necesidad de sentirse competente, de ser reconocido por los propios logros y de sentirse adecuado.
5. Finalmente el hombre se abre a las necesidades de desarrollo, de autorrealización

El proceso que lleva a la autorrealización culmina en lo que Maslow llama “experiencia cumbre”, que se siente cuando se alcanza una cota como ser humano, un estar aquí y ahora “perdido en el presente”, con la conciencia de que lo que debería ser, es. Estas experiencias son perfectamente naturales e investigables y nos enseñan sobre el funcionamiento humano maduro, evolucionado y sano.

Maslow identifica la sanidad, la autorrealización y la creatividad. Cuando el proceso hacia la autorrealización se corta, aparecen reacciones desanimadoras, compensatorias o neuróticas y la conducta se focaliza hacia la evitación impidiendo el desarrollo autónomo.

LA JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW.

El desarrollo de la personalidad humana se realiza a partir de una necesidad o impulso supremo. Maslow abandona tanto el concepto de impulsos múltiples en la motivación humana, tanto como los conceptos de homeostasis o reducción del impulso, para sugerir una tendencia intrínseca al crecimiento o auto perfección, una tendencia positiva al crecimiento, que incluye tanto los motivos de carencia o déficit como los motivos de crecimiento o desarrollo.

Maslow plantea entonces dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana (de ahí el nombre de instintoides que Maslow les da).

La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, cuáles serían las necesidades de auto actualización (self-actualization) y las necesidades de trascendencia.

Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía; “un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer” (DiCaprio 1989, pag.364). Solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores - aunque lo haga de modo relativo- , entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores, y con eso la motivación para poder satisfacerlas; a medida que la tendencia positiva toma más importancia, se experimenta un grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización.

Para Maslow, el convertirse plenamente en humano implicaría la aceptación de satisfacción de las necesidades instintivas determinadas por nuestra base biológica, lo que permitiría, tras satisfacer las tendencias que nos unen con el resto de la humanidad, descubrir lo idiosincrático, lo que nos distingue del resto de los seres humanos, el descubrir los propios gustos, talentos determinados por nuestra herencia, para concretizarlos - elaborarlos - en base al trabajo esforzado; en palabras de Maslow : “la manera en que somos distintos de las demás personas también se descubre en esta misma búsqueda personal de identidad [en la base instinto]” (Frick, 1973, pag.34).

3.5 EL AUTISMO VISTO DESDE EL HUMANISMO

Al hablar de un continuo autista, damos por hecho la existencia de una sola dimensión, en la cual una condición tal como el síndrome de Asperger constituye una forma más suave del mismo trastorno subyacente que se da en el autismo. Sin embargo, las anotaciones clínicas sugieren que las condiciones semejantes al autismo no solamente difieren en términos de severidad, sino también el patrón de síntomas.

Así, la etiqueta de síndrome de Asperger se aplica de forma característica a niños patosos con intereses restringidos, cuyo desarrollo temprano del lenguaje no presenta retraso y que pueden tener un CI verbal por encima del CI de rendimiento (Wing, 1981). Como contraste, los niños con deficiencias en el lenguaje que encajan dentro del trastorno semántico-pragmático presentan de forma característica y en primer lugar un retraso en el desarrollo del lenguaje y problemas de comprensión evidentes, y su CI muestra una clara discrepancia en favor del CI de rendimiento.

Para representar esta situación de forma adecuada, necesitamos no una, sino dos dimensiones. La Psicoterapia Humanista Integrativa, es una forma de terapia enfocada en una concepción humanista de la persona. En la práctica terapéutica centramos el trabajo en la Relación Terapéutica y en la resolución del conflicto en el nivel emocional.

Los 4 pilares básicos de la Psicoterapia Humanista INTEGRATIVA: El análisis transaccional (que aporta una gran parte de la base teórica), la GESTALT (que ofrece un estilo dinámico), LA BIOENERGÉTICA (como principal representante de las Psicoterapias corporales, que incorporan el cuerpo en el proceso terapéutico) y LA TEORÍA DEL PROCESO DEL DUELO (que facilita la integración del trabajo emocional). Se ha elaborado ésta formación en Psicoterapia Humanista Integrativa pensando en que el paciente pueda ir construyendo poco a poco un avance sólido, que vaya encajando paso a paso, con su personalidad.

El psicoterapeuta alterna y complementa la visión del paciente como objeto, cuando piensa en pautas y principios generales de la conducta, y como sujeto, cuando siente empatía hacia su sufrimiento y ve el mundo a través de sus ojos. Rechaza las dos alternativas de la consideración del ser humano como “puramente libre” o “puramente determinado” argumentando que ambas suponen negarse a aceptar el dilema del hombre. Introdujo como fundamentales en el contexto de la terapia las experiencias existenciales de la ansiedad, el amor y el poder.

Entonces considero que el humanismo que es una de las mejores elecciones para poder trabajar con los niños diagnosticados con síndrome asperger por la dificultad de la patología, es necesario ser muy cautelosos y tratar de abordar de la mejor manera no solo a los niños sino también a la familia de estos niños.

Si bien es cierto que la psicología humanista ha tenido muchas críticas en sus inicios, es sin duda la que yo considero se apega en su mayoría al tratamiento de niños con autismo.

Para superar la *incongruencia* o no caer en ella, y alcanzar una personalidad y vida ideales, Rogers propone como clave el descubrimiento del *yo real*, en base al conocimiento de experiencias sensitivas y viscerales; ya que este conocimiento le permite a un individuo saber qué ocurre en su entorno y en sí mismos; un alejamiento de apariencias y obligaciones, evitando cualquier situación que no sea consistente con su *yo real*; participar en la experiencia, ya sea interna o externa; seguir los caminos que se sienten bien; ser auténtico, real y genuino; confiar en nuestro organismo (*valoración organísmica*), sentimientos, intuiciones, emociones y motivos; actuar sin demasiadas represiones. (DiCaprio, 1985, p. 335-339)

"La persona que está abierta a todas sus experiencias puede considerar todos los componentes porque al menos están disponibles". (DiCaprio,1985, p. 339)

Según lo desarrollado en este capítulo se puede constatar que la teoría de Maslow es bastante válida ya que la motivación, las necesidades, los meta motivos y los deseos juegan un rol fundamental en el desarrollo de la personalidad de los seres humanos, y en las principales necesidades de niños con síndrome asperger o que cuentan con un grado leve de retraso en el desarrollo. Además se tiene que los sujetos están constantemente en busca de la satisfacción personal para llegar a la autorrealización, aunque muchas veces no lo consiguen porque no tienen los medios para superar la etapa en que se encuentran.

Sin embargo, se puede decir que el paso de una etapa a otra no es tan rígido, ya que se puede pasar de una a otra sin satisfacer la anterior totalmente.

Otro punto que yo considero importante de esta teoría es el hecho que prácticamente no considera los instintos como móviles importantes en la satisfacción de las necesidades, pero se cree que éstos si jugarían un rol importante al establecer motivaciones en el crecimiento personal. Puede que los instintos no jueguen un papel tan importante en relación a las necesidades superiores, pero sí son importantes al momento de establecer las necesidades inferiores.

Entonces cuando se trata de establecer necesidades de cualquier tipo, los niños con síndrome asperger trataran de manifestarlas por medio de señales ya sean biológicas o emocionales a las personas que los rodean y al propio terapeuta que se encargará de trabajar a los niños con un grado leve de autismo

como seres humanos y no como seres que cuentan con una patología y por lo consiguiente la humanización aplicada a la esfera de la salud hace referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual.

Así entendida la humanización, aplicada al mundo de la salud y en especial al médico, cada vez que la distancia entre la realidad y lo ideal supera los límites soportables, entonces se habla sin duda alguna, de deshumanización.

Por último todo lo anterior me permitirá proporcionar de las dificultades a las que nos enfrentamos los psicólogos al trabajar con los niños con espectro autista y hablo de dificultades refiriéndome a las sociales, en el aspecto escolar y cognitivo; las vías de comunicación y las herramientas que utilizan los familiares para poder apoyar a su hijo, y por supuesto las repercusiones psicológicas que traen en la familia y en el niño que es diagnosticado con síndrome asperger, de lo que hablare en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOAFECTIVOS EN LOS NIÑOS CON AUTISMO SÍNDROME ASPERGER

4.1 DIFICULTADES SOCIALES

El síndrome de Asperger es un trastorno severo del desarrollo, caracterizado por importantes dificultades en la interacción social y patrones de intereses y comportamiento restringidos y poco usuales. Existen muchas similitudes con el "autismo sin retraso mental" (o Autismo de Alto Funcionamiento) y la cuestión de si el síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento son condiciones diferentes está aún por resolver.

Los niños con el síndrome de Asperger tienen habilidades sociales pobres. No pueden "leer" las señales sociales y, por lo tanto, no dan las respuestas sociales y emocionales adecuadas. Puede faltarles el deseo de compartir la información y las experiencias con los otros. Estos problemas son menos notables con los padres y los adultos, pero conducen a una inhabilidad para hacer amigos de su edad. Esto puede conducir a la frustración y consecuentemente a los problemas de comportamiento. Encuentran el mundo como un lugar confuso. Están a menudo solos, algunos son felices así y otros no

lo son. Sus diferencias son más perceptibles cuando están junto a sus iguales en ambientes no estructurados, como por ejemplo los patios del colegio. Su candidez puede provocar que sean el blanco de bromas y agresiones, a menos que sus asistentes o compañeros colaboren con su integración y protección. Pueden centrarse en los detalles pequeños y no poder a menudo ver el cuadro total de lo que está sucediendo en determinada situación.

Hoy en día, se vive un cambio radical tanto en el modo de conceptualizar la discapacidad como en la planeación y organización de los servicios y apoyos que se proporcionan a las personas con discapacidad. Este cambio es el resultado de un proceso, en el que han participado las personas con discapacidad y sus familias, investigadores, especialistas, instituciones, gobiernos y la sociedad.

Lo que se hace y se siente por y para las personas con discapacidad, el tipo de servicios que se diseñan para ellos, así como las políticas que aplican los gobiernos, están determinadas por lo que se piensa que son estas personas, así, si se conciben como enfermos se crean hospitales para atenderlos; si se considera que son un estorbo, entonces se crean instituciones de aislamiento, pero si son percibidas como personas con derechos y que lo único que necesitan son apoyos y oportunidades para poder desarrollarse, entonces quizá enfocaremos nuestros esfuerzos hacia la sociedad, para que ésta aprenda una nueva forma de entender y de relacionarse con las personas que presentan una discapacidad.

A raíz de la nueva definición de Retraso Mental en 2002, se produce un cambio de paradigma en el concepto de *discapacidad*, al entenderse que ésta aparece en la persona como resultado de su interacción con el ambiente. Esta “nueva” forma de pensar en la discapacidad permite contar con una nueva concepción o definición, en donde la discapacidad es consecuencia de la interacción entre la persona y el medio ambiente en el que vive, trabaja y aprende.

Entonces si recordamos una definición sencilla de autismo podría ser: “El autismo es un síndrome que afecta la comunicación y las relaciones sociales y afectivas del individuo”. Y el llamado síndrome Asperger, en donde la diferencia esencial con el autismo es su nivel de inteligencia, así como su comunicación.

Pero en sí cuales serían los principales factores sociales a los que se enfrentan los niños que son diagnosticados con síndrome Asperger, y serían precisamente estas causas y factores sociales, realmente lo que limitaría el avance terapéutico de estos niños y sus propios padres.

Una de las marcas distintivas del síndrome de Asperger es la preocupación del niño (u obsesión) con ciertos asuntos, a menudo en los temas del transporte (los trenes en particular), computadoras, dinosaurios, mapas etc. Estas preocupaciones, normalmente en áreas intelectuales, cambian generalmente con el tiempo pero no en intensidad, y conducen quizá a la exclusión de otras actividades, como socializar con sus pares a la hora de salir al patio de la escuela.

Los niños imponen a menudo rutinas rígidas a sí mismos y a quienes los rodean, desde cómo desean que se hagan las cosas hasta lo que comerán, etc. Esto puede frustrar a todos los implicados. Las irán cambiando con el tiempo, a medida que maduren se hará más sencillo razonar con ellos. Esta inflexibilidad se pone de manifiesto también de otras maneras, dando lugar a dificultades con el pensamiento imaginativo y creativo. Les suelen gustar las mismas cosas, hechas de la misma manera, repetidamente una y otra vez. No pueden ver a menudo el foco de una historia o la conexión entre comenzar una tarea y lo que será el resultado. Sobresalen generalmente en las habilidades memorísticas (aprenden información sin entender). Debe intentarse siempre explicarles todo de manera que puedan entenderlo. No se debe realizar suposiciones ya que suelen "soltar" información como un loro pero sin saber su significado.

Frecuentemente son necesarias medidas para la educación especial. Los niños afectados pueden encontrar el alboroto del área de juegos intolerable y es necesario permitirles la búsqueda de refugio en un lugar tranquilo alternativo. Frecuentemente, también, son ayudados al ser excluidos en los juegos en equipo. Está indicada la enseñanza terapéutica para deterioros educacionales específicos asociados, así como el pequeño grupo de enseñanza cuando una clase ruidosa es más de lo que el niño puede manejar. Si no puede ser motivado para el trabajo programado en clase, la currícula requiere ser conformada alrededor de sus intereses especiales. Si existe un severo retraso educacional o si el comportamiento en la escuela es intolerable por sus arrebatos agresivos, depresión, robos o rechazo a la escuela, debe instrumentarse una escolaridad especial. (Klin y Volkmar 1997 para el síndrome de Asperger).

4.2 EL ASPECTO COGNITIVO

Y es precisamente el punto que retomaremos del subtema anterior, de igual modo que no enviaría a un niño de ocho años a un curso de cálculo en la universidad, tampoco mandarían a un niño con las habilidades de lenguaje de un niño de 2 años junto con preescolares de 4 y 5, esto no solo es inapropiado, sino cruel con el niño quien lleva todas las de perder. Una vez que los niños estén preparados para aprender con otros niños en el colegio, probablemente necesitarán de un nivel de atención que ningún profesor está en capacidad de proveer.

Perderá la atención constantemente, iniciará comportamientos inapropiados, no contestará preguntas o no seguirá instrucciones junto con los otros niños o simplemente no las entenderá completamente.

Estos son problemas que todos los niños tienen hasta cierto punto, pero que el maestro está en capacidad de solucionar. Un niño con autismo necesita un nivel tan alto de apoyo y redirección que es imposible para el maestro hacer el trabajo adecuadamente. Es necesario contar con una persona que auxilie al profesor titular, por lo tanto está ahí en primer lugar para ayudar al profesor a enseñar y segundo para ayudar a estos niños. Es una extensión del profesor, proporcionando atención a aquellos que lo necesitan más (la mayor parte del tiempo los niños con síndrome Asperger). También está ahí para asegurarse que los niños participen en las actividades sociales.

No se recomienda que preste atención “especial” al niño, más bien será una ayuda amigable para todos los niños. La persona auxiliar hará que sea divertido socializar con los niños, de forma natural, sin crear celos. Reforzará las direcciones del profesor. Se mantendrá permanentemente en contacto con los padres y escribirá notas del progreso diario del niño.

A medida que avanzan las edades, se marcan más estas diferencias. Adicionalmente una sombra poco eficiente hará que el niño se vuelva dependiente, ignore a la profesora real y utilice comportamientos no apropiados para obtener ayuda extra. Una sombra poco efectiva sentirá pesar por su hijo y no lo empujará a dar lo máximo de sí mismo. También lo excluirá a los propios padres como parte del proceso y podrá ponerse a la defensiva cuando se le pida cierta información.

Lewis (1991) sostiene que a pesar de las primeras afirmaciones de Kanner con relación a que el potencial cognitivo de los niños autistas es normal, en la actualidad se sabe que la mayoría de estos niños presentan un retardo intelectual. A partir de los años sesenta se ha demostrado que el autismo, va acompañado en una importante cantidad de casos, por CI menor de 70.

También hace referencia a investigaciones que apoyan la idea de que muchos niños autistas presentan un déficit cognitivo que no puede ser explicado desde una hipótesis que hace hincapié únicamente en el desinterés social como causa de déficit mental, ya que si este fuera el caso, todos los niños autistas deberían padecer una deficiencia intelectual. Además agrega que este déficit cognitivo es un problema central que ocasiona el resto de las problemáticas que caracterizan el síndrome autista. Para realizar esta afirmación tiene en cuenta que la probabilidad de autismo aumenta cuando el CI disminuye, aunque es poco frecuente en niños con un CI por debajo de 20, y también que la inteligencia del niño autista es la mejor predicción de su desarrollo psicológico y social. Otro dato importante que consigna es que en los test estandarizados los mejores puntajes se obtienen en los ítems no verbales y en los ítems referidos a habilidades viso-espaciales, destacándose la característica excepcional de la memoria repetitiva. Una sobresaliente memoria espacial, se demuestra en las habilidades de algunos niños autistas para recordar caminos y recorridos pocos habituales.

4.3 COMUNICACIÓN CON SU MEDIO AMBIENTE

Durante los primeros años de vida, el infante aprende los aspectos verbales y no verbales de la comunicación como parte de su “diálogo” con la persona que está al cargo de sus cuidados. Aprende a hacer señales, a tomar turnos, a gesticular y a fijarse en las expresiones faciales. Aprende mucho sobre la comunicación mientras participa en juegos simples como esconderse (Ross y Lollis, 1987). Y parece fácil y es concebido como un proceso natural, cuando se es un niño que cuenta con todas las herramientas para desarrollarse de manera “normal”, pero entonces este aspecto sería muy alejado de lo que en realidad o-

ocurre cuando se ha sido diagnosticado con cualquier patología, se involucran cuestiones complejas que desde el punto de vista de la psicología se podrían trabajar por medio de estrategias dadas a los padres para que se les facilite la tarea diaria de la comunicación específicamente con sus hijos, se puede ayudar a la familia en los primeros problemas de ajuste; por tanto conviene consultar desde que nace la criatura. (Turnbull, 1990).

Desde el punto de vista clínico, resulta indiscutible que la mayoría de las personas con autismo tienen problemas para comprender el lenguaje. Con frecuencia en el caso de los autistas con niveles de deficiencia mental más severa, los problemas de comprensión son tan graves que comportan una falta sistemática de respuesta a los estímulos verbales similar a la que muestran las personas sordas.

Las personas autistas parecen poder extraer el significado literal de los mensajes aunque no llegan a identificar su significado pragmático o intencional. Entre estos dos extremos (la falta de respuesta ante los sonidos y la comprensión literal pero no intencional), cabe encontrar personas con autismo que muestran muchas formas intermedias de habilidades y dificultades de comprensión de palabras y frases.

A menudo, las personas con síndrome Asperger presentan distintas formas de conductas desafiantes. Es crucial que estos comportamientos no sean considerados como voluntarios o maliciosos; deben considerarse más bien como relacionados con la discapacidad de la persona y ser tratados como tales, mediante estrategias cuidadosas, terapéuticas y educativas, y no con un castigo simplista e inconsistente u otras medidas disciplinarias que parecen mostrar que existe un mal comportamiento deliberado.

Deben enseñarse estrategias específicas para resolver problemas, normalmente obedeciendo una regla verbal, para hacer frente a las exigencias de situaciones problemáticas frecuentes (por ejemplo, que incluyan una novedad, demandas sociales intensas o frustración). Se necesita un entrenamiento para reconocer estas situaciones como problemáticas y para seleccionar la mejor estrategia aprendida que esté a su disposición y usarla en estas situaciones.

Es de mencionarse que el ambiente que rodea al pequeño es de gran importancia, no solo porque es su posición dentro de una familia y porque surgen dinámicas familiares estilos de crianza, número y esparcimiento de los hijos, interacción con los hermanos, métodos disciplinarios que serán los que proporcionen los avances al pequeño con autismo o los retrocesos. También mencionamos la estructura y las circunstancias de la familia: el hecho de que estén presentes los dos progenitores o solo uno, que los miembros de la familia tengan trabajo, que los abuelos u otros parientes vivan en el hogar y que la familia habite en una casa cómoda de un barrio elegante o en un departamento apiñado en la ciudad.

Y lo siguiente será que se facilite en su mayoría la crianza de los hijos aunque alguno de ellos tenga alguna discapacidad. Por supuesto se recomienda que al tener varios hijos, aunque alguno de ellos cuente con discapacidades sean criados sin hacer distinción para que el trabajo no se complique para los padres.

4.4 VÍAS DE COMUNICACIÓN

Para la mayoría de las personas con síndrome Asperger, el elemento más importante del currículo educativo y de la estrategia de tratamiento está relacionado con la necesidad de reforzar la comunicación y la competencia social.

Este énfasis no supone una presión social de conformismo ni un intento de sofocar la individualidad y la unicidad. Este énfasis refleja más bien el hecho clínico de que la mayoría de las personas con síndrome Asperger no son solitarias por elección propia, así como de que, a medida que el niño se convierte en adolescente, existe una tendencia hacia el desánimo, el negativismo y algunas veces, a la depresión clínica, como resultado de la conciencia cada vez mayor que tiene la persona con síndrome asperger de su incapacidad social y de experiencias repetidas de fracaso al hacer y/o mantener relaciones interpersonales. Sus limitaciones características de introspección y auto reflejo con respecto a los demás impiden frecuentemente un autoajuste espontáneo a las demandas sociales e interpersonales. La práctica de la comunicación y las habilidades sociales no significa que la persona adquiera espontaneidad y naturalidad comunicativa o social. Sin embargo, prepara mejor a la persona con síndrome Asperger para enfrentarse a las expectativas sociales e interpersonales, aumentando su atractivo como interlocutores en una conversación, o como amigos o compañeros potenciales.

Por lo que en su mayoría los tratamientos para personas con síndrome Asperger se sugiere enseñarse y practicarse repetidamente las instrucciones verbales explícitas acerca de cómo interpretar el comportamiento social de otras personas.

Las alteraciones del lenguaje se consideran síntomas comunes a todos los niños autistas y son necesarios para diagnosticar este síndrome. Suele ser este el principal motivo de alarma para los padres y el que conduce a solicitar ayuda profesional. El problema del lenguaje como motivo de la primera consulta aparece en más del 70% de los casos. La sospecha de sordera también es común y se produce en alrededor de un 40% de los niños autistas.

En el caso de que el autismo se asocie con el retraso mental, el mutismo puede explicarse como un efecto de una edad mental tan baja que no se corresponde con la normal a la que comienza a desarrollarse el lenguaje. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje de sujetos autistas con edad mental no verbal superior a 3-4 años que también presentan mutismo completo.

Más allá del grado de retraso mental y de las dificultades en la interacción social, la mayoría de los niños autistas tienen trastornos del lenguaje, todos son de algún modo disfásicos. Algunos niños son hiperverbales pero detrás de esa fluidez se ocultan problemas de recepción, a veces muy sutiles y difíciles de detectar. Frente a construcciones lingüísticas abstractas incluso los autistas con un CI alto no comprenden de la misma forma que sus pares normales.

Las personas con autismo sin lenguaje funcional también pueden presentar patrones muy diversos en sus capacidades de comprensión lingüística y gestual, así como en sus competencias comunicativas. Algunos son capaces de desarrollar, después de un tratamiento, pautas de lenguaje por signos que les sirven para un control funcional limitado de su medio social. Todos presentan serias deficiencias de comprensión no solo del lenguaje sino también de las formas simbólicas en general y de las situaciones sociales.

Se producen carencias notorias, como la falta de narraciones espontáneas, las limitaciones en el dialogo y el escaso desarrollo de todas las formas discursivas de matriz declarativo. Las palabras de contenido abstracto y los verbos mentales suelen estar ausentes de su lenguaje, pueden emitir frases completas de carácter ecolalico y con variable grado de funcionalidad. Tampoco comprenden los enunciados con doble sentido, la ironía o el sarcasmo y, en general, todos los enunciados con sentido metafórico, no literal.

Si bien no existe ningún síntoma lingüístico específico que sea patognomónica y exclusivo del autismo, algunas características como: la ecolalia, la disprosodia, el mutismo, el hiperverbalismo, la hipoespontaneidad, y los déficit receptivos son extremadamente frecuentes.

En resumen, los datos demuestran que los componentes relacionados con la pragmática, la semántica y la prosodia se encuentran más afectados que los referidos a la fonología de segmentación, la morfología y la sintaxis.

El lenguaje hablado puede a veces ser extraño, en cuanto al acento, volumen, o excesivamente formal o hablar en un tono monótono. Si el niño con el síndrome Asperger tiene un buen nivel del lenguaje hablado no deberemos de asumir que su comprensión está en el mismo nivel. Algunos hablan continuamente (hiperverbal), a menudo sobre un tema de su propio interés, sin tener en cuenta el aburrimiento de quien lo escucha.

Las dificultades al usar las palabras correctas o la formación de conversaciones son parte de las dificultades semántico-pragmáticas. El lenguaje del cuerpo y las expresiones faciales de un niño con el síndrome Asperger pueden parecer extraños (mirada fija y rígida más que contacto visual). Algunos niños tienen capacidades notables en lectura aunque se deben controlar si también entienden el texto. La capacidad de leer con fluidez sin entender el significado es conocido como hiperlexia.

A pesar de tener un buen desarrollo en cuanto al lenguaje, los niños o niñas con síndrome Asperger tienen una comprensión alterada de todo lo que hay alrededor de la comunicación. Es posible que ignoren como pedir ayuda o cuando deben imponerse. Es posible que hablen en un tono de voz monótono, con un pobre control del volumen o la entonación.

Es probable que tengan dificultades para comprender chistes, dobles sentidos o metáforas. Su lenguaje puede parecer más bien pedante. La calidad de su comunicación se deteriorará bruscamente en situaciones que generen estrés. Muchos de ellos centran sus conversaciones en temas preferidos que repiten una y otra vez con una monotonía excesiva.

La falta de expresiones faciales, de gestos y la escasa comprensión del lenguaje corporal de las otras personas, también contribuyen a sus dificultades de comprensión y por supuesto en la relación con las personas que lo rodean dificultando los vínculos sociales y afectivos del niño.

4.5 RELACIÓN MADRE E HIJO

Se trata de dos seres humanos que disponen de pensamiento y afectividad: la madre se embaraza, al menos en los países industrializados, cuando ella quiere. Su deseo de embarazo le permite imaginar un niño (a) cuya vida ella siente desarrollarse dentro de ella. Las manifestaciones de apego que se organizan ahora en ella, lo que ve en la ecografía y el eventual conocimiento del sexo del bebé a su progenitor. Ella lo imagina le prepara el futuro y le emplea sus pensamientos latentes para elegir un nombre representativo del “mandato” de este bebé, un padre muerto o el personaje de un secreto familiar.

El bebé es también producto de fantasmas inconscientes ligados al muy viejo deseo de maternidad, darle un hijo también a su padre, como hizo la madre. El bebé por nacer es entonces el niño fantasmático de su abuelo materno. Por esto, su futura madre tendrá una deuda con respecto a la abuela materna que solo se resolverá gracias al amor de esta por su hija y el bebé. El desarrollo de las interacciones dependerá del niño imaginario y del niño fantasmático y de la manera en la que la madre sepa o pueda integrarlos con el niño de la realidad que carga en sus brazos.

Hablando del caso específico del síndrome Asperger no solo se involucran el rechazo de sus hijos por sus pares en la escuela, sino también el propio rechazo de la familia primaria y secundaria que rodea al pequeño pues al no conocer las causas por las cuales el pequeño no es “normal” o se comunica como todos los demás niños de su edad, empieza a surgir una especie de frustración por parte de los progenitores si es que se cuenta con los dos y una desesperación en la madre siendo ésta última la que lleva la carga psicológica más importante de las figuras parentales.

Surgen los primeros conflictos con los niños con síndrome Asperger y su madre a la hora de ser educado y cuestiones sencillas como ordenar algo para que el menor las realice que probablemente resulten en un comportamiento más fuerte como llorar, hacer pataleta, gritar, salir corriendo, pegar, y la madre como madre probablemente quiera en el momento ceder para que las cosas sean más fáciles para su hijo por tener la cuestión de que está “enfermo”

Sin embargo, en el largo plazo, si los padres se mantienen firmes en sus exigencias y ayuda de esta forma al proceso de aprendizaje en lugar de ceder al deseo (inconsciente) de su hijo de no cambiar las cosas, todos los padres se van dando cuenta que finalmente las recompensas son mayores para todos y la convivencia más armónica.

Ahora las madres cuentan con el temor recurrente de que afectará esto la relación de amor y confianza que tienen con sus hijos. De ninguna manera esta relación está basada en miles y miles de interacciones positivas, exitosas y alegres.

Se necesitaría un esfuerzo muchísimo mayor para deshacer algo tan profundo y poderoso como la relación con su hijo. Ser firme cuando se necesita es el camino más rápido para cambiar comportamientos indeseados y para experiencias positivas. No tiene opción, a medida que su hijo crece tendrá que hacerle cada vez más exigencias.

También es cierto que para que el pequeño con síndrome Asperger tenga una mejoría importante dentro de los tratamientos que se le aplicaran es la relación y el apoyo que tenga de sus familiares y del medio ambiente que lo rodea, pero específicamente la madre juega un papel importante en esta posible mejoría pues ella quien lo impulsara o lo rechazara dependiendo del caso. Pero siendo los padres los que en primera instancia son los que impongan muchas exigencias

4.6 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN EL NIÑO CON AUTISMO SÍNDROME ASPERGER

A pesar de que el síndrome de Asperger es mucho más común en los casos de Autismo, sigue siendo una condición rara y pocas personas, incluyendo profesionales, saben sobre ella y mucho menos tienen experiencia en ella. Parece afectar más a los hombres que a las mujeres. En términos generales encuentran dificultad en hacer amigos, no entienden las claves sutiles necesarias para esto.

A menudo utilizan un lenguaje ligeramente extraño e interpretan literalmente lo que leen u oyen. Son más felices en ambientes estructurados y con rutinas; cuando encuentran dificultad en decidir qué hacer recurren a sus actividades preferidas. El mal comportamiento proviene a menudo de la inhabilidad para comunicar sus frustraciones y ansiedades.

Los niños con el síndrome de Asperger aparentan ser, para la mayoría, brillantes, felices y cariñosos. Si logramos desde la psicología penetrar en su "pequeño mundo propio" podremos ayudarles a incorporarse mejor en la sociedad.

Pueden desarrollarse estrategias para reducir la tensión que experimentan en determinadas situaciones. Las advertencias de que una actividad debe terminar en "X" minutos puede ayudar con los mayores.

A medida que los niños crecen algunos problemas se resolverán con más facilidad, pero al igual que con el resto de los niños los problemas existirán. Algunos adolescentes pueden sentir la carencia de amistades como algo difícil de afrontar, ya que intentan con esfuerzo y a su modo hacer amigos, pero encuentran dificultad para conservarlos. Éste no es siempre el caso, muchos tienen amigos por largos períodos de tiempo.

Por todo cuanto antecede aparecerá ya claro que las dificultades psicológicas de los niños autísticos deben ser enormes, puesto que la perturbación afecta a las relaciones humanas, base de toda educación. De nuevo se intenta hallar el camino psicológico adecuado a partir del estudio del modo de ser de estos niños. Ordinariamente, a los niños, y sobre todo a los niños pequeños, no se les educa convenciéndoles por vía intelectual de las necesidades pedagógicas, explicando y razonando su valor. Sólo las personas carentes de instinto educativo obran así, con lo que cosechan casi siempre un fracaso rotundo.

Pero es precisamente ese algo que el niño autístico no comprende, a causa de sus trastornos afectivos, reaccionando de una manera paradójica, con actitudes negativas, actos de maldad o la agresión, y esto tanto si se le trata con mimos y cariños como si se procede con enfado y airadamente.

Estos niños no procuran atraerse las caricias por una buena conducta, pues las experimentan como desagradables e irritantes: y no se dejan inducir a la obediencia ni por la ira ni por las amenazas, pues disfrutan de tales estallidos como de algo ardientemente deseado, y hasta tratan de provocarlos.

Entonces uno de los principios fundamentales debe ser pues, que todas las medidas pedagógicas y psicológicas concebidas para estos niños se ejecuten con una suspensión de los afectos y sentimientos propios. Jamás debe la persona que se encuentre trabajando con niños autistas enfadarse o molestarse, como tampoco querer ser bueno o ajustarse al nivel infantil. No basta aparentar tranquilidad mientras se siente uno interiormente a punto de estallar de furia, sino que las personas trabajando con niños autistas deben estar realmente tranquilo y sereno en su fuero interno. Sin querer imponerse personalmente al pequeño, debe impartirle sus normas y directrices de una manera objetiva y serena.

Existe, además, el peligro de que uno se enzarce en una discusión a causa del negativismo verbal de estos niños, queriendo demostrarles que están equivocados y llevarles así al buen camino. Todo esto es perjudicial y no alcanza jamás la meta deseada. En cambio, casi siempre se consigue cortar esa verborrea inútil mediante una argumentación objetiva, tal como: No, no es preciso que calcules (y continuando con el mismo tono de voz tranquilo y reposado) cuántos son. En general, debemos insistir en que, por muy ilógico y contradictorio que parezca, estos niños no sólo sufren el defecto del negativismo, sino que también son muy sugestionables, e incluso se encuentra en ellos una especie de obediencia automática.

En este punto es importante mencionar que los niños con síndrome Asperger o con algún otro tipo de autismo hacen muchísimo caso a la persona, terapeuta o educador que sabe entrar en el juego de sus intereses, que comparte sus problemas y se los desarrolla y que les comunica algo de su propia y mayor experiencia de la vida, pues esto les impresiona mucho. En pocas palabras, hay que tratar de hacerse en cierto modo a su manera de vivirse uno mismo con ellos y muy probablemente entonces todo resulte mucho más fácil.

Y por último por los años treinta, se instaló, sobre todo para niños, un Hogar de Psicología y Pedagogía, en el que, por un lado, se intentaba, a pesar de todas las dificultades, reunirlos en juegos comunes, en los que un equipo tenía la misión de desarrollar la idea del juego, completamente aparte de los demás, en un jardín lleno de árboles y arbustos y, por otro lado, se hacían muchas lecturas en voz alta, se miraban grabados, o se oía música, lo cual satisfacía los intereses muy diferenciados de esos niños. Debido a que los niños eran objeto, en este establecimiento, de una sólida socialización (que a veces perduraba más allá de la infancia), en gran número de casos fue posible hacer tolerable su estancia en el hogar paterno y en la escuela ordinaria, “atarles (como se dice en la obra de Gottfried Sëller, *La gente de Sedwila*) con un dorado vínculo a la humanidad.” Con esto doy por terminado mi cuarto capítulo no sin antes mencionar que en cuanto a lo estadístico y los porcentajes de tratamientos y seguimientos de casos son muy pocos los que realmente logran un avance y pronta rehabilitación, pero sobre todo el cuestionamiento que me surge es ¿que es lo que pasa en el trayectoria de la adolescencia y la adultez de pequeños que fueron diagnosticados en la niñez con algún espectro autista o síndrome Asperger?

CAPITULO V

METODOLOGÍA

5.1 JUSTIFICACION

Existen muchas dificultades a la hora de diagnosticar a personas con trastorno autista. No existe ningún test medico que pueda determinar si una persona tiene o no autismo. Los criterios diagnósticos se establecen en términos de descripción de comportamientos. Los criterios iniciales sugeridos por Kanner eran muy estrecho. Los sistemas de clasificación actuales CIE-10 y DSM-IV)⁵ son mucho más amplios, incluso para el subgrupo de "autismo infantil" (o "trastorno autista" en el DSM-IV). Los profesionales difieren a la hora de aplicar los criterios, incluso si están utilizando teóricamente uno de los sistemas estándar. Puede ocurrir que los diagnósticos estén registrados de forma diferente en las anotaciones del caso y en las recopilaciones centralizadas de datos. Los términos diagnósticos tienden a ser utilizados de distintas maneras.

A veces, el término "autismo" se usa para identificar al grupo original de Kanner, otras veces se refiere a un grupo más amplio, llamado "autismo infantil" EL CIE-10 incluso a veces se utiliza para todo el espectro autista, incluyendo a

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

A veces, el término "autismo" se usa para identificar al grupo original de Kanner, otras veces se refiere a un grupo más amplio, llamado "autismo infantil". EL CIE-10 incluso a veces se utiliza para todo el espectro autista, incluyendo a las personas descritas por Asperger. En cualquier caso, existen importantes solapamientos entre todos los subgrupos definidos por la CIE-10 y el DSM-IV, y a muchas personas se les puede aplicar más de un diagnóstico dentro del espectro. En los estudios epidemiológicos, los métodos para encontrar casos son muy variados. Aquellos estudios en los que se ve, se evalúa y se diagnostica a cada uno de los individuos de la muestra que va a ser examinada tienden a arrojar cifras más elevadas que aquellos estudios que se basan en anotaciones de casos de individuos que aquellos estudios que se basan en anotaciones de casos de individuos que ya han sido diagnosticados en clínicas locales.

Los niños autistas en número reducido, no presentan razón orgánica aparente. No aprenden a comunicarse con los demás. Especificación *de los criterios diagnósticos* Rutter (1978) documentó los casos que reunió durante varios años después del primer trabajo de Kanner, en los cuales una gran cantidad de terminología (por ejemplo, autismo infantil, psicosis infantil, esquizofrenia infantil) se aplicaba de forma poco consistente a los niños que mostraban algunas o todas las características clínicas de los primeros casos de Kanner. Rutter abordó la cuestión, hasta qué punto se podía considerar que el autismo era un síndrome y cómo se relacionaba con otros trastornos. Concluyó que, aunque había aún muchas cuestiones sin resolver, los investigadores deberían, para evitar ambigüedades, adoptar los siguientes criterios en relación con el comportamiento antes de los 5 años de edad para definir el autismo:

1.- Aparición antes de los 30 meses de edad

2.-Desarrollo social deteriorado, en una serie de características especiales y desacopladas con el desarrollo intelectual del niño.

3.- Retraso y desviaciones en el desarrollo del lenguaje, que también posee algunas características definidas y que está desacoplado con el nivel intelectual del niño.4. Insistencia en la invarianza, como se muestra por medio de patrones de juego estereotipados o resistencia al cambio. Rutter argumentó que ambos diagnósticos no se excluían mutuamente. Mediante aplicación de pruebas convencionales de medición del CI para clasificar a los niños, se observó que la mayoría de los niños que cumplían los criterios de autismo tenían también retraso mental.

Rutter advirtió que estos criterios diagnósticos pueden dejar muchos temas sin solucionar, en particular el tema de si existían o no diversos subtipos de autismo y cómo clasificar a los niños que mostraban algunas pero no todas las características del autismo. No obstante, como base para revisar la investigación, hizo mucho hincapié en apoyar los criterios propuestos como los mejores disponibles para definir el síndrome del autismo de un modo válido y con contenido. Aunque sus criterios diagnósticos también ha sufrido críticas (Waterhouse, Fein, Nath & Snyder, 1987), han sido ampliamente adoptados y han constituido la base para la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) publicado por la American Psychiatric Association en 1980 y revisado en 1987 (DSM-III-R). En su última revisión, el término de "trastorno autista" reemplazó el de "autismo infantil", reconociendo tanto el hecho de que muchos trastornos autistas aparecen por primera vez en la niñez, como que el término de "autismo infantil" no resulta apropiado para los individuos autistas que maduran y se convierten en adultos.

De igual manera no existen instituciones apropiadas que les ofrezcan un desarrollo social y educativo armónico y adecuado. Los niños tampoco están totalmente trastornados de manera que los servicios psiquiátricos pueden ser reticentes para proveer servicios para alguien con un trastorno del desarrollo. El niño puede tener unos problemas específicos de aprendizaje pero no ser considerado por los servicios de los discapacitados intelectuales. Así los servicios convencionales públicos tienen pocos recursos, servicios y vigilancia para la gente con síndrome Asperger.

Lo primero y lo más importante a familia y los profesores necesitan acceso a especialistas en esta área, así como recursos y programas para áreas específicas de interés. Una revisión de los estudios y gama de recursos disponibles para la gente con autismo ha demostrado que la educación de estos niños requiere especialización. Y por supuesto es lo mismo para el Síndrome Asperger. Miembros de grupos con profesionales se necesitan para desarrollar conocimientos especializados en esta área. Por ejemplo, los Departamentos de Educación pueden habilitar a cierto personal designado para adquirir entrenamiento y habilidades, de manera que los profesores pueden contactar con ellos para asesorarse.

Debe reconocerse que aunque los padres no son profesionales expertos en el Síndrome Asperger, sí son expertos en su hijo, especialmente en lo que se refiere a su desarrollo, personalidad y éxitos o fracasos en estrategias previas.

Por último y no menos importante la relevancia de la temática y aunque no es nuevo, las investigaciones que se han realizado en México se encuentran todavía en sus inicios por lo que es un trabajo multidisciplinario y se requiere acudir a instituciones especializadas en este síndrome que se dediquen y abarquen todos los campos, de interés para la rehabilitación de estos pequeños.

5.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA ELEGIDO

Es importante hablar de los efectos psicológicos en el ámbito afectivo y social en niños que son diagnosticados con este síndrome. Dicha importancia, como ya se había mencionado radica en que es una enfermedad que no muestra dolor alguno en la mayoría de los casos, entonces se cataloga como una simple enfermedad y que se puede dejar a la deriva a quien lo padece. Entonces sería bueno preguntarnos en nuestra sociedad ¿a que se le da valor? y ¿cuáles son las prioridades de investigación?, ¿qué es lo que nos puede resultar realmente importante para poder intervenir directamente en el autismo como enfermedad? En este sentido lo que nos interesa es el autismo con síndrome asperger. Las actitudes y los afectos que nos rodean hacen que se valore muy poco. El panorama de la investigación en el tema del autismo infantil es confuso y amplio lo cual evidencia la complejidad del trastorno.

La causa, el pronóstico y el tratamiento son todavía tema de estudio en las comunidades científicas. Debido al desconocimiento de su origen, el autismo se halla rodeado de una gran controversia con respecto a su diagnóstico y a su probable etiología. Como es una condición rara, los primeros estudios se basaron en pocos casos, y hasta hace pocos años, se le ha ido dedicando mayor atención. Por lo cual se plantean las siguientes hipótesis: Hipótesis de Investigación Si los factores psicológicos en el niño autista se ven afectados entonces influirá en el ámbito socioafectivo. Hipótesis Alterna Si el ámbito socioafectivo se ve afectado entonces repercutirá en el ámbito psicológico e Hipótesis Nula Si los efectos psicológicos en el niño autista con síndrome asperger no se ven afectados entonces no influirá en el ámbito socioafectivo.

5.2.1 OBJETIVO GENERAL.

Existen los efectos socioafectivos en los niños que son diagnosticados con autismo síndrome Asperger y las repercusiones psicológicas.

5.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

1.-Determinar si existen consecuencias psicológicas y socioafectivas en el niño con autista con síndrome asperger.

2.- Analizar cuáles son las posibles dificultades a las que se enfrenta el niño con autismo síndrome asperger.

5.3 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Si los factores psicológicos en el niño autista se ven afectados entonces influirá en el ámbito socioafectivo.

HIPÓTESIS ALTERNA

Si el ámbito socioafectivo se ve afectado entonces repercutirá en el ámbito psicológico.

HIPÓTESIS NULA

Si los efectos psicológicos en el niño autista con síndrome asperger no se ven afectados entonces no influirá en el ámbito socioafectivo.

5.4 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: AUTISMO SÍNDROME ASPERGER

El síndrome de Asperger es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce

normalmente como el espectro de los trastornos generalizados del desarrollo (o espectro autista). Al igual que las demás condiciones registradas en dicho espectro, se cree que el Autismo con síndrome Asperger representa un trastorno del desarrollo con base neurológica, de causa desconocida en la mayoría de los casos, en el cual existen desviaciones o anormalidades en tres amplios aspectos del desarrollo: conexiones y habilidades sociales, el uso del lenguaje con fines comunicativos y ciertas características de comportamiento y de estilo relacionadas con rasgos repetitivos o perseverantes, así como una limitada pero intensa gama de intereses. La presencia de estos tres tipos de disfunciones, cuyo grado puede ir de relativamente moderado a severo, es la que define clínicamente todos los trastornos generalizados del desarrollo, desde el autismo con síndrome Asperger hasta el autismo clásico.

VARIABLE INDEPENDIENTE: EFECTOS PSICOLÓGICOS (PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN) Y EFECTOS SOCIOAFECTIVOS

El autismo es un trastorno del desarrollo en el que se producen alteraciones de diferente gravedad en áreas como el lenguaje y la comunicación, en el campo de la convivencia social y en la capacidad de imaginación. Suele iniciarse en los niños menores de tres años. En pleno auge psicoanalítico se llegó a pensar en el autismo como una forma de esquizofrenia cuyo origen debía buscarse en la influencia de unos padres poco comunicativos, distantes e incapaces de proporcionar el cariño necesario., proporcionada por estudios genéticos, neurofisiológicos, neuropatológicos, neuro-radiológicos y bioquímicos⁶.

5.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un trabajo metodológico en el que aplique técnicas de corte cuantitativo y cualitativo, lo que a su vez, permitió dos tipos de análisis derivados de estos enfoques de investigación. Para ello, se plantearon, tanto estadística y

⁶Polaino, A. "Introducción al estudio científico del autismo infantil". Editorial Alhambra, España. 2002

las hipótesis de trabajo para darle respuesta al problema de investigación señalado al principio de este estudio; de modo que es un modelo mixto como lo señala Hernández Sampieri y cols. (2003) de integración o combinación entre los dos enfoques cuantitativo y cualitativo. Ambos se combinan en la mayoría de las etapas del proceso de investigación. El alcance de la investigación es el correlacional, pues se determina la relación que existe entre las dos variables, la variable independiente: efectos psicológicos y socioafectivos y la variable dependiente: autismo síndrome Asperger. con un estudio de caso que se realizó en la institución de nombre AMPAC I.A.P.

5.5 DISEÑO

Se usará un estudio de caso, al planear nuestro estudio generalmente se recomienda basar el trabajo sobre un modelo teórico existente en este sentido el método de investigación mixto que incluye el aspecto cualitativo y el aspecto cuantitativo. Y tiene como objetivo documentar de forma tan completa como sea posible todos los aspectos que surgen durante la investigación y temas que fueron documentados en estudios anteriores. Se requiere simplemente recolectar tantos hechos del tema investigado como ello sea posible

TIPO

Se usará un estudio de caso con cuadros de intervención los cuales permitirán identificar las necesidades educativas de Daniel y los modelos de trabajo que se pueden implementar en niños con autismo, así como el avance y retroceso de dichos cuadros de intervención en el trabajo diario con Daniel

CONTROLES

Se controlan las variables de edad, sexo, y el diagnóstico autista síndrome Asperger.

5.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Ser niño con autismo
- b) Tener diagnóstico síndrome Asperger
- c) Edad de 6 a 16 años
- d) Ambos Sexos

5.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Que no sean niños autistas
- b) Que no tengan síndrome asperger
- c) Que se encuentren por debajo o por arriba del rango de edad
- d) Que la muestra sea solo de un solo sexo

5.5.3 MÉTODO

Se realizó un estudio de caso, al planear nuestro estudio generalmente se recomienda basar el trabajo sobre un modelo teórico existente en este sentido el método de investigación mixto que incluye el aspecto cualitativo y el aspecto cuantitativo. Y tiene como objetivo documentar de forma tan completa como sea posible todos los aspectos que surgen durante la investigación y temas que fueron documentados en estudios anteriores.

Los estudios de caso cuando están bien producidos, constituyen poderosas didácticas de alto valor psicológico así como herramientas. En general, se utilizan para organizar y presentar una amplia gama de información acerca de un caso o proceso con una estructura didáctica, para analizar el contenido mediante la búsqueda de patrones preestablecidos en los datos y cruzar o compararlos con otros casos.

Sobre esta línea utilizamos el Estudio de Caso para aprender las fases y los resultados de un proceso de intervención, en donde se pretendió desarrollar las habilidades y fortalezas de un menor de edad con diagnóstico autista síndrome Asperger, y el comportamiento de este para que se pueda contribuir a un estimulante modelo de investigación para inspirar buenas prácticas en el ejercicio de una profesión en este sentido dentro de la Psicología.

Por último explicare que el Síndrome de Asperger supone una alteración en el procesamiento de la información por lo cual el procedimiento que siguió al estudio de caso, fue tomar dos cuadros comparativos de las necesidades educativas especiales ya mencionadas e identificadas en el sujeto de estudio y que hacen referencia a los efectos psicológicos (procesamiento de la información) para su análisis estadístico.

5.4 PROCEDIMIENTO

En primer lugar se solicitó la autorización para la realización de esta investigación con un estudio de caso en la institución “Asociación de Motivación Pro- Parálisis Cerebral I. A. P” en el turno matutino a las autoridades correspondientes, y desde luego a los padres del menor. En segundo término se realizan las entrevistas con los padres y profesores del menor para la recopilación de todos los datos que necesitaremos en este estudio de caso..

En la siguiente etapa, etapa 3 se reunió toda la información que se requería, aspectos desde el periodo de concepción, historia familiar, como transcurrieron los primeros meses y años de vida del sujeto de estudio, etc. En este periodo se pudo obtener material como hojas diagnósticas de las diversas instituciones en donde sujeto fue atendido las cuales se proporcionan en los anexos de este trabajo de investigación (ver ANEXOS).

La información supone la recolección de datos cualitativos y cuantitativos, mediante la combinación de distintos métodos o estrategias como encuestas, registros estadísticos, análisis de archivos, entrevistas individuales y grupales y, naturalmente, la observación directa.

Posteriormente en la etapa 4 los datos obtenidos de el estudio del caso, se pudo organizar en orden cronológico la información obtenida para mostrar aspectos de nuestra observación y/o funcionales de la familia del sujeto y del sujeto mismo, que fueron evolucionando mediante el paso de los meses, en este punto presentó los cuadros de intervención en lo que pudimos ver fueron los avances y retrocesos del sujeto con mi trabajo en interacción con él, los cuales también se incluyen en el anexo de este trabajo así como también las evidencias fotográficas que pudimos obtener, (ver ANEXO 1 y ANEXO 3).

Finalmente la etapa 5 la propuesta de intervención planteada en este trabajo está enfocada a niños autistas como el caso particular de Daniel), esto con la intención de incluirlos como seres humanos y romper con el estigma que los mantienen al margen de la sociedad que los rodea, pero también hago la propuesta de dos talleres para las personas que permanecen en contacto con niños con Autismo y/o otras alteraciones del desarrollo, por lo cual la intervención alternativa para padres con hijos autistas se desarrolla por medio de un taller el cual busca tener como objetivo principal la asimilación del diagnóstico de sus hijos (ver ANEXO).y el segundo taller es una propuesta de intervención alternativa para profesores con alumnos que presenten autismo, el objetivo general de este taller es facilitar a los profesores y al personal que labora las técnicas, la capacitación, la información y las recomendaciones que se requieren en el trabajo diario con los niños que sean diagnosticados con autismo ver ANEXO 5

5.5.1 MUESTREO

Se utiliza un muestreo de tipo aleatorio en el que las características del sujeto que se utilizó en el estudio de caso se han seleccionado a criterio de la investigación.

5.5.2 ESCENARIO

Institución privada AMPAC I.A.P ubicada en Coacalco, Estado de México en el área de integración social.

5.5.3 MATERIALES

Se utilizaron los siguientes materiales para la realización de este presente caso de estudio:

- a) a) hojas blancas, b) texturas (como semillas, algodón, papel picado, plastilina, etc) c) aros de plástico, d) instrumentos musicales (teclado, melódica, pandero y cascabel), e) cuaderno de trabajo, f) jabón para manos y toalla, g) pelota de plástico, h) silla de ruedas, i) grabadora, j) pelotas de plástico gigantes, k) cereal de colores, l) cámara fotográfica, m) disco compacto de sonidos variados ambientales, n) vasos de plástico, o) colchonetas, p) cuerdas de plástico, q) bandeja de plástico, r) cubos o bloques de juguete para construcción, s) agua, t) imágenes de personas y objetos (inodoros, llaves de agua, etc), u) tablero de focos de colores con apagadores, v) juguetes musicales, w) crayolas, colores y pinturas de agua, x) jabón en polvo.

5.5.4 SUJETOS

Únicamente sujeto masculino de 12 años con diagnóstico autista síndrome Asperger

5.6 FASES

▶ En la fase 0 identificación de las necesidades educativas especiales de aprendizaje en el niño autista

▶ Fase 1 se reunió toda la información que se requería, aspectos desde el periodo de concepción, historia familiar, como transcurrieron los primeros meses y años de vida de Daniel, etc.

▶ Fase 2 organizar en orden cronológico la información obtenida para mostrar aspectos de la observación y/o funcionales de la familia del sujeto y de el sujeto mismo, en este punto se presentan los cuadros de intervención en lo que pudimos ver fueron los avances y retrocesos del sujeto de estudio en el trabajo que se realizo en interacción con él, así como también las evidencias fotográficas.

▶ Fase 3: se presenta la propuesta de intervención para padres y profesores de niños autistas.

RESULTADOS

Para la recopilación de datos se utilizaron cuadros de intervención en el estudio de caso, constan de 7 cuadros en los que se hace mención de las características que trabajará cada uno de estos cuadros ver ANEXO 1. Dichos cuadros tienen por objetivo apreciar las necesidades educativas especiales identificadas en niños autistas.

A continuación y previo al análisis estadístico se plantea H_i : si los efectos psicológicos (Procesamiento de la Información) en el niño autista con síndrome Asperger se ven afectados entonces influirán en el ámbito socioafectivo, y como H_o : Si los efectos psicológicos (Procesamiento de la Información) en el niño autista con síndrome Asperger no se ven afectados entonces no influirá en el ámbito socioafectivo.

Para el análisis estadístico se llevó a cabo dos análisis, el primero de ellos se utilizó una correlación de la prueba "***r de Pearson***" $\frac{r = SC_{xy}}{\sqrt{SC_x \cdot SC_y}}$ esta prueba se utiliza normalmente para medir una correlación y proporciona una medida numérica de la correlación entre dos variables, en la cual podemos observar si dos variables se encuentran relacionadas entre sí, si las variables parecen estar relacionadas que tan fuerte es la relación entre dichas variables, o si la relación entre las variables es positiva o negativa, etc. La finalidad es probar si dos registros de muestra aleatoria tomados de los cuadros de intervención 1 y 5 se encuentran correlacionados entre sí.

Posteriormente se decide hacer un segundo análisis estadístico en donde se somete a una prueba de hipótesis en con un error del 5% esto con la finalidad de saber si las hipótesis planteadas tiene confiabilidad por lo cual se recurrió a una prueba **“t de Student”**. La distribución t (de Student) es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar el tamaño de la muestra cuando esta es pequeña, así como del nivel de confianza. En las hipótesis planteadas. La distribución *t* surge, en la mayoría de los estudios estadísticos prácticos, cuando la desviación típica de una población se desconoce y debe ser estimada a partir de los datos de una muestra.

Una vez hechos los cálculos correspondientes se pueden advertir los siguientes resultados.

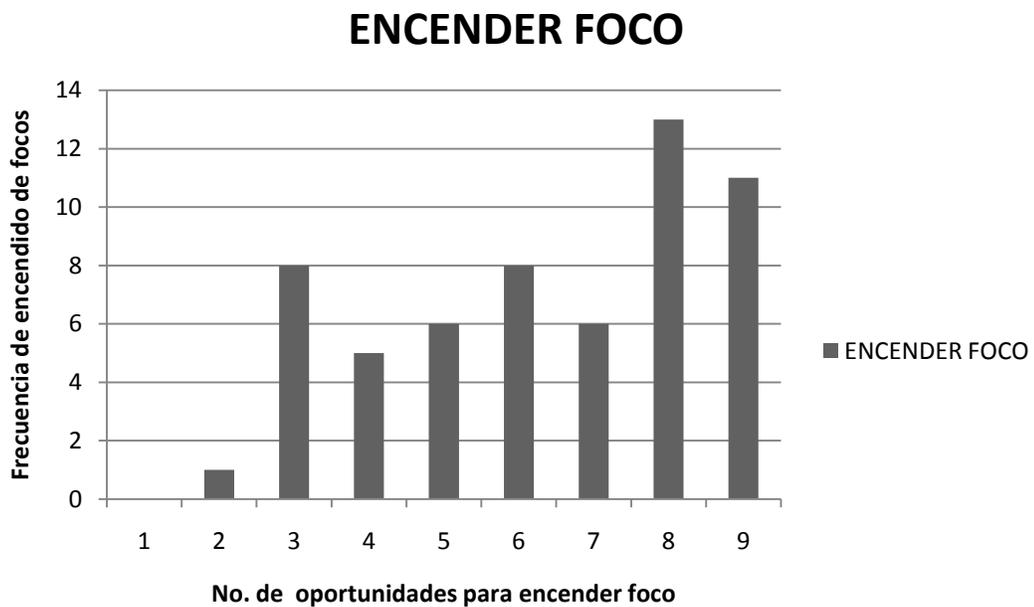
1. La Interpretación de datos en ambas actividades al principio las frecuencias no manifestaron un cambio de conducta, mas sin embargo al incrementar el número de sesiones se observo una respuestas viso motriz.
2. Del registro se tomaron 30 datos para el estudio de encender y apagar focos de colores y lanzar la pelota , en el cual solo se extrajeron al azar 9 datos ordenados desde la primera y hasta la última fecha de un mes de trabajo.

No.	NO ENCENDER FOCO	ENCENDER FOCO	LANZAMIENTO DE PELOTA
1	1	0	0
2	2	1	0
3	1	8	1
4	1	5	1
5	2	6	2
6	1	8	3
7	2	6	4
8	5	13	4
9	4	11	3

TABLA 1: Registro de la actividad de encendido y apagado de los focos y de la actividad de lanzamiento de pelota

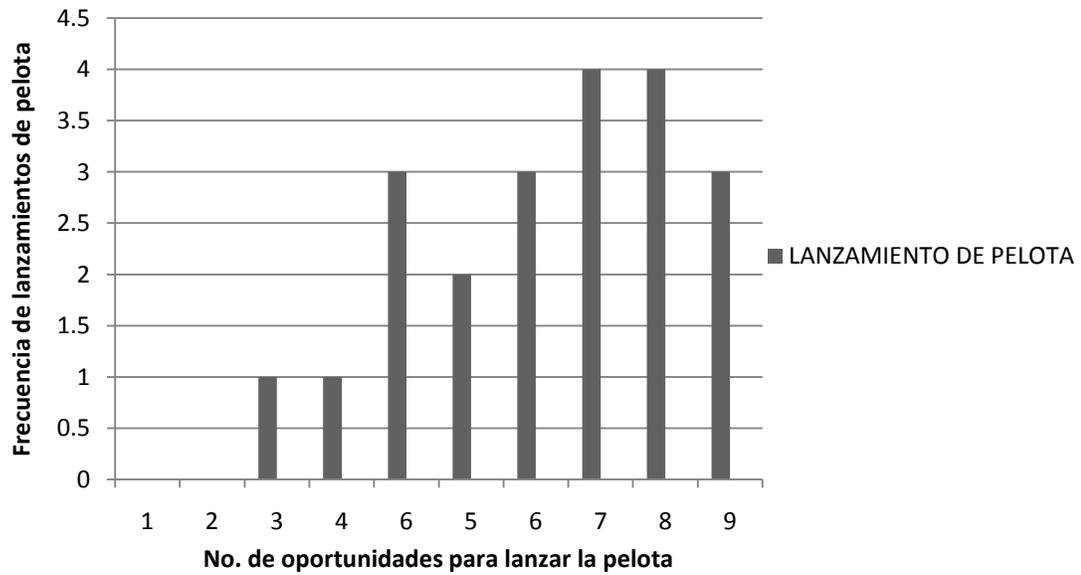
No.	ENCENDER FOCO	LANZAMIENTO DE PELOTA
1	0	0
2	1	0
3	8	1
4	5	1
5	6	2
6	8	3
7	6	4
8	13	4
9	11	3

TABLA 2: muestra aleatoria y representativa de dos muestras independientes.



Grafica 1 de Frecuencia Aleatoria de ENCENDER FOCO

LANZAMIENTO DE PELOTA



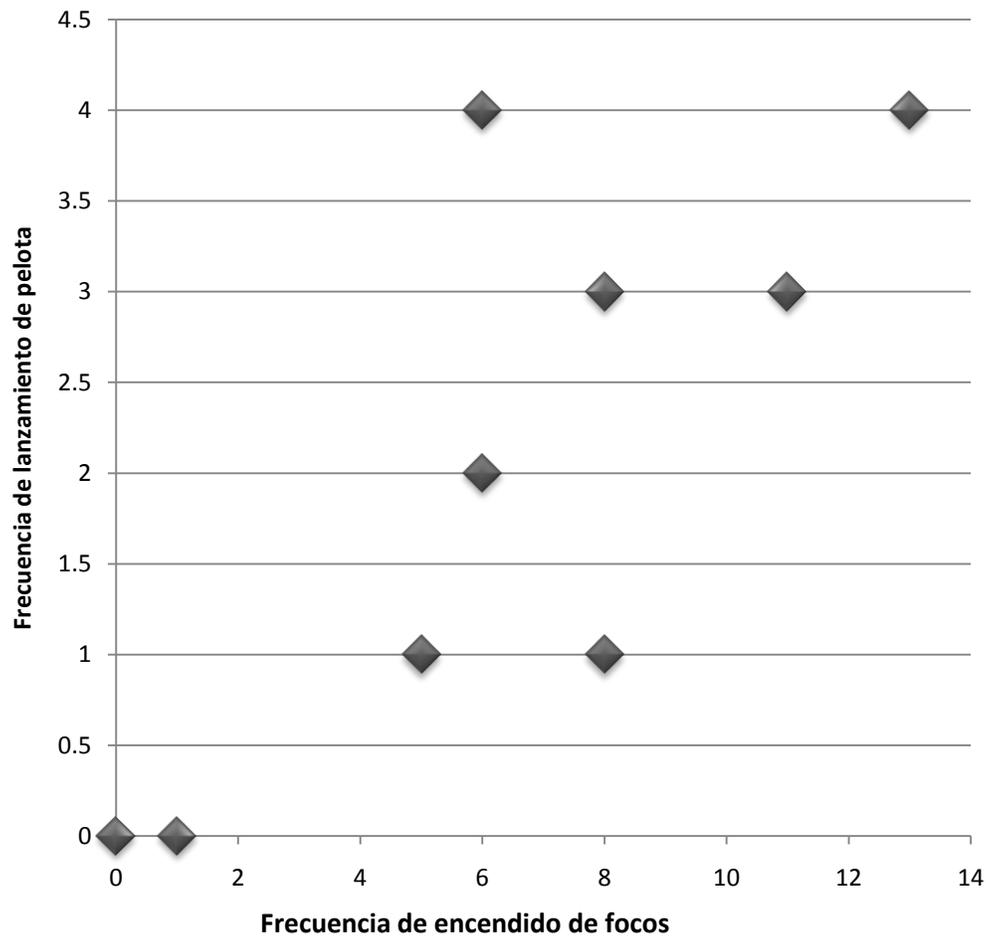
Grafica 2 de frecuencia aleatoria de LANZAMIENTO DE PELOTA

ENCENDER	LANZAR			
X	Y	X^2	Y^2	XY
0	0	0	0	0
1	0	1	0	0
8	1	64	1	8
5	1	25	1	5
6	2	36	4	12
8	3	64	9	24
6	4	36	16	24
13	4	169	16	52
11	3	121	9	33
\sum_x 58	\sum_y 18	\sum_{X^2} 51	\sum_{Y^2} 56	\sum_{XY} 158

Tabla 3 cálculo de correlación entre las muestras aleatorias ENCENDER Y LANZAR

<p style="text-align: center;">Formula $\frac{r=SCxy}{\sqrt{SCx \cdot SCy}}$</p>	<p>Cálculo 1</p> $SCx = \sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}$ $SCx = 516 - \frac{(58)^2}{9}$ $SCx = 516 - (3364) =$ $SCx = 516 - 373.77$ <p><u>SCx = 142.23</u></p>
<p>Cálculo 2</p> $SCy = \sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}$ $SCy = 56 - \frac{(18)^2}{9} =$ $SCy = 56 - (324) =$ $SCy = 56 - 36$ <p><u>SCy = 20</u></p>	<p>Cálculo 3</p> $SCxy = \sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{n}$ $SCxy = 158 - \frac{(58)(18)}{9} = 1044$ $SCxy = 158 - \frac{1044}{9} =$ $SCx = 158 - 116$ <p><u>SCxy = 42</u></p>
<p>Cálculo 4</p> $\frac{r = SCxy}{\sqrt{SCx \cdot SCy}}$ $\frac{r=42}{\sqrt{(142.22)(20)}}$ $\frac{r=42}{\sqrt{(2844.4)}} =$ $\frac{r=42}{53.33} = 0.787$ <p><u>r = 0.787</u></p>	<p>El resultado de r calculada es:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 20px auto;"> <p style="text-align: center;">r = 0.787</p> </div>

Tabla 4 cálculos de “r de Pearson” para obtener correlación entre dos muestras aleatorias



Grafica 6 de frecuencia dispersa entre LANZAR LA PELOTA Y ENCENDER FOCO

Se concluye que los efectos psicológicos (procesamiento de la información) no se ven afectados pues sí existe una correlación entre el lanzamiento de pelota y el encendido de los focos.

Por lo cual se decide realizar un segundo calculo que es someter la “r de Pearson” a una prueba “T de Student” para saber si tiene la confiabilidad, validez y error, a través y como primer paso de un planteamiento de hipótesis, como segundo paso una prueba de estadística, como tercer paso una regla de decisión, como cuarto paso realizar los cálculos, como quinto paso tomar una decisión estadística y como sexto paso una interpretación. Se conoce los pasos anteriores como prueba de hipótesis. A continuación se presentan los cálculos de los seis pasos anteriores.

Paso 1: planteamiento de hipótesis

Hinv: _____

$$p \neq 0$$

$$H_i: p \neq 0$$

hay **correlacion** entre el lanzamiento de pelota VS. el encededido de focos

$$H_o: p = 0$$

Paso 2: "Prueba T de Student"

$$t_{calc} = \frac{r}{\sqrt{\frac{1-r^2}{n-2}}}$$

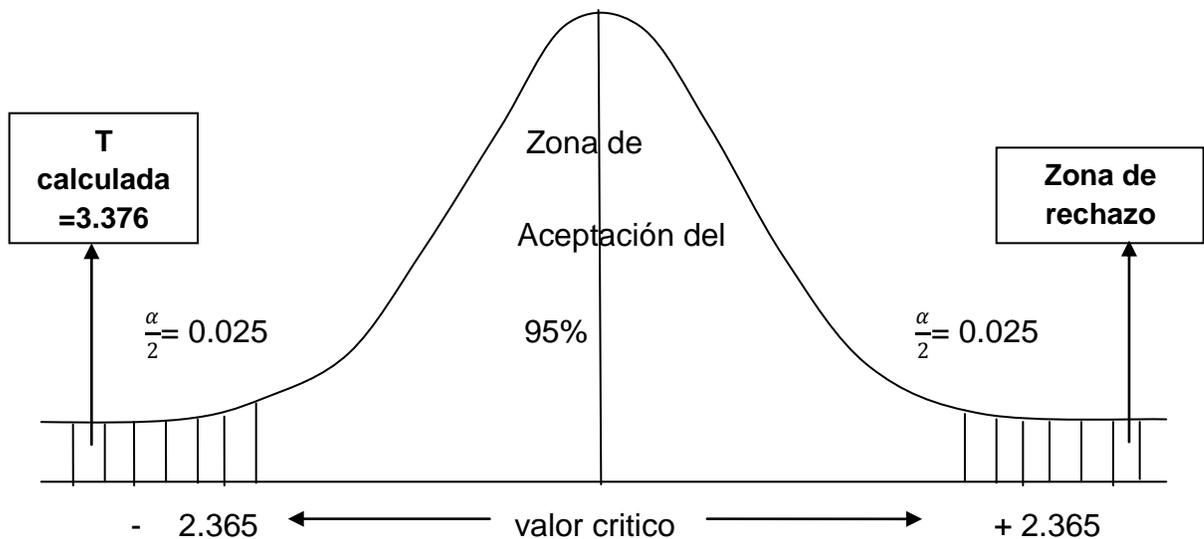
Paso 3: Regla de decisión

$$|t_{calc}| > |t_{tab}| \text{ rechaza } H_o.$$

Paso 4: Cálculos

$$t_{calc} = \frac{r}{\sqrt{\frac{1-r^2}{n-2}}} = \frac{0.787}{\sqrt{\frac{1-(0.787)^2}{9-2}}} = 3.376$$

Paso 5: decisión estadística prueba "T de Student"



Por lo anterior podemos concluir que con una confianza del 95% y con un error de 5% se rechaza H_0 , diciendo que existe correlación en el lanzamiento de pelota y el encendido de focos cometiendo el error tipo II. Es decir que se rechaza que los efectos psicológicos (procesamiento de la información) en el niño autista con síndrome asperger no se ven afectados entonces no influirán en el ámbito socioafectivo.

Por lo explicado anteriormente se concluye que los cuadros de intervención y el trabajo que se realizó con el sujeto de estudio ayudaron a incrementar el proceso educativo y cognitivo de un niño que cuenta con un diagnóstico en Autismo Síndrome Asperger. Por lo cual se pueden ofrecer estrategias de planeación para el trabajo con niños autistas que se pueden implementar con padres de familia y profesores.

CONCLUSIONES

La utilización del término “autista”, esta tan de moda en ciertas especialidades, y puede hacer que la perspectiva sólo se centre en los trastornos; que pase por alto los compromisos solidarios con las personas; que se les dificulte la integración y, por tanto, que se incremente la marginación social. La comprensión psicológica del trastorno autista es clave para el tratamiento que cada niño requiere por ello es necesario ir más allá de la conducta y captar su modo de ver y sentir el mundo desde una perspectiva humanista en la que sean estos niños personas iguales a las demás. Para avanzar en esta comprensión es necesaria la investigación evolutiva desde las primeras etapas del desarrollo del ser humano.

Se hace imprescindible una formación y una información específica y constante de los profesionales implicados en su educación y tratamiento. Por lo que el tratamiento no puede limitarse a la enseñanza de estrategias y habilidades sociales, es necesario fomentar el desarrollo de la cognición social y afectivo-emocional, teniendo en cuenta que la meta de trabajar con niños autistas y la educación es mejorar su autonomía y calidad de vida.

Es sin duda muy recomendable hacer un mayor esfuerzo en informar a las familias sobre cuáles son las líneas de investigación que se siguen

actualmente. Y desde luego el foco del tratamiento ha de ser las competencias, intereses, preferencias y la calidad de vida de la persona con Síndrome de Asperger.

La educación, el asesoramiento familiar, la atención psicológica y médica, la creación de centros e instituciones que puedan atender a los niños y que en un futuro serán adultos son las necesidades a corto plazo de los autistas. El recurso principal de ayuda a largo plazo es la investigación. La esperanza de curación del autismo depende de los esfuerzos y avances de los investigadores en la búsqueda de causas y procedimientos terapéuticos. Hasta ahora, el autismo ha sido "reacio" a mostrar sus secretos y es aún muy desconocido en sus mecanismos íntimos, pero esto no debe llevar al pesimismo o a abandonar los esfuerzos de investigación. Sus resultados pueden ser a largo plazo pero tienen una importancia fundamental.

El gran deseo de muchos jóvenes y adultos con trastornos autistas es no verse excluidos del ejercicio de actividades sociales. Tienen más tiempo libre del que pueden tolerar. La falta de experiencia de éxito y la exclusión del mundo (laboral) de la comunicación favorecen la aparición de actividades sustitutorias que incluso pueden llegar a ser autolesivas. Muy pocos adultos autistas con problemas de integración llegan a ser, por sí mismos, capaces de estructurar con sentido su tiempo libre. Las medidas para la estructuración del tiempo libre que son fundamentalmente de integración social, estimulan la maduración social, liberan a las familias, amplían la conciencia social y la capacidad de empatía, y facilitan la integración en el mundo laboral.

Finalmente, la última necesidad esencial de las personas autistas es la de ser comprendidas y aceptadas. Es decir, es preciso desarrollar una mayor sensibilidad social hacia sus problemas y necesidades.

Cada uno de nosotros puede contribuir a ello con sus recursos intelectuales, emocionales y materiales. Muchos de los problemas de las personas con autismo se resolverán cuando todos nos convenzamos de que el autismo no es ajeno a nosotros y exige la colaboración de todos los que puedan sentirse integrados en la empresa de incorporarse a los demás a un mundo significativo y humano.

Por los retos importantes para responder a las necesidades de los afectados y sus familias. Es necesario acompañar, dar tiempo a las familias, respetando su propia dinámica y a las asociaciones, promoviendo un sentido de realismo y actitud crítica y positiva ante la situación, de modo que se pueda afrontar el futuro con optimismo, pero asumiendo que es imprescindible la colaboración y el compromiso entre las familias, los profesionales y los responsables administrativos. Hay que asegurar la implicación de las familias y sus agrupaciones, ayudándoles a estar formados para que logren ser agentes activos.

Es necesario que los profesionales, especialistas y directivos de los servicios asuman el reto de compartir conocimiento en un marco de colaboración multilateral, así como el reto de promover el desarrollo organizativo, generalizando las buenas prácticas, desarrollando nuevos servicios, para atender a las familias de acuerdo con su ciclo vital y esforzándose por trabajar la calidad y el talento organizativo. Se trata de promover el surgimiento de un nuevo perfil de profesional, más preparado técnicamente, más comprometido y más solidario.

Finalmente, en relación a la investigación los retos tienen que ver con la complejidad de los trastornos que se intentan comprender y solucionar. El estudio de los trastornos del espectro autista requiere analizar un gran número de variables (genes, proteínas, receptores celulares, procesos de maduración neurológica, procesos mentales, conductas, etc.), por lo que se requieren esfuerzos interdisciplinarios, la colaboración de muchos afectados como participantes en los estudio y de familiares. Todo esto conlleva elevados costes para la financiación de los recursos necesarios asociados a la investigación. Pero juntos podemos crear el puente hacia el futuro, un futuro más positivo y esperanzador para todos.

Por último considero muy importante que todos tomemos debida conciencia de los riesgos a que estamos exponiendo a la humanidad y actuemos en consecuencia, por lo menos dentro del ámbito que nos toca.

GLOSARIO

1. **Ansiedad.** Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.
2. **Autismo.** Trastorno mental que afecta especialmente a los niños. El sujeto se aísla del entorno, encerrándose en sí mismo y concediéndole una atención cada vez menor a la realidad que lo rodea.
3. **Capacidades.** Son aptitudes mentales hipotéticas que permitirían a la mente humana actuar y percibir de un modo que trasciende las leyes naturales.
4. **C.I. (Cociente de inteligencia).** Es un número índice resultado de la división entre la edad medida por diferentes tests y la edad cronológica. Es una cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee un individuo en relación con otros sujetos de su misma edad. El CI tiende a permanecer relativamente estable a lo largo del tiempo.
5. **Conducta.** Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.
6. **Culpa, sentimiento de.** Experiencia dolorosa que deriva de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas personales o sociales.
7. **Ecolalia.** Repetición patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.
8. **Emoción.** Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente,

acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

9. **Esquizofrenia.** Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad.
10. **Habilidad.** Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.
11. **Hábito.** Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática.
12. **Imitación.** Adquisición voluntaria de una conducta observada en otras personas. Elemento fundamental del aprendizaje.
13. **Inadaptación social.** Estado en el que el sujeto establece unas relaciones conflictivas con su entorno social.
14. **Memoria.** Capacidad mental de conservar y evocar cuanto se ha vivido. Fenómeno psíquico muy complejo en el que entran en juego el psiquismo elemental (rastros que las sensaciones dejan en el tejido nervioso), la actividad nerviosa superior (creación de nuevas conexiones nerviosas por repetición, es decir, reflejos condicionados) y el sistema conceptual o inteligencia propiamente dicha. Actividad específicamente humana en cuanto comporta el reconocimiento de la imagen pasada como pasada.
15. **Miedo.** Reacción emotiva frente a un peligro reconocido como tal en estado de conciencia.
16. **Mutismo.** Incapacidad para hablar no provocada por lesiones en las cuerdas bucales.
17. **Paranoia.** Delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica aparentemente perfecta y sin deterioro intelectual. La paranoia

es raro que se establezca de forma pura, por eso es más conveniente hablar de personalidad paranoica, cuyos rasgos esenciales son una exagerada susceptibilidad, una hipervaloración del yo, desconfianza y una construcción mental peculiar.

18. **Personalidad.** Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

19. **Psicopatía.** Nombre genérico de un trastorno mental que se caracteriza por un comportamiento asocial.

20. **Psicótico.** Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica.

21. **Ritual.** Conjunto de actos realizados de modo repetitivo. Típico de las conductas obsesivas.

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuariaguerra, “Manual de Psiquiatría Infantil”
2. Álvarez, L. (2007). “Prácticas de psicología de la educación. Evaluación e intervención psicoeducativa”. Ed. Pirámide. Madrid.
3. Andolfi, M “Terapia familiar”. Ed. Paidos
4. American Psychiatric Association 1980 y revisado en 1987 (DSM-III)
5. Bateson, Gregory y otros, “Interacción familiar”. Ed. Paidos Buenos Aires(2005).
6. Buber, M. (2004) ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica.
7. Braunes, Françoise “Vivir con un niño autístico” Ed. Paidos
8. Brennan Wilfred, “El curriculum para niños con necesidades educativas especiales” siglo XXI editores, (2004)
9. Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
10. Castañeda, De la torre, Moran, Lara “Metodología de la investigación”(2002) Editorial McGraw Hill México
11. Cueli, José “Teorías de la personalidad” Ed. Trillas México (1972)
12. Cloninger, Susan C “Teorías de la Personalidad” 3ra. Edición Ed.

Prentice Hall México (2003)

13. Darling-Hammond, Linda (2002), "La valoración de la diversidad", en *El derecho de aprender. Crear buenas escuelas para todos*, Fernando Maruhenda Fluixá y Antonio Portuela Pruaño (trads.), México, Ariel Educación/SEP (Biblioteca para la actualización del maestro), pp. 175-180
14. Engler, Barbará "Introducción a las Teorías de la Personalidad" 4ta. Edición, Ed. Mc Graw Hill México (2002)
15. Figueroa, G "La psicopatología General en la actualidad Revista de Psiquiatría" año 50, vol XXXIV No. 4
16. Frankl, V. (1991). "El hombre en busca de sentido". Barcelona: Ed Herder.
17. Fritz, Perls "Teoría y práctica Gestalt" ed. Pax de México 2003
18. García Cedillo Ismael *et al.* (2000), "De la discapacidad a las necesidades educativas especiales", en *La integración educativa en el aula. Principios, finalidades y estrategias*, México, SEP. pp 45-52
19. García Cedillo Ismael *et al.* (2000), "Las adecuaciones curriculares", en *La integración educativa en el aula. Principios, finalidades y estrategias* México, SEP., pp. 125-178. Kanner
20. Grados A, Jaime "Capacitación y Desarrollo de Personal". editorial TRILLAS 2001
21. Hartmut R. P. Janetze "El autismo" Editorial Acento
22. Horney, K. (2002). "Neurosis y Madurez". Buenos Aires: Siglo XXI
23. Jaspers, C. (2006). "Psicopatología General". México: Fondo de Cultura Económica
24. Lacan Jaques "La Psicosis" Ed Paidos 2000

25. Lafarga, J y Gómez del Campo, J (2003). Desarrollo del potencial humano. (4 vols). México. Trillas.
26. Lorna Wing y otros “Autismo Infantil. Aspectos Médicos y Educativos” Ed. Santillana
27. Lowen, A. (2001). “Bioenergética”. México: Diana.
28. MASLOW, Abraham. (2002). El hombre autorrealizado. Barcelona: Ed. Kairós.
29. MASLOW, Abraham. (2002). “La Personalidad Creadora”. Barcelona: Ed. Kairós
30. Maturana, H. (2007) “El sentido de lo humano”. Santiago de Chile. Dolmen/Granica
31. May Coleman y otros “El Autismo. Bases Biológicas” Ed. Martínez Roca
32. M, Perron Borelli y R.Perron, “El examen Psicológico del niño”, ed. Paidós 2003
33. Mohammad, N. “Metodología de la investigación” (1990) Editorial Noriega Limusa México.
34. Pentti Routio “Estudio de Caso” (2004)
35. Piaget Jean “El nacimiento de la Inteligencia en el niño” Ed Paidos
36. Piaget, Jean “La psicología del niño”. Ed. Morata, Madrid
37. Ponlantio A. “Introducción al estudio científico del autismo infantil”. Editorial Alhambra, España.(2002)
38. Poggi Margarita, Fragerio Graciela “El análisis de la Institución Educativa” Ed. Santillana 2002
39. Plaino Lorente A. “El impacto del niño autista en la familia” Ed. Rialp. Madrid
40. Programa de Estudio, Licenciatura en Educación Preescolar / Necesidades Educativas Especiales / Ed. 2005-2006 SEP.
41. Programa de Educación Preescolar 2004, México, “Lenguaje y

Comunicación y Desarrollo físico y Salud”, en pp. 57-70 y 105-114. SEP
(2004)

42. Roger Carl, 1972) “El proceso de convertirse en persona”. Paidós:
Barcelona

43. Rogers, Carl (1972) “El proceso de convertirse en persona”. Paidós:
Barcelona. pp. 41

44. Rogers, C. (1974). “Libertad y creatividad en la educación”. Buenos
Aires: Paidós

45. Rogers, C (1975) “Psicoterapia centrada en el cliente” Ed. Paidós

46. Rogers, C.; Stevens, B. (1980). “Persona a Persona” . Ed. Buenos Aires:
Ammorrortu

47. Rutter, 1978a; Mundy, Sigman, Ungerer & Sherman, 1986; Volkmar,
Cohen & Paul, “ESTUDIOS SOBRE AUTISMO” (1999)

48. Sanchez - Rivera y otros. (2006).”Integración... y Psicología Humanista”.
(volumen 5). Madrid: Ed: Marova

49. SEP. /Cooperación Española (2000), “¿Cómo valorar las necesidades
educativas especiales?”, núm. 2 de la serie Integración Educativa

50. Serrano Marisa, “Relaciones Humanas y Educación” de. Estrada 2003

51. Tustin, F “Estados Autísticos en los Niños” Ed. Paidós

52. Tustin F. Buenos Aires Autismo y psicosis infantil” Ed. Paidós

53. Wolff, Werner “Introducción a la Psicología, una Visión Científico
Humanista” Ed Alhambra S.A., México pp 446 (2004)

54. Yalom, I. D. (2002). “El don de la terapia. Carta abierta a una Nueva
Generación de Terapeutas y a sus Pacientes”. Buenos Aires, Editores.

ANEXO 1

“La virtud, el honor y la ley se han esfumado de nuestras vidas”

Eduardo Galeano

ANEXO 1 CUADROS DE INTERVENCIÓN EN ESTUDIO DE CASO

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA Y EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Necesidad de apropiarse de un código comunicativo útil.</p> <p>Necesidad de participar al máximo del currículo ordinario.</p> <p>Necesidad de desarrollo cognitivo, motor, afectivo y social.</p> <p>DISCAPACIDAD: Niños con autismo</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p>	<p>Que el docente junto con el grupo seleccione material con presentaciones más visuales.</p> <p>Que los alumnos aprendan contenidos sobre autismo (esto en caso de asistir a una institución donde halla niños que no tengan autismo).</p> <p>Que el alumno interprete, exprese y represente conceptos y procesos del medio social y</p>	<p>Percepción de los sabores a través de los sentidos.</p> <p>Comunicación gesticular.</p> <p>Comunicación verbalizada.</p>	<p>SESIÓN 1: “NOS CONOCEMOS”</p> <p>Proporcionar al niño/a un ambiente acorde con sus necesidades e intereses que le permita desarrollarse sin sensación de fracaso y frustración y claro sin la sensación de presión o generar stress para el menor. Generar estímulos adecuados a l</p>	<p>SESIÓN 2</p> <p>*Fotográficas de la familia</p> <p>SESIÓN 3</p> <p>* tabla de perfofel</p> <p>*focos de colores</p> <p>* gomitas de dulce</p> <p>*cereal</p> <p>*gelatina</p>	<p>Se inicia con la evaluación de conocimientos que se tienen previos del alumno.</p> <p>Se evalúa el código de comunicación para la revisión de competencia curricular.</p> <p>Se evalúa entrevista y situaciones de problemas familiares.</p> <p>Se evalúa el grado de</p>	

<p>Sexo : Masculino</p>	<p>cultural, mediante diferentes lenguajes (oral, escrito, plástico, y no verbal).</p>		<p>tipo de actividades que se estén planeando para que se faciliten los procesos de aprendizaje en base al propio ritmo del menor y en el marco educativo.</p> <p>SESIÓN 2: “CONOCEMOS NUESTRAS FAMILIAS”</p> <p>Pedir fotografías de los miembros de la familia al padre o tutor. Invitación de alguno de sus padres para que realice con él o ella la actividad, de juego libre en</p>		<p>participación en pequeños grupos de asamblea.</p> <p>Se evalúa la valoración de contenidos actitudinales.</p> <p>Se evalúa la valoración de la implicación familiar y el niño.</p>	
---	--	--	--	--	---	--

donde lo que se busca es que los padres se acepten con sus hijos sin temor de que los demás los vean y juzguen por creer que hacen el ridículo.

SESIÓN 3“LOS SENTIDOS”

Elaboré un tabla de perfocel con cuatro focos de diferentes colores,(rojo, verde, azul, y ámbar-amarillo) y cuatro apagadores conectados con los focos cada uno, al conectarse a la

			<p>corriente eléctrica, los focos encendían al presionar cada apagador, por medio de instrucción le indicaba al menor que presionará los apagadores en cada foco por colores.</p> <p>Coloque diversos materiales en la mesa de trabajo para que el alumno tocara todos los materiales como él quisiera y de manera libre, así como también el trabajar con materiales</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			comestibles, los cuales se presentaran en la mesa de trabajo y posteriormente se colocaran en un lugar en alto para que él se levante y estire.			
--	--	--	---	--	--	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Necesidad de comunicación oral y desarrollo del lenguaje complementario y aumentativo.</p> <p>Necesidad de movilidad acceder a todas las situaciones de aprendizaje y experiencias.</p> <p>DISCAPACIDAD:</p> <p>“Niños con autismo-</p>	<p>Introducir objetivos adecuados de etapa y áreas que acepten las diferencias y desarrollar su autonomía.</p> <p>Desarrollar la capacidad de conocimiento y desenvolvimiento en el entorno.</p> <p>Que los mensajes y las instrucciones sean sencillos, atendiendo a la movilidad expresiva.</p> <p>Valorar el</p>	<p>*Reconocimiento</p> <p>*observación establecer y mantener contacto visual.</p> <p>*identificación de objetos a través de sonidos</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>Actividades motrices en un salón donde haya espejo acondicionado con colchonetas para poder rodar y estimular por medio de masaje y ejercicios las extremidades y algunas partes del cuerpo del menor.</p> <p>SESIÓN 2 “SALIDA AL PARQUE”</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>*colchonetas</p> <p>*espejos</p> <p>SESIÓN 2</p> <p>*silla de ruedas</p> <p>* hojas blancas</p> <p>*cámara fotográfica</p>	<p>Se evaluara la participación individual y si existe interacción grupal también se hará de manera grupal.</p> <p>Y el posible estímulo que reciba al reconocer algunas partes de su entorno.</p>	

<p>deficientes motrices”</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p> <p>Sexo : Masculino</p>	<p>esfuerzo que realiza y no el resultado obtenido.</p> <p>Atender ciertos contenidos de validez para su vida y la importancia de esta para que se facilite.</p>		<p>Salir a la calle con la supervisión de los profesores, especiales y padres de familia o tutores.</p> <p>Identificar, observar y registrar todos los factores que estimulan al menor y los que encuentra interesantes que conformen el parque</p>			
--	--	--	---	--	--	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Necesidad de adecuar la estimulación visual.</p> <p>Necesidad de recibir la información grafica de forma verbalizada</p> <p>Necesidad de consignas, e instrucciones claras.</p> <p>Necesidad de trabajar con un ritmo personal "lento" adquiriendo a su paso los contenidos de la curricula.</p> <p>Necesidad de</p>	<p>Educar en base de las características individuales.</p> <p>Comprender y producir mensajes orales y escritos en castellano o en su caso en su lengua materna.</p> <p>Adecuar las actividades en las relaciones de grupo.</p> <p>Establecer relaciones equilibradas y constructivas en situaciones sociales.</p>	<p>*Reconocimiento.</p> <p>*Relaciones interpersonales.</p> <p>*Adaptarse al medio donde se desenvuelve.</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>“LA IDENTIFICACIÓN”</p> <p>*identificar plantas y flores que existen y que lo rodean</p> <p>por medio de su sentido del olfato, la vista y el gusto</p> <p>SESIÓN :</p> <p>“LAS TARJETAS”</p> <p>Mostrar imágenes en las cuales hay objetos de la vida diaria, en una caja trate de poner el mayor número de objetos como los que había en las</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>*plantas y flores de todos tamaños, colores y olores.</p> <p>SESIÓN 2:</p> <p>* Tarjetas con diversas imágenes</p> <p>* caja de plástico</p> <p>* juguetes y objetos</p>	<p>Está evaluación es continua inicio el día</p> <p>SESIÓN 1:</p> <p>Observar las reacciones que se presentaron al tocar, acariciar y probara las plantas con las que interactuó el niño.</p> <p>SESIÓN 2</p> <p>Interpretación y decodificación de los estímulos que</p>	

<p>mejorar la movilidad y afianzar su seguridad de desplazamiento</p> <p>DISCAPACIDAD *“Niños Autistas</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p> <p>Sexo : Masculino</p>			<p>tarjetas para que cada vez que se le mostraba una tarjeta él buscara el objeto en la caja y me lo daría.</p> <p>SESIÓN 3: HABILIDADES Y DESTREZAS</p> <p>Destreza en el manejo de objetos y manipular instrumentos.</p>	<p>iguales a los de las tarjetas.</p> <p>SESIÓN 3:</p> <p>* Texturas</p> <p>* pelotas de plástico</p> <p>*deferentes tipos de objetos</p>	<p>se están recibiendo, localizar y utilizar diferentes recursos y fuentes de información.</p> <p>SESIÓN 3:</p> <p>Identificación de los diversos materiales y texturas, etc.</p> <p>Así como la manipulación de objetos que estén a su alcance.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Necesidad de desarrollo cognitivo.</p> <p>Necesidad de motivación y esfuerzo.</p> <p>Necesidad de desarrollar su autonomía.</p> <p>Necesidad de adquirir aprendizajes básicos</p> <p>Necesidad de desarrollar los aspectos psicomotores</p> <p>DISCAPACIDAD</p> <p>“Niños con Autismo con deficiente</p>	<p>Desarrollar una educación no discriminatoria que compense las dificultades de los alumnos y respete las diferencias individuales.</p> <p>Comunicarse a través de cualquier medio de expresión.</p> <p>Utilizar la resolución de problemas sencillos y funcionales.</p> <p>Desarrollar las habilidades necesarias para establecer relaciones equilibradas con</p>	<p>*Comunicarse a través de cualquier medio de expresión.</p> <p>*Desarrollar una educación no discriminatoria que compense las dificultades de los alumnos y respete las diferencias individuales.</p> <p>*Utilizar la resolución de problemas sencillos y funcionales.</p> <p>*Desarrollar las habilidades necesarias para establecer relaciones equilibradas con</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>Se agua e introducir pelotitas de plástico, posteriormente dar una nueva instrucción en la que se llene la jarra con agua y llevarla a determinado lugar en este caso una mesa donde se encontraran los vasos vacios, los cuales deberá llenar con el agua de la jarra.</p> <p>Mostrar las tarjetas de</p>	<p>*Bandeja de plástico.</p> <p>*pelotas de plástico pequeñas.</p> <p>*jarra con agua</p> <p>vasos</p> <p>* Material de tarjetas con imágenes de personas realizando acciones.</p>	<p>Se evaluara la participación en situaciones de comunicación relacionada con la actividad “escolar” respetando las normas que hacen posible el intercambio en situaciones y distintos tipos de emisión.</p> <p>Se evaluara el impacto ante cierto material didáctico utilizado como apoyo para el proceso de enseñanza/aprendizaje en el menor.</p> <p>La evaluación dentro de la resolución de</p>	

<p>mental”</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p> <p>Sexo : Masculino</p>	<p>las personas.</p>	<p>las personas.</p>	<p>personas realizando acciones para pedirle de manera verbal y visual que realice lo que se le pide.</p>		<p>problemas en su vida diaria.</p>	
---	----------------------	----------------------	---	--	-------------------------------------	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Necesidad de un contexto educativo directo estructurado y de ambiente natural.</p> <p>Necesidad de ambientes sencillos que faciliten una mejor percepción y percepción .</p> <p>Necesidad de aprender habilidades y estrategias de control.</p> <p>DISCAPACIDAD “ Niños Autistas con</p>	<p>Promover el desarrollo de los alumnos en diversas áreas.</p> <p>Facilitar el acceso y la participación en situaciones sociales.</p> <p>Generalizar las habilidades y aprendizajes a otros contextos.</p> <p>Desarrollar las relaciones sociales en los núcleos básicos , estableciendo vínculos y favoreciendo la normalización</p>	<p>Sociabilidad del menor</p> <p>Actividades deportivas</p> <p>Interacción con niños de otros grupos en actividades teatrales y de baile.</p> <p>Recibir órdenes y peticiones para traer y llevar cosas de un lugar a otro</p> <p>.</p>	<p>SESIÓN 1 “FUTBOL”</p> <p>En esta sesión se pretende jugar con una pelota de plástico para que sea más fácil su control y menos rígido.</p> <p>En esa actividad se involucran más niños para que puedan interactuar entre ellos (no precisamente tienen que ser sus</p>	<p>SESIÓN 1:</p> <p>*Pelota de plástico.</p> <p>*Porterías</p> <p>*canastas</p> <p>SESIÓN 2:</p> <p>*Grabadora</p> <p>*cd´s</p> <p>*espacio amplio</p>	<p>-La evaluación abarcara las áreas del desarrollo y de las conductas alteradas.</p> <p>-La explicación a los tutores y padres de familia se llevara a cabo cuando se estén desarrollando las actividades (por ejemplo la actividad de baile).</p> <p>Se reflejara por escrito los avances que el menor está consiguiendo o los posibles retrocesos, con</p>	

<p>alteraciones de la conducta”</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p> <p>Sexo : Masculino</p>	<p>y generalización a otros ámbitos sociales.</p> <p>Alcanzar gradualmente mayores grados de autonomía en actitudes habitual.</p>		<p>compañeros, pueden ser niños de otros grados y salones).</p> <p>SESIÓN 2:</p> <p>“BAILE”</p> <p>Nos moveremos unos con otros teniendo una pareja, la cual ira moviendo al menor al ritmo.</p>		<p>esta actividad en la que tiene que sociabilizar con otras personas.</p>	
---	---	--	--	--	--	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Un ambiente rico y estimulante, con diferentes opciones dentro y fuera de la institución o escuela (poder acceder a actividades recreativas y culturales).</p> <p>Un currículo adaptado a su capacidad.</p> <p>Actividades que le supongan un reto personal y escolar.</p> <p>Un programa de enriquecimiento físico y emocional.</p> <p>DISCAPACIDAD:</p>	<p>Fomentar sus intereses o los que consideremos intereses del menor y el desarrollo de sus capacidades sin llegar a presionarlo.</p> <p>Favorecer una buena imagen de si mismo.</p> <p>Propiciar las adaptaciones y favorecerlas en pro del menor.</p> <p>Adaptaciones en los elementos curriculares básicos, referentes a matizar,</p>	<p>Facilitar la integración de cada uno de los alumnos en la dinámica del grupo, impidiendo su asilamiento.</p> <p>Planificación de las técnicas de trabajo intelectual como parte integrante de los contenidos curriculares de las materias.</p> <p>Efectuar un seguimiento global del menor y del grupo para</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>“EL ZOOLOGICO”</p> <p>En esta sesión se busca que el menor asista a algún zoológico y observe los diversos animales que se encuentran ahí.</p> <p>En lo cual se busca que no únicamente el menor conozca a los animales por tarjetas si no que los observe vivos y los pueda escuchar.</p>	<p>*cuerdas</p> <p>*pelotas gigantes de plástico</p> <p>*alberca de pelotas</p> <p>*canchas de futbol</p> <p>*balones</p> <p>aros de plástico</p> <p>*alberca</p> <p>*colchonetas</p>	<p>La evaluación se realizara en función de cada alumno. Para valorar el trabajo, referente a “el uso de la alberca” únicamente porque en la institución en donde se realizo el trabajo cuenta con la alberca para la rehabilitación del menor.</p> <p>Así como la observación y el interés del menor en</p>	

<p>“Niños Autistas”</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad: 12</p> <p>Sexo : Masculino</p>	<p>contextualizar y priorizar objetivos y contenidos en áreas como matemáticas, lengua, resolución de problemas, etc.</p>	<p>facilitar en cada momento la respuesta educativa más ajustada a sus necesidades e intereses.</p> <p>Fomentar actividades en las que el menor colabore con el docente y con sus compañeros.</p> <p>Invitar y estimular a los padres y tutores a integrarse a actividades de apoyo al aprendizaje y orientación de su hijo.</p>	<p>SESIÓN 2</p> <p>“ACTIVIDADES DEPORTIVAS”</p> <p>La implementación de un profesor de educación física y en su defecto pues tener a la mano un fichero de actividades en las que se pongan en práctica los ejercicios para el menor, hacer uso de la alberca para lograr estimular al menor con este recurso y por último, incursión en el área de terapia física y rehabilitación.</p>		<p>estas actividades.</p>	
---	---	--	--	--	---------------------------	--

			Se pretende conseguir el apoyo de esta área.			
--	--	--	--	--	--	--

N.E.E	ADAPTACIONES CURRICULARES	HABILIDADES A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	FECHA EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Adquirir habilidades de comunicación funcionales.</p> <p>Aprender un código verbal y no verbal para interactuar.</p> <p>Ajustarse a normas básicas de intercambio comunicativo</p> <p>Con respecto a las alteraciones sociales, necesidad de:</p>	<p>Tener en cuenta el uso otros métodos cuando el objetivo de la enseñanza lo requiera, basados en las leyes del aprendizaje.</p> <p>Utilizar siempre que sea posible contextos y estrategias naturales con la finalidad de que se encuentre más en contacto con su entorno.</p> <p>Disposición adecuada del ambiente. Esto implica un control de todos los aspectos como claves estimulantes claras y consistentes (a ser posible considerar las preferencias o</p>	<p>Relacionar la actividad con ciertos momentos del día (rutina diaria).</p> <p>Enseñando los momentos más adecuados.</p> <p>Elección de recompensas que se otorgaran</p> <p>Establecer tipos de ayuda y materiales.</p> <p>Favorecimiento de la enseñanza con la interacción con</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>La resolución de diversas problemáticas de la vida diaria que se se llevaran a cabo de la siguiente manera saliendo del salón cerrando y después abriendo con llave. Después colocar todo el material en un estante o gaveta esto con la finalidad de que ayude a acodar las</p>	<p>SESIÓN 1</p> <p>*llaves del salón</p> <p>*estante o gaveta</p> <p>*material didáctico</p> <p>*</p>	<p>Evaluación continúa tomando en cuenta el lenguaje del niño utilizado de manera habitual y por tanto, el nivel real del desarrollo lingüístico del niño.</p> <p>Capacidad de simbolización ya que no es necesario recurrir al lenguaje para ello.</p> <p>Comportamiento social y las interacciones.</p>	

<p>Relacionarse, lo más posible con los demás en distintos contextos y situaciones.</p> <p>Con respecto a las alteraciones de conducta y respuesta extrañas al medio necesidad de: mejor percepción y comprensión de ambientes sencillos.</p> <p>Habilidades de control del entorno y de si mismo.</p> <p>Los objetivos son</p>	<p>intereses del menor, atención a las posturas del cuerpo o movimientos que interfieran la situación de enseñanza/aprendizaje y asegurar la atención de menor</p>	<p>otros alumnos.</p> <p>Registro y seguimiento grafico de la evolución</p> <p>Dar instrucciones claras, consistentes y concretas.</p> <p>Aumenta la intención de comunicación aprovechando la “intención de acción”, en el sentido de utilizar el deseo y necesidad del niño hacia un objeto o acción.</p> <p>Incremento de la interacción comunicativa.</p>	<p>cosas.</p> <p>Salir al baño en determinado horario para que pueda dejar el pañal en un periodo no muy largo.</p> <p>Abrir y cerrar las llaves del lavamanos así como bajar la palanca del sanitario.</p>		<p>El grado de motivación que presenta el niño al realizar algunas tareas encomendadas y que disposición tiene para esto.</p>	
---	--	---	---	--	---	--

<p>referentes a:</p> <p>fomentar la interacción en situaciones que dejen de ser solitarias para convertirse en sociales.</p> <p>Fomentar la intencionalidad comunicativa y que experimente la posibilidad de influir en el medio a través de cualquier forma de lenguaje.</p> <p>Facilitar la adaptación al medio,</p>						
--	--	--	--	--	--	--

<p>ofreciendo estrategias que le permitan organizarse.</p> <p>Fomentar el desarrollo cognitivo del alumno a través de la mejora de los procesos alterados y la adquisición de estrategias para afectar al medio.</p> <p>DISCAPACIDAD “ Niños Autistas”</p> <p>Nombre: D</p> <p>Edad:12</p> <p>Sexo: Masculino</p>						
---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

“La edad no protege contra la tontería y la ignorancia”

Sigmund Freud

ANEXO 2

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ALTERNATIVA PARA PADRES CON HIJOS AUTISTAS

PROPUESTA	Taller de intervención para padres con hijos autistas un enfoque humanista
DURACIÓN DEL TALLER	13 horas
NUMERO DE SESIONES	7
OBJETIVO GENERAL	Facilitar a los padres de niños con autismo el proceso de asimilación del diagnóstico a través del taller de intervención, con un enfoque humanista
SUJETOS	Sujetos en etapa adulta que tengan hijos con diagnóstico autista
ETAPAS	¿Porqué a mi? (identificación de sentimientos y emociones) ¿Cuál es mi sentir? (negación/enojo/depresión) ¿Hacia a donde vamos? (proceso de búsqueda entre padres e hijos)
EVALUACIÓN	Se llevara de acuerdo a la participación de los integrantes en cada una de las sesiones del taller y en la cual se buscara el avance de cada uno de los participantes

ETAPA	¿Porqué a mi? (identificación de sentimientos y emociones)
NUMERO DE SESIÓN	1
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Lograr en el adulto una identificación de los sentimientos y emociones
OBJETIVO ESPECIFICO	Lograr en el adulto una identificación de los sentimientos y emociones que tiene con respecto al diagnostico de su hijo y consigo mismo
PROPÓSITO	Que el sujeto se permita ver otras alternativas de superación
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Manifestación de los sentimientos, emociones e ideas que aun se encuentran ocultos
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • CD's de relajación • Sillas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Rapport • Dinámica de presentación • Discusión acerca de las experiencias de cada padre y su sentir con sus hijos • Discusión de cada participante de como recibió la noticia

ETAPA	¿Cuál es mi sentir? (negación/enojo/depresión)
NUMERO DE SESIÓN	2
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Procurar apertura de sus sentimientos y emociones
OBJETIVO ESPECIFICO	Que los participantes identifiquen todas esas emociones y sentimientos que se desataron a partir de recibir el diagnostico de sus hijos.
PROPÓSITO	Que el sujeto se permita ver más adelante junto con su hijo otras alternativas de superación
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Manifestación de los sentimientos, emociones e ideas que aun se encuentran guardadas
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Plumas o lápices • Grabadora • Cd's de relajación Colchonetas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Comentarios sobre la sesión anterior • Escribir en las hojas como se siente en especifico ese día • Hablar de la experiencias de cada miembro con el diagnostico de su hijo • Identificar, qué su sentir pudo ser parecido al de algún otro participante •

ETAPA	¿Hacia a donde vamos? (proceso de búsqueda de padres a hijos)
NUMERO DE SESIÓN	3
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Que los participantes conozcan el proceso que de ahora en adelante vivirán
OBJETIVO ESPECIFICO	Que a través de la exposición, el sujeto entienda cual es el rumbo que probablemente tomara su vida y sobre todo esa parte de expectativa que el padre tiene acerca de su hijo
PROPÓSITO	Que el sujeto se sienta identificado con alguna de las vivencias o de las partes expuestas.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Comprensión de sus situación
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Material de reflexión • Lecturas reflexivas • Hoja blancas • Lápices • Cd's de relajación • Grabadora
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Dinámica de integración • Dinámica de sensibilización • Por medio de dibujos ejemplifica como es que se ve interactuando con su hijo • Ejemplifica que es lo que desea para él o ella y su hijo en la vida • Explicaremos en que personas e instituciones puede apoyarse

ETAPA	¿Qué expectativa tengo con mi hijo?
NUMERO DE SESIÓN	4
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Lograr que los participantes exterioricen todas sus ideas hacia su hijo y como pudiera ser su vida futura.
OBJETIVO ESPECIFICO	Que el sujeto pueda asimilar el diagnostico de su hijo(a) y que tracen formas de una posible vida mejor para ellos y para sus hijos
PROPÓSITO	Motivar a que el sujeto tenga una tranquilidad, sin resentimientos, ni culpas y con una idea más clara del diagnostico de su hijo para una calidad de vida mejor.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Reflexión, autoconocimiento y la posible creación del vinculo familiar madre e hijo, padre e hijo o incluso ambos.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices • Hojas de periódicos • Cinta adhesiva
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Dinámica de integración “los burritos” • Dinámica de sensibilización • Diálogos sobre la temática tratada • Identificación de fortalezas y debilidades.

ETAPA	¿Cómo puedo ayudarlo ahora que se que es autista?
NUMERO DE SESIÓN	5
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Lograr que el participante se de cuenta de que existen más alternativas para salir adelante.
OBJETIVO ESPECIFICO	Elegir aquellos hechos y aspectos que no se habían considerado y que el participante crea lo más conveniente.
PROPÓSITO	Que a través del consejo dado de un participante a otro, se dé cuenta que no es el único que tiene esta situación y que por medio de dichos consejos encuentre un alivio en su vida con la implementación de estos consejos
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Receptividad, escucha, tomar en cuenta las nuevas posibilidades de solución al problema.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Cd's de relajación • Reflexión en "caballo sediento" • Ropa cómoda • Colchonetas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogo • Exposición de vivencias • Intervención con reflexión

ETAPA	¿En quién me puedo apoyar?(recursos interdisciplinarios e instituciones)
NUMERO DE SESIÓN	6
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Analizar cada una de las soluciones propuestas en la sesión anterior.
OBJETIVO ESPECIFICO	Determinar lo que podría ocurrir si se ponen en práctica los consejos y soluciones que se recibieron en la sesión pasada
PROPÓSITO	Acercar a los participante a manera de primer opción y junto a los consejos recibidos, los recursos e información así como las instituciones con la que puede contar para la atención de su hijo
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Toma de decisiones y conocimiento del directorio de instituciones a las que puede acudir
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Directorio de instituciones especializadas en autismo, hospitales, clínicas, médicos, etc. • Hojas blancas • lápices
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las consecuencias que llevarían a la NO atención de su hijo por medio de personal capacitado. • Dialogo de los padres sobre los servicios que les gustaría recibir en la institución.

ETAPA	Es mi hijo y lo amo (aceptación)
NÚMERO DE SESIÓN	7
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Que el participante identifique en que etapa se encuentra, para que de manera personal se dé cuenta cual es la situación actual de su hijo y de ellos mismos física, emocional, etc. Conocer los cambios que han surgido en la manera de pensar y sentir con respecto a su hijo y su situación
OBJETIVO ESPECIFICO	Conocer si se facilito el proceso de aceptación de condición del participante con su hijo por medio del taller
PROPÓSITO	Aceptación de las limitantes de su hijo y de las suyas para logra el punto de equilibrio entre estas dos personas. Difusión y aplicación de este taller en otras zonas en donde se encuentre población con autismo.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Reconocimiento de sus propios avances y limitaciones.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Plumones y marcadores • Bolsa de papel desechable • Hojas blancas • Lápices
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Dinámica de integración • Realización de dibujos de ellos con sus hijos. • Dinámica “tirando mi debilidad” • Comentarios finales retroalimentación y cierre

ANEXO 3

“El estar en posición de saber y no hacer nada te hace directamente responsable de las consecuencias. No es enemigo solamente aquel que te mata, sino también el que es indiferente”

Teresa Ulloa Ziaurriz. Cord. Gral de Defensoras Populares, A.C (DPAC) de México

ANEXO 3

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ALTERNATIVA PARA PROFESORES CON ALUMNOS QUE PRESENTEN AUTISMO

PROPUESTA	Taller de intervención para profesores con alumnos que presentan autismo.
DURACIÓN DEL TALLER	11 horas
NÚMERO DE SESIONES	6
OBJETIVO GENERAL	Facilitar a los profesores y en general al personal que labora con niños autistas las técnicas y la información que se requiere para el trabajo diario a través del taller de intervención.
SUJETOS	Sujetos en etapa adulta que tengan alumnos con diagnóstico autista
ETAPAS	<p>¿Qué es el autismo? (¿Que entendemos por autismo?)</p> <p>¡Maestro (a) su alumno es autista! (principales rechazos, barreras y bloqueos que surgen)</p> <p>¿Y ahora como le hago? (identificación de mis fallas y las estrategias que estoy implementando en la enseñanza)</p> <p>¿Mi salón es una simple guardería?(identificación de las necesidades educativas especiales)</p> <p>¿Cómo estoy interviniendo para ayudarlo?</p> <p>¿En quién me puedo apoyar?(recursos interdisciplinarios e instituciones)</p>
EVALUACIÓN	Se llevará de acuerdo a la participación de los integrantes en cada una de las sesiones del taller y en la cual se buscará el avance de cada uno de ellos

ETAPA	¿Qué es el autismo? (¿Que entendemos por autismo?)
NUMERO DE SESIÓN	1
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos.
OBJETIVO PARTICULAR	Identificar como entienden los docentes el concepto de autismo.
OBJETIVO ESPECIFICO	Lograr en el adulto una identificación del concepto de autismo que se tiene con respecto al niño.
PROPÓSITO	Que el sujeto se permita ver y conocer otras alternativas.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Manifestación de los sentimientos, emociones e ideas que aun se encuentran ocultos.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • CD´s de relajación • Sillas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Rapport • Dinámica de presentación • Discusión acerca de la temática y sus experiencias en este ámbito. • Discusión de cada participante con la temática

ETAPA	¡Maestro (a) su alumno es autista! (principales rechazos, barreras y bloqueos que surgen)
NUMERO DE SESIÓN	2
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Procurar apertura de sus sentimientos y emociones y las reacciones que en primera instancia surgen cuando se tiene que trabajar con niños que tienen autismo.
OBJETIVO ESPECIFICO	Que los participantes identifiquen todas esas emociones y reacciones que se desataron a partir de recibir a estos niños con autismo.
PROPÓSITO	Que el sujeto se permita ver más adelante junto con su grupo otras alternativas y métodos de trabajo.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Manifestación de los sentimientos, emociones e ideas que aun se encuentran guardadas por temor a fracasar.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Plumones • Lápices, plumas • Hojas blancas • Reflexiones escritas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Rapport • Dinámica de integración • Discusión acerca de la temática y sus experiencias en este ámbito. • Estrategias que se han implementado para ayudar a sus alumnos.

ETAPA	¿Y ahora como le hago? (identificación de mis fallas y las estrategias que estoy implementando en la enseñanza).
NUMERO DE SESIÓN	3
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Escuchar por medio del dialogo las experiencias tenidas por otros docentes en el trabajo con niños autistas.
OBJETIVO ESPECIFICO	Propiciar el dialogo de los participantes y que identifiquen todas esas emociones y reacciones que se desataron a partir de recibir a estos niños con autismo.
PROPÓSITO	Que el sujeto se permita ver más alternativas de trabajo y de apoyos didácticos y métodos de trabajo que le faciliten su desempeño en beneficio de los niños.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Implementación de técnicas y métodos de trabajo que le facilite su desempeño con los niños que han sido diagnosticados con autismo.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Plumones • Lápices, plumas • Hojas blancas • Reflexiones escritas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Rapport • Dinámica de integración • Discusión acerca de la temática y sus experiencias en este ámbito. • Estrategias que se han implementado para ayudar a sus alumnos. • ¿Qué beneficios obtengo yo y mi alumno?

ETAPA	¿Mi salón es una simple guardería?(identificación de las necesidades educativas especiales)
NUMERO DE SESIÓN	4
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Por medio del dialogo se expondrán las experiencias adquiridas por otros docentes en el trabajo con niños autistas.
OBJETIVO ESPECIFICO	Identificar las características de los métodos y estrategias que han seguido cada uno de los docentes en el proceso de enseñanza y aprendizaje en los niños con autismo.
PROPÓSITO	Que el sujeto identifique las estrategias que no son funcionales en su trabajo y de apoyos didácticos así como los métodos de trabajo que faciliten su desempeño en beneficio de los niños.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Implementación de técnicas y métodos de trabajo que faciliten su desempeño como docentes con los niños que han sido diagnosticados con autismo.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Plumones • Lápices, plumas • Hojas blancas • Reflexiones escritas
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Dinámica “telaraña” • Discusión acerca de la temática y sus experiencias en este ámbito. • Estrategias que han aplicado para ayudar a sus alumnos. • Que beneficios obtengo yo y mi alumno.

ETAPA	¿Cómo estoy interviniendo para ayudarlo?
NUMERO DE SESIÓN	5
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Análisis de la práctica cotidiana con sus alumnos dentro y fuera del aula.
OBJETIVO ESPECIFICO	Analizar las estrategias y los métodos que se utilizan para lograr avances en los niños con autismo
PROPÓSITO	Identificar si los métodos y estrategias que se siguen con los niños con autismo son las adecuadas y si realmente funcionan en dicha practica
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Implementación de nuevas técnicas y estrategias para lograr avances en los niños con autismo.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Plumones • Lápices • Material didáctico (fichas de imágenes) • Objetos de colores • Grabadora • Cd's música de relajación, etc.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Dinámica de relajación • Por medio del dialogo escucharemos los métodos y técnicas que se implementan en cada caso con sus alumnos • Analizaremos la propuesta de implementación de las técnicas

ETAPA	¿En quién me puedo apoyar?(recursos interdisciplinarios e instituciones)
NUMERO DE SESIÓN	6
DURACIÓN DE LA SESIÓN	1 Hora con 30 minutos
OBJETIVO PARTICULAR	Identificar las opciones que tengo para lograr un trabajo más completo en pro de la ayuda de los niños con autismo
OBJETIVO ESPECIFICO	Identificar las diferentes instituciones y el equipo interdisciplinario que está capacitado para la atención de niños con autismo y lograr que el trabajo sea más completo.
PROPÓSITO	Que se detecten a tiempo las necesidades educativas de cada niño con autismo para que por medio de esto se pueda realizar una adaptación de la curricula según sus capacidades y en base a las recomendaciones de instituciones y equipo de profesionales en los que el docente se apoyará.
CAPACIDADES/HABILIDADES A DESARROLLAR	Conocimiento de las características de las instituciones y los profesionales capacitados para la atención de niños con autismo.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond, hojas blancas • Plumones, lápices • Folletos de instituciones, vendas • Fotocopias de juego, tijeras.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Daremos la conclusiones del taller • Que nuevas técnicas y propuestas me llevo en mi practica como docente • Ideas más claras de las instituciones • Que beneficios obtuve

ANEXO 4

“La humildad del hombre es su porvenir”

Minino Garay

ANEXO 4



ANEXO 5

“Nunca hay que pensar en el futuro. Siempre viene demasiado pronto”

Albert Einstein



México D.F. a 12 de Septiembre del 2000.

A quien corresponda.

Asunto: Constancia de Observación Conductual.

El pasado 7 de Septiembre del año en curso, se le realizó una observación conductual al niño D [redacted] de 3 años y 8 meses de edad. El objetivo de ésta fue observar sus características conductuales y poder hacer recomendaciones a sus familiares, además de ofrecerles alternativas de canalización.

Los resultados de la observación muestran que D [redacted] no presenta un desarrollo acorde a lo esperado, fue evidente un rezago en las áreas de Lenguaje, Motriz (gruesa y fina), Social y Autocuidado, entre otras. Además, presenta características conductuales de tipo autista, como por ejemplo: dificultades para relacionarse; problemas de comunicación; conductas autoestimulativas y un repertorio limitado de actividades e intereses, entre otras más. En base a nuestra experiencia diaria con niños autistas, consideramos que el diagnóstico de Autismo, que ya le fue dado anteriormente, es altamente probable. Sin embargo, la precisión de este diagnóstico requiere de una valoración formal.

Confiamos ampliamente en que un programa de atención personalizado, podrá ser de gran beneficio tanto para D [redacted] como para sus padres. Razón por la cual sugerimos ampliamente se proceda a integrarlo a una institución educativa en donde se le realice una valoración formal para determinar su nivel de desarrollo y perfil conductual. De este modo, se podrá establecer un "diagnóstico funcional" que permita desarrollar el programa de atención individualizado que él requiere.

Atentamente.

Judith Vaillard
Directora General.

Psic. Diego M. Reza
Examinador



Dra. Justina Sosa Maldonado
Certificada por el Consejo Mexicano de Neurología, A.C.
Certificada por el Consejo Mexicano de Pediatría, A.C.
Miembro fundador Sociedad Mexicana de Neuropediatría

Ced. Prof. 676856
S.S.A. 37031

ECATEPEC DE MORELOS A 18 DE NOVIEMBRE DE 2000

A QUIEN CORRESPONDA:

El día de hoy acudió a consulta el niño D: paciente de 3 años 11 meses de edad. Producto de la gesta II embarazo normoevolutivo de término, obtenido mediante cesárea por preeclampsia a las 38 semanas ignora apgar. Refiere la madre que desde los 3 días presentaba ictericia la cual se prolongó hasta el mes y medio, no efectuándosele estudios para descartar alguna patología productora de este tipo de cuadros. El desarrollo psicomotor dentro de límites aceptables en relación a sostén cefálico 4m. Sedente 9m. deambulación 18m, no ha desarrollado lenguaje solo pronuncia la palabra mamá y no existe control de esfínteres.

A partir de los 2 años de edad la madre notó problemas conductuales en el niño: falta de atención, aparenta ser hipoacúsico, pero con gusto por la música, movimientos estereotipados, tendencia a caminar de puntas, balanceo de cuerpo y movimientos de rotación de la cabeza, así como hiperactividad, falta de concentración.

Clínicamente PC 51 cm. No estigmas genéticos ni cutáneos, nervios craneales normales. Sistema motor con fuerza y tono normal. Reflejos miotáticos normales. Área cardíaca normal. Abdomen sin visceromegalias.

Comentario: El paciente clínicamente manifiesta datos compatibles con Autismo, dado el antecedente de ictericia prolongada y a pesar que clínicamente existe respuesta auditiva se considera la necesidad de completar estudios con audiometría mediante potenciales evocados auditivos.

El paciente ya se encuentra bajo tratamiento en paidopsiquiatría con carbamacepina y melleril. Iniciara terapia específica a partir del día 6 de noviembre.

No se indica tratamiento adicional. Nueva cita a valoración en 6 meses.

Sin otro particular. Quedo de ustedes.

Atentamente

ra. Justina Sosa Maldonado