



Universidad de Sotavento A.C



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PEDAGOGÍA

**“LA INTERVENCIÓN DEL PEDAGOGO EN LA ATENCIÓN A LOS
NIÑOS CON ESPECTRO AUTISTA”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

ZACIL-HA PÉREZ CERNAS

ASESOR DE TESIS:

PSIC. VICTORIA ALFARO RODRÍGUEZ

Villahermosa, Tabasco 2010



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.

**“La Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro
Autista”**

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a toda mi familia.

La perseverancia y dedicación puesta en esta tesis es con mucho cariño dedicada a mis padres, por su afecto, comprensión, por creer en mí, porque me sacaron adelante, porque en gran parte es por ustedes que hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A mis hermanos por su cariño y apoyo. A mis tías y primas por sus palabras de aliento y por confiar en mí.

Y muy en especial a mi hija, Maki. Ella es lo mejor que me ha podido pasar en la vida, y doy gracias a Dios por ello; porque ha venido a este mundo para ser el motor en mi vida, para darme fuerzas y ánimo para poder salir adelante y terminar este trabajo. Es sin duda, mi mayor inspiración en mi presente y en mi futuro. Te amo hija.

A ellos, con amor.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Dios por bendecirme acompañándome en todos los días de mi vida y por permitirme llegar hasta donde estoy.

Estoy profundamente agradecida de mi querida maestra y asesora, la Psic. Victoria Alfaro Rodríguez; por todos los conocimientos que compartió conmigo, por su valioso tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo de tesis, por su paciencia, apoyo, dirección, entrega y amistad.

Al Prof. Jorge Arturo Uc Ceballos docente del centro educativo CEM 22 de Autismo en Villahermosa, Tab; por su apoyo en el acceso a la información, para la realización de esta tesis.

A la Universidad de Sotavento y a cada uno de los profesores que ayudaron en mi formación.

Y finalmente a mis padres, gracias por todo el apoyo en esta tesis y en mi vida.

Gracias.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación.....	11
1.3 Delimitación del tema.....	12
1.4 Objetivo general.....	13
1.5 Objetivos específicos.....	13
1.6 Marco contextual.....	14

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

REFERENCIAS PEDAGÓGICAS EN EL APRENDIZAJE

2.1 Aprendizaje.....	17
2.2 Estilos de aprendizaje.....	17
2.3 Teorías del aprendizaje.....	18
2.3.1 el aprendizaje social.....	19
2.3.2 aprendizaje por descubrimiento.....	19
2.3.3 aprendizaje significativo.....	20
2.4 Definición y naturaleza de la cognición.....	21
2.4.1 desarrollo cognoscitivo.....	21
2.4.2 planteamientos de Piaget.....	22
2.5 Inteligencia.....	24
2.6 Bases históricas en la atención a las diferencias individuales.....	24
2.7 Legislación educativa.....	26
2.7.1 ley general de educación.....	33

CAPITULO III. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

3.1 Antecedentes históricos del autismo.....	35
3.2 Espectro autista.....	42
3.3 Etiología del autismo.....	45

3.4 Características del autismo.....	60
3.5 Grados del espectro autista.....	64
3.6 Trastornos generalizados del desarrollo.....	67
3.7 Diagnóstico interdisciplinario del autismo.....	70
3.8 Tratamiento del trastorno autista.....	81
3.9 Intervención educativa en el autismo.....	91
3.9.1 modelo de atención DOMUS.....	96
3.9.2 área de vida diaria.....	104
3.10 Integración educativa.....	109
3.11 Programas adicionales.....	114
3.12 Programas especiales.....	119

CAPITULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Enfoque de la investigación.....	127
4.2 Tipo de estudio.....	127
4.3 Diseño de la investigación.....	127
4.4 Población.....	128
4.5 Muestreo cualitativo.....	128
4.6 Instrumentos de la investigación.....	128

CAPITULO V. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Interpretación de las observaciones.....	129
---	------------

Conclusión.....	135
------------------------	------------

Recomendaciones.....	136
-----------------------------	------------

Glosario de términos.....	137
----------------------------------	------------

Bibliografía.....	142
--------------------------	------------

Anexos

INTRODUCCIÓN

La presente investigación: “La Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro Autista”, es elaborada desde un interés en abordar una problemática social especial, desconocida aún, y con poco interés de muchos profesionistas relacionados con la educación en la intervención hacia los niños con espectro autista. Se ha estructurado en torno a cuatro capítulos, antecedidos por una introducción, donde; a continuación se da una breve descripción del contenido de cada capítulo que la conforma.

En el capítulo I, llamado planteamiento del problema, el cual describe el punto de partida de la investigación. Después se encuentra la justificación de la investigación, en la cual se explica el porqué del interés de investigar sobre el espectro autista, seguida de la delimitación del tema. Posteriormente se presenta tanto el objetivo general como los objetivos específicos. Se presenta el marco contextual donde se aborda sobre la historia, infraestructura del CAM 22 Autismo; así como el organigrama de este.

Dentro del capítulo II y III se presenta el marco teórico, el cual contiene toda la teoría con la que se respalda la investigación; a lo largo de este capítulo se habla de las referencias pedagógicas, teorías del aprendizaje, etc., así como los antecedentes históricos, definiciones, etiología, características, diagnóstico del espectro autista y todo lo que a este se refiere. Al igual que la intervención educativa y el área de vida diaria.

Durante el capítulo IV, se presenta la metodología de la investigación utilizada en el estudio, el enfoque de la investigación, tipo de estudio, diseño de la investigación; la población que se refiere al número total de personas del centro educativo donde se lleva a cabo la investigación, así como también la muestra que se toma en cuenta, el instrumento de la investigación empleado y finalmente las limitaciones de la investigación.

En este V capítulo, se expone la interpretación de los resultados, donde se realiza la interpretación de las observaciones recabadas durante la investigación, los cuestionarios utilizados; así como la conclusión y las sugerencias, establecidas con base en la investigación.

Así en este largo recorrido se encontrará la información más relevante que fue necesario priorizar, para entender este trastorno de espectro autista, y cómo está involucrándose la parte pedagógica en la atención a estos niños, y lo que aún falta por hacer. Como alcance último, acercarnos al autismo es romper con los mitos contruidos sobre su persona, para ayudarlos en el aprendizaje de vivir.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Conforme pasa el tiempo hemos observado que en las escuelas primarias se presentan en los niños problemas de aprendizaje tales como la dislexia, disgrafía, hiperactividad entre los más comunes, y los maestros de educación especial con los que cuenta la escuela se preocupan o se ocupan por apoyar a estos niños con horas extras de clases.

Pero hay un problema de aprendizaje que si no es muy común, es igual de importante que los demás y este es el espectro autista.

El autismo infantil es un trastorno poco frecuente del desarrollo, que implica la incapacidad de comunicación con las demás personas. Se desarrolla en los primeros dos años y medio de vida, y algunas veces desde el cuarto mes, cuando un bebe puede permanecer en la cuna, abstraído de las demás personas. Los varones tienen tres veces más posibilidades de ser afectados por el trastorno que las niñas. Muchos niños autistas son retardados; sólo el 30% tiene un CI de 70 o más.

Se dice que el autismo es un trastorno mental que afecta las relaciones sociales y afectivas con sus semejantes, y por la ausencia del uso del lenguaje para comunicarse, esta ausencia del lenguaje afecta que los niños con este síndrome puedan aprender, pero también se ha propuesto que puede haber individuos autistas, que sin embargo, son muy inteligentes, es ahí donde surge el siguiente cuestionamiento: ¿los niños con autismo aprenden o no?

Y es que educarles es tan importante para que los niños autistas puedan desarrollar los valores principales de la vida, pero como en otros problemas de aprendizaje, también en el síndrome autista existen inconvenientes que afecta tanto a educadores como a terapeutas y pedagogos; algunos inconvenientes que

se presentan son sus problemas de conducta y su falta de motivación, así como también su incapacidad para generalizar el aprendizaje.

La falta de acceso a toda información necesaria sobre este síndrome, también podría ser un inconveniente para la educación dirigida a estos niños con autismo. Así mismo, afecta también a la sociedad y a las familias, ya que al carecer de información sobre este síndrome y de las herramientas necesarias para ayudarles a que lleven una vida digna y se puedan desenvolver dentro de sus limitaciones en la vida cotidiana lo mas autosuficiente posible.

Ante esta problemática, surgen los siguientes cuestionamientos en la presente investigación:

¿Cuáles son las posibilidades que tienen los niños con espectro autista de aprender?

¿De qué manera puede intervenir el pedagogo en la atención a niños con espectro autista?

1.2. Justificación

La presente investigación, surge a partir del interés por conocer los distintos problemas de aprendizaje que se presentan en los niños antes y durante la etapa escolar. Pero existe un trastorno en particular que me pareció muy interesante; por las características peculiares que presenta, este es el espectro autista.

Al darme cuenta que este síndrome es poco conocido y la falta de información necesaria para las personas implicadas y las ajenas a la educación, consideré importante realizar una investigación sobre el síndrome de autismo, en el Centro de Atención Múltiple No.22 Autismo. Para dar a conocer aspectos desconocidos sobre dicho trastorno del desarrollo de aprendizaje: que lo origina, cuáles son sus características, a quienes se ven involucrados en este trastorno y como abordarlo.

Por lo que considero útil e importante dar a conocer tan interesante síndrome a los educadores, terapeutas, pedagogos y a todos los que estén implicados con este trastorno, así como también a la sociedad en general, para que tengan un mayor conocimiento y puedan contribuir en la atención, adaptación, aceptación e inclusión social. Así mismo, la participación de la familia, es muy importante para ayudar al niño y a sus familiares a vivir de forma equilibrada y saludable.

Es importante revisar toda información sobre el síndrome de autismo, ya que como pedagogos, educadores y terapeutas; somos una pieza fundamental para ayudarles en la integración educativa, así como también; un apoyo para la familia, logrando trabajar en conjunto y así ayudarles a que aprendan a llevar una vida digna tanto para ellos como para la gente que le rodea.

También desde mi punto de vista es importante para ver la vida desde otra perspectiva en relación al síndrome de autismo y mejorar nuestra propia formación personal y profesional.

1.3 Delimitación del Tema

“La Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro Autista”.

1.4 Objetivo General

Conocer la Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro Autista.

1.5 Objetivos Específicos

- Conocer las posibilidades que presentan los niños con espectro autista para aprender.
- Revisar el tipo de atención que reciben los niños con espectro autista por parte del personal del Centro de Atención Múltiple No.22 Autismo.
- Identificar de que manera el pedagogo puede intervenir en la atención a los niños con espectro autista.

1.6 Marco Contextual

Nombre: Centro de Atención Múltiple No.22 Autismo.

Clave: 27DML0019K

Dirección: Calle Pentatlón esquina con Tiro s/n Fraccionamiento Deportiva.

Historia

La mtra. Verónica Esmeralda Leyva Acevedo proveniente del estado de Guerrero, contando con el apoyo de un especialista en autismo con experiencia dado que tiene una escuela de autismo en Argentina; creó el proyecto con el apoyo de la Secretaria de Educación en la parte técnico-pedagógico, contando también con el apoyo del presidente municipal del centro el Sr. Pérez Nieto en la renta del edificio, y la Asociación de Autismo del Estado apoyó con el mobiliario (mesas, sillas, material didáctico).

La escuela empieza a funcionar en diciembre de 2002 con dirección en el fraccionamiento Loma Linda. En enero se empezaron a recibir grupos de 5 niños, habían ya dos maestras que trabajaban con los niños en un tiempo de dos horas y media cada una.

Para el mes de marzo se incrementó la matrícula, llega la auxiliar de intendencia; luego el municipio del centro rentó otra casa con alberca en el 2003.

La mtra. Leyva y otra directora estaban en el área administrativa, planes de trabajo, en el 2003. En el año 2004 se incrementa la planta docente y en abril del mismo año empiezan a funcionar en el Fracc. Deportiva calle Pentatlón esquina con Tiro s/n, antes (CAPEP). La mtra. Leyva Acevedo empezó a gestionar la matrícula, ya habían los niños suficientes (18 niños); en ese mismo año le dieron la clave oficial.

En el 2005 llega la nueva directora, la mtra. Concepción del C. de los Santos Peña; ya con la clave oficial de la escuela. Habían 4 maestros, cada maestro tenía entre 4 o 5 niños y trabajaban en horario normal; para el año 2006

se incorporan la niñera, la psicóloga y la trabajadora social. En el 2007 llega el maestro de educación física y en el 2008 se integran la maestra de comunicación y la secretaria. Se incrementa el número de niños, empezaron el ciclo escolar con 25 niños y ahora ya son 31 niños.

Infraestructura

4 Salones amplios

1 Sala de Psicomotricidad (Psicóloga y Mtro. de Educación Física)

1 Salón amplio funciona como la dirección escolar, también se encuentran la secretaria, trabajo social y un espacio que se utiliza como bodega.

1 Salón amplio se encuentran 2 maestras de terapia de comunicación y 1 maestra que imparte 1°, 2° y 3° de primaria.

1 Salón amplio lo ocupan la maestra de Terapia conductual y la maestra del grupo de pre-escolar.

1 Salón amplio maestro de 4°, 5° y 6° de primaria y pre-taller laboral.

1 Estacionamiento

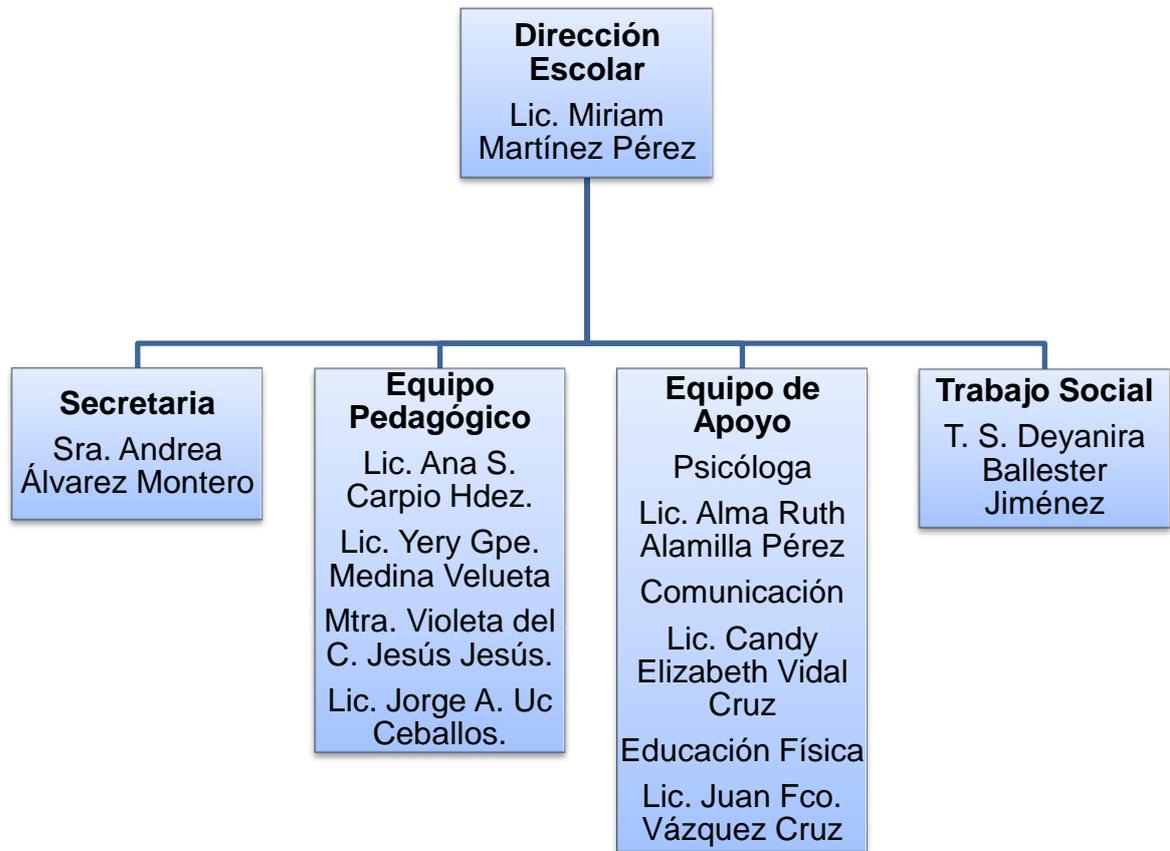
1 Cancha

Áreas Verdes

2 Baños

1 Corredor (área de entrada y salida) y donde se presentan los periódicos mural, avisos.

ORGANIGRAMA ACTUAL DEL CAM 22



CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

REFERENCIAS PEDAGÓGICAS EN EL APRENDIZAJE

Al abordar las referencias teóricas del aprendizaje, brinda una extensa explicación dentro de la ciencia de la pedagogía, para dar sentido a la problemática aquí expuesta, por lo que se revisarán detenidamente, antes de profundizar en el tema del espectro autista. Se revisan las concepciones del aprendizaje, estilos y teorías; así como la evolución que el estudio de la inteligencia ha tenido, sus mediciones y la legislación actual de la educación.

2.1. Aprendizaje

Se puede definir el *aprendizaje* como el proceso mediante el cual una persona adquiere destrezas o habilidades prácticas (motoras e intelectuales), incorpora contenidos informativos o adopta nuevas estrategias de conocimiento y acción.

2.2. Estilos de aprendizaje

Los estilos de aprendizaje son las formas que cada uno de los estudiantes o alumnos utilizan para aprender.

Dependientes de campo. Tienden a percibir los patrones como un todo. Tienen problemas para concentrarse en un solo aspecto de alguna situación o para analizar las partes que forman un patrón. También tienden más al trato personal y a las relaciones sociales.

Independientes de campo. Perciben las partes separadas de un patrón total y son capaces de analizarlo de acuerdo con sus distintos componentes. Ponen más atención a las actividades o tareas impersonales.

Divergentes. Se basan en experiencias concretas y observación reflexiva. Tienen habilidad imaginativa gestalt (observan el todo en lugar de las partes). Son

emocionales y se relacionan con las personas. Este estilo es característico de las personas dedicadas a las humanidades. Son influidos por sus compañeros.

Asimiladores. Utilizan la conceptualización abstracta y la observación reflexiva. Se basan en modelos teóricos abstractos. No se interesan por el uso práctico de las teorías. Son personas que planean sistemáticamente y se fijan metas.

Convergentes. Utilizan la conceptualización abstracta y la experimentación activa. Son deductivos y se interesan en la aplicación práctica de las ideas. Generalmente se centran en encontrar una sola respuesta correcta a sus preguntas o problemas. Son más apegados a las cosas que a las personas. Tienen intereses muy limitados. Se caracterizan por trabajar en las ciencias físicas. Son personas que planean sistemáticamente y se fijan metas.

Acomodadores. Se basan en la experiencia concreta y la experimentación activa. Son adaptables, intuitivos y aprenden por ensayo y error. Confían en otras personas para obtener información y se sientan a gusto con las demás personas. A veces son percibidos como impacientes e insistentes. Se dedican a trabajos técnicos y prácticos. Son influidos por sus compañeros.

Otros estilos de aprendizaje se centran en las formas de percibir e ingresar el conocimiento a la conciencia, tales como: *sensación, intuición, pensamiento y sentimiento*. También existen estilos de aprendizaje en base al tipo de relaciones sociales como: *amigable, analítico, conductor, expresivo*. Hay estilos de aprendizaje se clasifican en relación a como procesan la información: *imaginación, analíticos, de sentido común, dinámicos, competitivos, colaborativos, evasivos, participativos, dependiente, independiente*.¹

2.3. Teorías del aprendizaje

Existen diferentes teorías del aprendizaje. Una corriente que fue un modelo clásico son las teorías conductuales del aprendizaje. Los experimentos permitieron descubrir muchos principios del aprendizaje, principios de la relación

¹ Garza, Rosa María. Aprender como aprender. Editorial Trillas.

entre estímulos y respuestas, que más tarde fueron útiles para abordar el comportamiento humano, por Watson, Guthrie y Skinner principalmente. Sin embargo, una teoría innovadora del conductismo es el aprendizaje social.

2.3.1. Aprendizaje social

Fue reconocido por la obra de Albert Bandura. Esta teoría explica que aunque existen mecanismos externos que influyen en la conducta, le da crédito a los mecanismos internos de representación de la información. Le otorga un rol activo al ser humano en el proceso del aprendizaje. Las experiencias de las personas generan asociaciones, por lo que se puede aprender a partir de los otros, a esto le llamó *aprendizaje vicario*.

2.3.2. Aprendizaje por descubrimiento

Para Bruner (1966), más relevante que la información obtenida, son las estructuras que se forman a través del proceso de aprendizaje. Bruner define el aprendizaje como el proceso de <<reordenar o transformar los datos de modo que permitan ir más allá de ellos, hacia una comprensión o insight nuevos>>.

A esto es lo que el autor ha llamado aprendizaje por descubrimiento. Los principios que rigen este tipo de aprendizaje son los siguientes:

1. Todo el conocimiento real es aprendido por uno mismo.
2. El significado es producto exclusivo del descubrimiento creativo y no verbal.
3. El conocimiento verbal es la clave de la transferencia.
4. El método del descubrimiento es el principal para transmitir el contenido.
5. La Capacidad para Resolver Problemas es la meta principal de la educación.
6. El entrenamiento en la Heurística del descubrimiento es más importante que la enseñanza de la materia de estudio.
7. Cada niño es un pensador creativo y crítico.
8. La enseñanza expositiva es autoritaria.

9. El descubrimiento organiza de manera eficaz lo aprendido para emplearlo ulteriormente.

10. El descubrimiento es el generador único de motivación y confianza en sí mismo.

11. El descubrimiento es una fuente primaria de motivación intrínseca.

12. El descubrimiento asegura la conservación del recuerdo.

2.3.3. Aprendizaje significativo

Para Ausubel, el aprendizaje significativo es un proceso a través del cual una nueva información se relaciona con un aspecto relevante de la estructura del conocimiento del individuo. Este proceso involucra una interacción entre la información nueva (por adquirir) y una estructura específica del conocimiento que posee el aprendiz, a la cual Ausubel ha llamado concepto integrador (subsumer).

El aprendizaje significativo, por tanto, ocurre cuando la nueva información se enlaza a los conceptos o proposiciones integradoras que existen previamente en la estructura cognoscitiva del que aprende.

Tipos de aprendizaje significativo

Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativos: representacional, de conceptos y proposicional.

El aprendizaje representacional es el tipo básico de aprendizaje significativo, del cual dependen los demás. En él se le asignan significados a determinados símbolos (típicamente, palabras). Es decir, se identifican los símbolos con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y los símbolos pasan a significar para el individuo lo que significan sus referentes.

Los conceptos representan regularidades de eventos u objetos. El aprendizaje de conceptos constituye, en cierta forma, un aprendizaje representacional ya que los conceptos son representados también por símbolos

particulares o categorías y representan abstracciones de atributos esenciales de los referentes.

En el aprendizaje proposicional, al contrario del aprendizaje representacional, la tarea no es aprender significativamente lo que representan las palabras aisladas o combinadas, sino aprender lo que significan las ideas expresadas en una proposición las cuales, a su vez, constituyen un concepto. Es decir, en este tipo de aprendizaje, la tarea no es aprender el significado aislado de los diferentes conceptos que constituyen una proposición, sino el significado de ella como un todo.²

2.4. Definición y Naturaleza de la Cognición

Cognición es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto. Entre estos procesos se cuentan los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria. Según Piaget (1950), la cognición entraña la conducta de estructuración que determina los diversos circuitos posibles entre sujeto y objeto.

2.4.1. Desarrollo cognoscitivo

La mejor manera de describir el desarrollo cognoscitivo de una persona es considerarlo como una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la anterior. Por tanto, se puede diferenciar la conducta cognoscitiva de las personas según las diferentes etapas de su desarrollo mental. El conocimiento de la etapa de desarrollo cognoscitivo de un individuo permite predecir cuál será su más probable conducta de base cognoscitiva, y, al mismo tiempo, indica los límites de los experimentos a los que se le podrá someter con provecho.

² Arancibia C. Violeta y cols. Psicología de la Educación. 2ª. Edición. Alfaomega Grupo Editor. Págs.59, 79-80, 85-86.

Piaget en el año 1960, estableció que el concepto de las etapas cognoscitivas debe incluir cuatro características generales. Primera: en comparación con todas las demás, cada etapa debe implicar un método (modo) cualitativamente distinto por medio del cual el sujeto piensa y resuelve problemas. Segunda: las etapas deben tener una secuencia invariable. Los factores culturales o de otros aspectos del ambiente pueden alterar la rapidez con que se suceda la secuencia, pero ésta es inalterable. Tercera: cada etapa debe representar una organización básica de pensamientos relativamente única (como en el nivel de operaciones formales). La mejor manera de considerar tal organización es como un todo estructurado. Cuarta: cada etapa debe representar una integración jerarquizada y suceder a la anterior, en dirección hacia las estructuras más diferenciadas e integradas. Cada nueva etapa siempre desplaza o reformula las estructuras de las anteriores.

2.4.2. Planteamientos de Piaget

Piaget postula una secuencia de cuatro etapas principales en el desarrollo cognoscitivo que cada niño atraviesa íntegramente, en su avance hacia la madurez.

En la primera etapa, la sensomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), el niño comienza su vida con unos cuantos esquemas hereditarios de tipo reflejo y, a medida que lo requiere el ambiente, desarrolla respuestas y hábitos más complejos. Durante este periodo el funcionamiento cognoscitivo está restringido a sucesos específicos.

Al principio de la segunda etapa, o sea la de pensamiento preoperacional (desde los 2 hasta los 7 años), comienzan a aparecer las funciones de pensamiento o funciones simbólicas. Al espacio sensomotriz inmediato se le añade la complejidad de acciones lejanas en el tiempo y el espacio. Se crean clases de objetos cognoscitivos, a pesar de que aún carecen de la generalidad que caracterizará a una etapa posterior del desarrollo. En este punto, el niño tiene la desventaja de carecer de un sistema lógico en el que pueda acomodar esas clases para tener la posibilidad de “operar” con ellas.

Esta etapa puede subdividirse en dos subetapas identificables: la preconceptual y la intuitiva. La primera de ellas (de los 2 a los 4 años) es un periodo de transición durante el cual el niño que tenía un alto grado de percepción de sucesos aislados en la etapa anterior, adquiere un concepto más general de los mismos. Cuando razona, lo hace de un hecho a otro, basándose en analogías directas, pero su pensamiento carece de reversibilidad y generalidad. En la segunda subetapas, la del pensamiento intuitivo (de los 4 a los 7 años), el niño evoluciona del pensamiento intuitivo, caracterizado por las relaciones inmediatas entre los eventos, hacia una percepción de hechos y relaciones que se caracterizan por su generalidad y reversibilidad.

Durante la tercera etapa, la de operaciones concretas (de los 7 a los 11 años), el niño desarrolla operaciones que se basan implícitamente en la lógica de clases y relaciones, aunque tales operaciones carecen de las características de posibles combinaciones que hay en la siguiente etapa de operaciones formales. Durante este periodo, las operaciones del niño son concretas ya que se relacionan con la realidad en sí, ilustrada por objetos reales que pueden manipularse y ser "sometidos a acciones reales". En este periodo, que abarca hasta la preadolescencia, el niño sólo trata con objetos reales de su ambiente. Las hipótesis que hace dependen de su propia experiencia con la realidad y, en este sentido, representan lo que pudiera llamarse una extensión de la realidad experimentada personalmente.

Durante la cuarta etapa, la proposicional o de operaciones formales (de los 11 ó 12 años a los 14 ó 15) el niño ya no tiene que restringirse a los datos que percibe de su ambiente inmediato, temporal y espacial. El periodo de operaciones formales, anunciado por un desequilibrio que rompe el balance cognoscitivo previo, lleva al adolescente más allá de la experiencia personal y le permite basar sus hipótesis en hechos no observados y no experimentados. Ahora puede manejar la información más allá de las barreras espaciales y temporales en términos probabilísticos y, si lo desea, puede reconstruir la realidad.

Por lo tanto, en el periodo de operaciones formales, el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que

quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Se da cuenta de que lo posible contiene a lo real, y ya posee la capacidad para razonar de manera hipotético-deductiva. Es decir, su pensamiento se ha vuelto proposicional y ahora puede interrelacionar proposiciones.

2.5. Inteligencia

En el año 1950 Piaget, afirma que la inteligencia es “sólo un término genérico para indicar formas superiores de organización de las estructuras cognoscitivas...el comportamiento se hace más ‘inteligente’ a medida que las sendas entre el sujeto y el objeto sobre el que actúa, dejan de ser simples y se vuelven progresivamente más complejas”. Más aún, “la inteligencia constituye el estado de equilibrio hacia el que tienden todas las adaptaciones sucesivas de origen sensomotor y cognoscitivo, así como todas las interacciones de asimilación y acomodación entre el organismo y su ambiente”. El problema del desarrollo intelectual es de acomodación y no de asimilación, en especial cuando el niño atraviesa las últimas etapas de la niñez y entra a la adolescencia. La acomodación es el obstáculo intelectual más elevado.³

2.6. Bases históricas en la atención a las diferencias individuales

La mayoría de los historiadores ubican el comienzo de las pruebas psicológicas en la investigación experimental como base para el estudio sobre diferencias individuales que floreció en Alemania y Gran Bretaña a finales del siglo XIX. Wilhelm Wundt, Francis Galton y James McKeen Cattell establecieron los fundamentos para la medición en siglo XIX.

La mayor parte de las fuentes le atribuyen a Wilhelm Wundt (1832-1920) la fundación del primer laboratorio psicológico en 1879 en Leipzig, Alemania. Dónde comenzó a realizar estudios midiendo procesos mentales, con su medidor del pensamiento (Diamond, 1980). El análisis de Wundt ofreció otra explicación que no suponía la incompetencia por parte de nadie. Dicho en términos sencillos, consideraba que la velocidad de pensamiento podía diferir de una persona a otra:

³ Horrocks, John E. Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas. Novena reimpresión 2006. Págs.100-105.

Para cada persona debe haber una cierta velocidad de pensamiento, que nunca puede exceder debido a su constitución mental dada. Así, de la misma manera en que una máquina de vapor puede ir más rápido que otra, es probable que esta velocidad de pensamiento no sea la misma en todas las personas (Wundt, 1862, según la traducción de Rieber, 1980).

En su lado positivo, éste fue al menos un análisis empírico que buscaba explicar las diferencias individuales, en vez de tratar de deshacerse de ellas por medio de explicaciones. Y ésta es la relevancia para las prácticas actuales en cuanto a las capacidades de aprendizaje.

Binet desarrolló la primera de dichas pruebas a comienzos del siglo XX, para ayudar a identificar a los niños dentro del sistema escolar de París que no estaban en probabilidad de beneficiarse de la educación habitual. Antes de ese momento había poco interés en las necesidades educativas de los niños con retraso.

Además, un humanismo reciente comenzó a influir en las prácticas sociales hacia los individuos con impedimentos psicológicos y mentales, con lo que surgió mayor interés en el diagnóstico y tratamiento del retraso mental. Al frente de estos desarrollos se encontraban dos médicos franceses, J. E. D. Esquirol y O. E.

J. E. D. Esquirol (1772-1840) fue el primero en establecer por escrito la diferencia. Su avance diagnóstico consistió en señalar que el retraso mental era un fenómeno del desarrollo que duraba toda la vida, mientras la enfermedad mental tenía por lo general un brote más abrupto en la edad adulta. Consideraba que el retraso mental era incurable, mientras la enfermedad mental podría mostrar mejoría (Esquirol, 1845/1838).

Esquirol le dio gran énfasis a las habilidades del lenguaje en el diagnóstico del retraso mental. El uso original de las escalas de Binet era, primordialmente, para identificar a niños con retraso mental que no estarían en probabilidad de beneficiarse de la instrucción escolar habitual. Esquirol también propuso el primer sistema de clasificación para el retraso mental y no debería causar sorpresa que

las habilidades del lenguaje fueran los principales criterios diagnósticos. Este autor reconoció tres niveles de retraso mental: 1) aquellos que utilizan frases cortas; 2) los que utilizan sólo monosílabos y 3) aquellos que sólo lloran y no hablan.

Seguin pidió prestadas las técnicas utilizadas por Itard y dedicó su vida a desarrollar programas educativos para las personas con retraso. Desde 1838 había establecido una clase experimental para individuos con retraso mental. En 1866 publicó, el primer texto de importancia acerca del tratamiento del retraso mental. Este libro proponía un enfoque sorprendentemente moderno hacia la educación de las personas con retraso mental e incluso tocaba aspectos de lo que ahora se llamaría **modificación conductual**.

En 1904, el ministro de Educación Pública en París, estableció una comisión para decidir sobre las medidas educativas que deberían emprenderse con aquellos niños que no podían beneficiarse de la educación regular. La comisión concluyó que deberían utilizarse exámenes médicos y educativos para identificar a aquellos niños que no podían aprender a través de métodos regulares. Lo que es más, se determinó que se debería retirar a estos niños de las clases regulares y darles instrucción especial, adecuada a su habilidad intelectual más limitada. Este fue el principio de las clases de educación especial.⁴

2.7. Legislación

Durante las décadas de los sesenta y setenta, la actividad en el Congreso de los Estados Unidos con respecto a las personas en desventaja o lisiadas se incrementó. Se han formulado importantes proyectos de legislación para ser votados como ley y asegurar los derechos civiles de los lisiados, para garantizar su derecho a tener una educación pública adecuada y gratuita, para proporcionar servicios de rehabilitación vocacional aun a las personas severamente en desventaja, y para dar servicios integrados a las personas incapacitadas.

⁴ Robert J. Gregory. Evaluación Psicológica. Historia, principios y aplicaciones. Manual moderno.

Una legislación importante que influirá en la vida de los autistas incluye la ley P. L. 89-313, que establece la forma de financiar a las instituciones estatales; los Títulos XVIII y XIX de las Enmiendas sobre Seguridad Social, las cuales se proporcionan mediante los cuidados médicos; la ley P. L. 92-424, la cual requiere que los niños en desventaja se inscriban en los programas Head Start, y la ley P. L. 93-112, que da rehabilitación vocacional y proporciona más servicios a las personas con desventajas muy severas. Estas disposiciones formuladas por el Congreso de los Estados Unidos dan los antecedentes para otros dos actos legislativos principales firmados como ley en 1975. Tales actos señalaban “el final de la revolución silenciosa” por los derechos humanos y legales para los lisiados (Abeson y Zettel, 1977).

Dos actas federales más recientes han incluido otras disposiciones acerca de la protección: no sólo han protegido los derechos a los servicios y al tratamiento, sino también han determinado que estos servicios sean los apropiados para las personas en desventaja. Estas dos leyes juntas establecen servicios más completos integrados y apropiados para el incapacitado en desarrollo y para una mejor defensa de sus derechos.

Ley P. L. 94-103 – Acta de la Construcción y Servicios para los Incapacitados del Desarrollo

En 1975 se estableció definitivamente el Acta de la Construcción y Servicios para los Incapacitados del Desarrollo. La nueva sección de la ley recibió el nombre de P. L. 94-103. Estas leyes constituyen la versión de 1970 de la ley para formar la dirección más reciente que el Congreso ha escogido con el fin de procurar servicios coordinados e integrados para los incapacitados por el desarrollo. La descripción siguiente es una recopilación de las secciones originales y reformadas de esta legislación, a las que se hace referencia como la ley DD:

El término *inhabilidad para el desarrollo* se refiere a la inhabilidad de una persona que puede atribuirse al retraso mental, a la parálisis cerebral, a la epilepsia o al autismo; también es atribuible a cualquier otra condición de una persona que se encuentre relacionada estrechamente

con el retraso mental, porque esas condiciones resultan de los desajustes similares del funcionamiento intelectual general o de la conducta adaptativa de las personas retrasadas, o requiere tratamientos o servicios similares a los requeridos por esas personas o es atribuible a la dislexia que resulta de las inhabilidades descritas en este subpárrafo; se origina antes de que la persona cumpla 18 años de edad; ha continuado y puede esperarse que continúe indefinidamente, y constituye un impedimento sustancial para que las habilidades de la persona funcionen normalmente en la sociedad. [P. L. 94-103, Sección 401 (11).]

La legislación DD contiene disposiciones aplicables tanto a las personas consideradas inhábiles para el desarrollo como a sus familias y quienes les proporcionen los servicios. Básicamente, tales disposiciones se refieren a tres aspectos generales:

1. En cada estado de la Unión Americana se debe crear un consejo, constituido por un tercio de consumidores (los inhabilitados para el desarrollo o sus parientes más próximos que los representan). El papel que deben desempeñar tales consejos es servir como consultores en las agencias estatales para el desarrollo y la revisión periódica de los planes del estado, con el fin de coordinar servicios integrados para los incapacitados por el desarrollo. El consejo DD tiene una total aprobación sobre el plan estatal, que incluye cómo debe ponerse en marcha.

2. Se deben diseñar mecanismos para proteger y defender a los incapacitados para el desarrollo. Estos mecanismos incluyen la elaboración de planes de habilitación individualizados (PHI) para todas las personas que se atienden, el diseño de sistemas de protección y defensa (P y D) para salvaguardar los derechos de los impedidos, el refuerzo de las normas de servicio requeridas en las unidades para residentes, y la investigación tanto de normas como de los mecanismos de aseguramiento de calidad para las unidades de la comunidad y de residentes.

3. Deberán iniciarse estudios especiales acerca de la definición de los inhabilitados para el desarrollo.

Además de estas disposiciones principales, la ley establece que un porcentaje de cada subsidio federal a favor de los inhabilitados para el desarrollo se destine a suprimir la institucionalización inapropiada. La legislación destaca la desinstitucionalización, y el movimiento del Congreso hacia ella, como ya se indicó, se manifiesta en el contexto de la ley P. L. 89-313. En esa acta, el subsidio para los servicios de educación se aplicaba al residente de su institución en su nueva ubicación en la comunidad. La ley DD requiere directamente a los estados que destinen una porción de sus fondos a la búsqueda de nuevos medios y métodos para la desinstitucionalización.

Asimismo, en la actualidad, las enmiendas a la ley DD dan a los consejos DD la facultad de revisar los planes estatales y federales para los servicios destinados a los inhabilitados para el desarrollo.

Tal legislación, que incluye al autismo como una inhabilidad para el desarrollo, es importante para los autistas, sus padres y los profesionales que los atienden, pues la legislación DD establece que los servicios destinados a los considerados inhábiles para el desarrollo sean completos. Por primera vez, deben reconocerse los derechos del autista al elaborar planes para ofrecerle los servicios de ayuda y tratamiento. El intento de la definición es funcional, en el sentido de que los servicios deben basarse en las *necesidades* compartidas de las personas con condiciones de impedimentos que ocurren en la vida temprana, más que como categorías clínicas.

DDSA también requiere la desinstitucionalización de los niños autistas cuando sea posible. La Sociedad Nacional para el Estudio de los Niños Autistas reconoce la normalidad de esperar que un niño crezca y abandone su hogar y de que pueda contar con servicios para que esto sea factible.

La posición de la National Society for Autistic Children es que, excepto en casos de incapacidades indisputablemente obvias desde el punto de vista médico, todos los esfuerzos deben ejercerse para alentar a las agencias públicas y privadas y a los padres a desarrollar tantas opciones como sean posibles para la vida privada y en las comunidades funcionales o talleres, y dar oportunidad a los adultos más capaces de dejar

los aspectos de vida protegida de la comunidad con el fin de que puedan participar en la vida pública, mientras dan, al mismo tiempo, oportunidad de regresar por las tardes, o los fines de semana o los días festivos a los centros, para tener más oportunidades de socialización, de educación continuada, de recreación y de llevar una vida razonablemente normal lejos de la institución o del hogar paterno, sin importar el grado de desajuste. (NSAC, 1971.)

Generalmente, la legislación DD beneficia al autista de tres maneras: a) reconoce al autismo como una inhabilidad para el desarrollo y por tanto, se necesita contar con servicios; b) asegura la participación paternal (mediante los consejos DD) con el fin de revisar los planes en el nivel estatal para los servicios proporcionados a los inhabilitados para el desarrollo, y c) incluye al autista en la búsqueda de ubicación alternativa dentro de la comunidad.

Ley P. L. 94-142: Acta de 1975 para la Educación de los Niños Impedidos

El 29 de noviembre de 1975, el presidente Gerald R. Ford firmó un proyecto de ley, P. L. 94-142 el Acta de 1975 para la Educación de los Niños Impedidos. Esta ley es el resultado de los esfuerzos de presión política de muchos individuos y grupos (incluyendo el NSAC) y sigue una historia de litigios en la corte acerca de los derechos a la educación, empezando con el ahora histórico caso *Brown contra el Board of Education* (Oficina de Educación). Básicamente, la ley asegura una educación pública gratuita y apropiada para todos los niños y jóvenes impedidos, entre los 3 y los 21 años de edad.

La ley 94-142 hizo un poco más que asegurar el derecho a la educación, pues establece financiamientos como incentivos a las agencias educativas estatales (AEE) y locales (AEL) para educar a los niños preescolares impedidos, y requiere que todo niño sea educado apropiadamente, atribuyendo la carga de la prueba al Estado.

Las principales disposiciones de esta ley son: a) el derecho a la educación para todos los niños impedidos, b) el derecho a una educación gratuita y

apropiada, c) el derecho a tener una batería de pruebas que no sean discriminatorias, y d) el derecho a seguir en el proceso. ¿Qué significa todo esto? Primero, significa que ningún niño impedido sea excluido de recibir una educación pública, y que es ilegal excluirlo porque no hay un programa de acuerdo con sus necesidades.

Se quita al niño la responsabilidad y se atribuye al sistema educativo. Los programas tendrán que confeccionarse para que satisfagan a cada niño específico en la escuela pública o en el sistema escolar, que deberán pagar para que el niño reciba una educación privada sin que cueste nada extra a los padres. Este concepto se denomina *rechazo cero*.

Segundo, el niño no sólo recibirá educación en la escuela pública, sino además esta educación deberá ser “apropiada” y en el “ambiente menos restrictivo” posible (Pelosi y Hocutt, 1977). Se asegurará al niño el derecho a tener una educación apropiada y menos restrictiva, mediante el requisito de que cada niño reciba un plan educacional individualizado (PEI) que especifique las metas a corto y a largo plazos, los servicios que reciba el niño y el grado en que éste será capaz de participar en los programas regulares ofrecidos por la escuela.

El PEI se diseñó para asegurar que las AEL estén disponibles para el niño y sus padres, a fin de que la educación sea apropiada, y también crea un sistema para supervisar periódicamente lo adecuado de los servicios que se ofrecen y el éxito obtenido.

Sin embargo, el PEI no es un contrato, por lo cual no se puede responsabilizar a los maestros si el niño no logra las metas que se especificaron en el plan. El PEI requiere que la información sobre el nivel de funcionamiento educacional actual del niño se obtenga por medio de instrumentos y métodos que no sean discriminatorios. Obviamente, en el caso de los autistas, este reglamento causará problemas, pues sólo pocas pruebas, si es que hay, han sido validadas y estandarizadas para la población autista; sin embargo, se busca evitar que el niño sea etiquetado negativamente como resultado de un proceso evaluativo insuficiente e inapropiado. Esta reglamentación previene la categorización basada

en un solo instrumento de evaluación, y enfoca la evaluación en la observación conductual, incluyendo el informe de los padres acerca del nivel de funcionamiento del niño. Se ha encontrado que los padres son bastante acertados en sus evaluaciones sobre el funcionamiento educacional de sus hijos (Schopler y Reichler, 1972; Copobianco y Knox, 1964).

La reglamentación de esta ley permite a los padres discutir el sistema educacional; se les da derecho de seguir el proceso, incluyendo el acceso garantizado a todos los registros relacionados con la identificación, evaluación y ubicación educacional de sus hijos. Los padres tienen derecho a escoger al examinador que evaluará a sus hijos y pueden presentar quejas respecto de la ubicación o de los exámenes de sus hijos. Asimismo, pueden recibir asesoría de un consejero o de un profesional en la educación de los impedidos. Además, los padres pueden apelar a la AEE para que revise su caso y se lleve a cabo alguna acción civil si aún no están satisfechos.

La ley P. L. 94-142 es un ordenamiento legal diseñado para la educación de los niños impedidos, pero para los autistas hay algunos puntos específicos que deben considerarse. Primero, el Acta para la Educación de los Niños Impedidos niega específicamente que algún niño sea ineducable. Define la educación en un sentido amplio como el proceso continuo por medio del cual el individuo aprende a afrontar su ambiente. Para los autistas, esto significa que el logro ya no es una carga privada entre el niño y sus padres, sino que esta carga queda compartida entre los profesionales que deben buscar los métodos y servicios educativos apropiados para estos niños.

Segundo, la nueva ley requiere que todos aquellos que no han recibido los servicios educativos sean tratados prioritariamente para disfrutarlos ahora. Después de estos niños que no han recibido los servicios están los niños severamente impedidos. Los beneficios para los niños autistas son estas prioridades, pues muchos de ellos no han podido recibir los servicios porque se les habían negado y porque son de los niños más severamente impedidos.

Tercero, la nueva ley requiere que los padres participen en la educación de sus hijos. Los padres liberados de su posición de culpabilidad en la que habían sido ubicados por muchos profesionales ahora han tomado su posición correcta como tutores de sus hijos. Los recursos de los padres se reconocen en esta ley, y su responsabilidad por el bienestar de sus hijos ha sido destacada en esta legislación como el control que los padres ejercen sobre el tratamiento y los planes de educación (PEI) de sus hijos.

Cuarto, la ley dispone que el niño reciba una educación en un ambiente lo menos restrictivo posible, lo cual requiere que los sistemas escolares contengan un número de programas alternativos para satisfacer las necesidades del niño. También da la oportunidad al niño de disfrutar de un ambiente escolar tan cercano a lo normal como sea posible.

Quinto, la ley establece un procedimiento de quejas, por medio de las cuales los padres pueden indicar sus inconformidades con los servicios educacionales que se proporcionan al niño, lo cual hace legítimo que los padres influyan en el desarrollo del sistema educacional.⁵

2.7.1. Ley general de educación.

CAPITULO I. Disposiciones Generales

Artículo 3°.- El estado está obligado a prestar servicios educativos para que toda la población pueda cursar la educación preescolar, la primaria y la secundaria. Estos servicios se prestarán en el marco del federalismo y la concurrencia previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y conforme a la distribución de la función social educativa establecida en la presente Ley.

CAPITULO IV. Del proceso educativo.

Sección 1. De los tipos y modalidades de educación

⁵ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs.135-144.

Artículo 39.- En el sistema educativo nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos.

De acuerdo con las necesidades educativas específicas de la población, también podrá impartirse educación con programas o contenidos particulares para atender dichas necesidades.

Artículo 41.- La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación.⁶

⁶ Ley General de Educación Actualizado. 1ª. Edición. Juridiediciones. Pág.18

CAPITULO III. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

3. 1. Antecedentes Históricos del Autismo.

Cualquier persona que aborde el tema del autismo tiene que iniciar siempre refiriéndose por los pioneros de este trastorno.

Bleuler, E. (1911): es el primero que habla de autismo (características del pensamiento en la esquizofrenia infantil).

Kanner, L. (1943): “Autismo infantil precoz”, condición diferente a la esquizofrenia/psicosis infantiles. Primero en describir el autismo.

Asperger, H. (1944): Identificó otros síntomas diferentes a Kanner. (Se tomaron para definir posteriormente el “Síndrome de Asperger”).⁷

El síndrome autismo fue identificado primeramente en 1943 por un psiquiatra de Harvard, Leo Kanner, quien se percató de que 11 niños perturbados se comportaban de maneras que no eran comunes en pequeños con retraso mental o esquizofrenia. Llamó a este síndrome autismo infantil precoz, porque observó que “desde un principio existe una soledad autista extrema que, en todos los casos, hace que el niño pase por alto, no se interese o bloquee cualquier cosa que provenga del exterior”.⁸

Pocos meses después de que Kanner publicara su influyente artículo sobre autismo, otro médico vienés, el doctor Hans Asperger, dio a conocer los casos de varios niños con “psicopatía autista”, vistos y atendidos en el Departamento de Pedagogía Terapéutica (Heilpädagogische Abteilung) de la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena. Parece claro que Asperger no conocía el artículo de Kanner y que “descubrió” el autismo con independencia de este trabajo. Publicó sus propias observaciones en un artículo de 1944, titulado “La psicopatía autista en la niñez”. En él destacaba las mismas características principales señaladas por Kanner.⁹

⁷ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

⁸ C. Gerald Davison, M. Neale John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Editorial Limusa Wiley. Pág. 554.

⁹ Rivière Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Editorial TROTTA, S. A. 2001. Pág.5.

Por efecto de la segunda guerra mundial, el artículo de H. Asperger se consideró y se tradujo al inglés hasta 1991. Asperger, desde 1944 había destacado el papel de la educación como tratamiento más aconsejable y había supuesto la existencia de un espectro.

La investigación de H. Asperger quedó relegada por más de treinta años, hasta que Lorna Wing utilizó el término de síndrome de Asperger en un trabajo publicado en 1981. A partir de entonces se dio importancia a este trastorno tanto por su elevada prevalencia, como por la repercusión social que afecta a las personas que lo presentan.

A Lorna Wing se le debe el término Trastornos del Espectro Autista. (1978)¹⁰

Etapas en el estudio del autismo

Es importante comentar las tres etapas más importantes sobre el estudio del autismo. Las cuales se mencionan a continuación:

1. La primera época del estudio del autismo (1943-1963).

“El autismo es un trastorno emocional, producido por factores emocionales o afectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Esos factores dan lugar a que la personalidad del niño no pueda constituirse o se trastorne. De este modo, madres y/o padres incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza producen una alteración grave del desarrollo de niños que hubieran sido potencialmente normales y que seguramente poseen una inteligencia mucho mejor de lo que parece, pero que no pueden expresar por su perturbación emocional y de relación. El empleo de una terapia dinámica de establecimiento de lazos emocionales sanos es la mejor manera de ayudar a los niños autistas”.

¹⁰ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

En esta primera época se creía que este trastorno se debía a la falta de capacidad de madres y/o padres en cuanto a brindarle afecto a su hijo, de ahí el nombre de madre refrigerador.

2. La segunda época del estudio del autismo (1963-1983).

En la primera mitad de los años sesenta un conjunto de factores contribuyó a cambiar la imagen científica del autismo, así como el tratamiento dado al trastorno. Se fue abandonando la hipótesis de los padres culpables, a medida que se demostraba su falta de justificación empírica y que se encontraban los primeros indicios claros de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos. Ese proceso coincidió con la formulación de modelos explicativos del autismo que se basaban en la hipótesis de que existe alguna clase de alteraciones cognitivas (más que afectiva) que explica las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental.

En esta segunda época se empieza a abandonar la idea de que los padres tienen la culpa del autismo en sus hijos y que este trastorno sea completamente emocional, sino que también presentan alteraciones biológicas que pueden ser las causantes del origen de este trastorno.

En los años sesenta, setenta y ochenta la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo. En ello influyeron principalmente dos tipos de factores: a) el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta para ayudar a desarrollarse a las personas autistas, y b) la creación de centros educativos dedicados específicamente al autismo, promovidos sobre todo por asociaciones de padres y familiares de autistas.

3. La tercera época: el enfoque actual del autismo.

En los últimos años se han producido cambios importantes, que nos permiten definir una tercera etapa en el enfoque del autismo.

El cambio principal en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Si el autismo supone una desviación cualitativa importante del desarrollo normal, hay que comprender ese desarrollo para entender en profundidad que es el autismo. Pero, a su vez, éste nos ayuda paradójicamente a explicar mejor el desarrollo humano, porque hace patente ciertas funciones que se producen en él; capacidades que suelen pasar desapercibidas a pesar de su enorme importancia, y que se manifiestan en el autismo precisamente por su ausencia. No es extraño entonces que el autismo se haya convertido en los últimos años en un tema central de investigación en Psicología Evolutiva y no sólo en psicopatología.

Además se han producido en los últimos años cambios importantes en las explicaciones del autismo: tanto en el aspecto psicológico como en el neurobiológico se han sustituido los modelos relativamente inespecíficos de los años sesenta y setenta, por teorías rigurosas y muy fundamentadas en datos. Por ejemplo, en 1985 Baron-Cohen, Leslie y Frith, tres investigadores del Medical Research Council de Londres, descubrieron una incapacidad específica de los autistas para “atribuir mente” y formularon un modelo que ha sido muy fértil, según el cual el autismo consistiría en un trastorno específico de una capacidad humana muy importante a la que se denomina “Teoría de la mente”. Y en el plano neurológico los estudios de genética, investigación neuroquímica, exploración citológica, neuroimagen, electrofisiología, etc., han permitido descubrir alteraciones que cada vez nos acercan más al desvelamiento de las posibles causas del autismo.

En los procedimientos para tratar el autismo también se han producido cambios importantes. En una síntesis muy rápida podemos decir que la educación (que es, el procedimiento principal) se ha caracterizado en los últimos años por un estilo más pragmático y natural, más integrador y menos “artificial” que en los años anteriores, más centrado en la comunicación como núcleo esencial del desarrollo, más respetuoso con los recursos y capacidades de las personas autistas. De forma complementaria, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficaces para tratar algunas alteraciones asociadas al autismo en algunos casos.

Finalmente, han aparecido nuevos temas de interés que no se habían planteado con tanta fuerza y claridad en las décadas anteriores. El ejemplo más significativo es el de los adultos autistas. A medida que se han acumulado conocimientos y experiencias sobre el autismo, se ha puesto de manifiesto la necesidad, tanto teórica como práctica, de considerar el trastorno desde la perspectiva del ciclo vital completo y no sólo como una alteración “del niño”.

Actualmente en nuestro país como en otros de Europa, existe un desfase importante entre los recursos asignados a los niños autistas y los dedicados a los adultos. Mientras que las administraciones educativas y los profesionales de la educación se han hecho relativamente conscientes de las necesidades específicas de los primeros, los adultos autistas no cuentan aún con recursos mínimos para una atención adecuada. Debemos tener en cuenta que la mayoría de las personas autistas requieren atención, supervisión y apoyo durante toda su vida. El autismo no se “cura” actualmente, aunque pueda mejorar muy significativamente, gracias sobre todo al paciente trabajo de la educación.¹¹

¿Tienen las personas con autismo retraso mental?

Muchos estudios han establecido que hasta un 70% de las personas con autismo presentan, además, una discapacidad intelectual (nuevo término para denominar al retraso mental), que puede oscilar desde tener un Cociente Intelectual en el rango de ligero a profundo. Las nuevas investigaciones, que incluyen los TGD o TEA, sugieren un porcentaje menor que el citado. La capacidad intelectual en el autismo puede ser armónica o disarmónica, con “picos” aislados de marcada competencia.

El grado de posible discapacidad intelectual asociada tiene importancia a la hora de determinar el tipo de apoyos que van a ser necesarios, e influye en el pronóstico que se va a hacer en relación a la vida adulta de la persona.¹²

¹¹ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Editorial TROTTA, S. A. 2001. Págs. 6-9.

¹² Instituto de Investigación de Enfermedades Raras- Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág. 4.

Diferenciación del Autismo del Retraso Mental

El grave problema de relación, el uso del lenguaje de manera tan inapropiada e idiosincrásica y la impresión general de que los niños tienen un buen potencial intelectual, parecían diferenciar el síndrome autista de otras perturbaciones psiquiátricas y del retraso mental. Después, a medida que aparecieron más estudios sobre niños autistas, se encontró que muchos de ellos se incluían en el rango del retraso mental, surgió la cuestión de si debía o no agruparse al autismo con la clasificación de retraso mental.

Dado que los niños autistas frecuentemente, dan muestras de poseer un CI bajo, y como los niños con retraso mental normalmente muestran conductas peculiares, surge la pregunta de si el autismo debería considerarse una variante del retraso. En este caso, las respuestas parecen ser algo más sencillas, pues, en primer lugar, no todos los niños autistas son retrasados, y en segundo, el grado de retraso no puede explicar el autismo del niño, dado que la mayoría de los niños retrasados no son autistas. Así, parece ser que el autismo podría estar presente a la par que el retraso, pero no es un tipo de retraso mental o el resultado de tal retraso.¹³

Pero sí hay diferencias importantes. Aun cuando los niños con retraso por lo general obtienen bajas puntuaciones en todas las partes de una prueba de inteligencia, las puntuaciones de los chicos autistas pueden mostrar un patrón más diferenciado. En general, estos últimos tienen un mal desempeño en tareas que requieren pensamiento abstracto, simbolismo o lógica en secuencia, todo lo cual puede estar asociado con el lenguaje. Se desempeñan mejor en reactivos donde se necesitan habilidades visuales-espaciales, tales como apareamiento de figuras y ensamble de objetos (DeMyer, 1975; Rutter 1983).

Asimismo, pueden manifestar habilidades aisladas que denotan gran talento, tales como multiplicar rápida y mentalmente cifras de dígitos. Su memoria a largo plazo también puede ser excepcional, pues pueden recordar cada una de

¹³ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 40-41.

las palabras de una canción que escucharon hace años. Además, el desarrollo sensorio motor es el área donde demuestran más cualidades los chicos autistas. Los niños retrasados tardan más en su desarrollo motor grueso, como aprender a caminar. En cambio, los autistas, que pueden revelar deficiencias graves y profundas en sus habilidades cognitivas, pueden ser muy graciosos y diestros para guardar el equilibrio, trepar y balancearse.¹⁴

Primeras definiciones del autismo

Primera definición de autismo (Kanner, I. 1943). Leo Kanner psiquiatra del Hospital Johns Hopkins de Baltimore (USA), en su artículo: "Trastornos autistas del contacto afectivo". "Autismo infantil precoz"; describió al autismo de la siguiente manera:

- a) Extrema soledad autista o incapacidad para establecer relaciones con las personas. Encapsulamiento extremadamente autista frente al mundo cotidiano.
- b) Deseo obsesivo de invariancia ambiental o insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios. Necesidad impulsiva y angustiante de que ese mundo propio de la experiencia se mantenga constante (la llamada angustia frente al cambio).
- c) Memoria excelente, buen potencial cognitivo y, en ocasiones, con "habilidades especiales".
- d) Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
- e) Hipersensibilidad a los estímulos.
- f) Retraso y alteraciones en la adquisición y uso del habla y el lenguaje (o mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real).
- g) Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento (carácter "innato" de las alteraciones autistas).

Definición de autismo de Hans Asperger (1944). El pediatra vienés Hans Asperger en su artículo: "La psicopatía autista en la niñez". Además de observar

¹⁴ C. Gerald, Davison. M. Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Editorial Limusa Wiley. Pág. 555.

algunas de las características de Kanner, el describió el autismo de la siguiente forma:

- a) Extrañas pautas expresivas y comunicativas.
- b) Anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje.
- c) Limitación, compulsividad y carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones.
- d) Falta de contacto ocular.
- e) Problemas de conducta

Desde que Kanner describió el síndrome autista, y lo separa de las psicosis infantiles dándole la importancia de una entidad nosológica con características propias, ha existido un gran auge en el estudio del autismo, auge que se puede observar en la multitud de investigaciones en torno a tan variados temas como la etiología o los métodos de intervención pedagógica.¹⁵

3.2. Espectro Autista.

Definición. Lorna Wing (1995) desarrolla el concepto de espectro autista, el cual para comprenderlo bien hay que tener en cuenta dos ideas importantes:

- 1) El autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas, se define por la conducta. No es una “enfermedad”. Puede asociarse a muy diferentes trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados. En el 75% de los casos el autismo de Kanner se acompaña de retraso mental.
- 2) Hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo. Puede ser útil considerar el autismo como un continuo –más que una “categoría” bien definida– que se presenta en diversos grados en diferentes cuadros del desarrollo, de los cuales sólo una pequeña minoría (no mayor de un 10%), reúne estrictamente las condiciones típicas que definen el autismo de Kanner.

La idea de un espectro autista, de los rasgos autistas como situados en continuos o dimensiones, tuvo su origen en un estudio muy importante realizado por Lorna Wing y Judith Gould en 1979, en una zona de Londres, el barrio de

¹⁵ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

Camberwell. El objetivo de la investigación era conocer el número y las características de los niños de menos de 15 años con deficiencias importantes en las capacidades de relación. Encontraron que esos niños eran 95 de una población estudiada de 35,000. De ellos solo 7 eran autistas en sentido estricto. Así, mientras la prevalencia de autismo era la encontrada en otros estudios, dos niños por cada 10,000, la de Deficiencias Sociales Severas (DSS) era trece veces mayor. En todos los niños con DSS (y no solo en los autistas) concurrían los síntomas principales del espectro autista, con trastornos de la relación, de la capacidad de ficción y juego simbólico, de las capacidades lingüísticas y comunicativas y, finalmente, de la flexibilidad mental y comporta mental. La presencia de estos rasgos del espectro autista era tanto más probable cuanto menor era el cociente intelectual de los niños estudiados, como puede observarse en el siguiente cuadro.

Rasgos Autistas y Cociente Intelectual	
Gama de cocientes intelectuales	Porcentaje con rasgos autistas
Menores de 19	86%
Entre 20 y 49	42%
Entre 50 y 69	2%
Mayor de 70	0,13%

Para el conjunto de personas con cuadros situados en el espectro autista (que, como hemos visto, no sólo incluyen a los autistas ni siquiera solo los trastornos profundos del desarrollo), puede establecerse un continuo en que los síntomas que corresponden a unas mismas dimensiones varían, dependiendo de factores cómo el nivel intelectual, la edad y la gravedad del cuadro.¹⁶

Lorna Wing, en el año 1988, ha diferenciado cuatro dimensiones principales de variación del espectro autista: (1) trastorno en las capacidades de reconocimiento social, (2) en las capacidades de comunicación social, y (3) en las destrezas de imaginación y comprensión social (estas tres dimensiones definen lo que se denomina “tríada de Wing”), por una parte, y (4) patrones repetitivos de

¹⁶ Rivière, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Págs.20-21.

actividad, por otra. Se refiere también a otras funciones psicológicas, como el lenguaje, las respuestas a estímulos sensoriales, la coordinación motora y las capacidades cognitivas, para las que no establece niveles específicos (posteriormente se incluyeron dos dimensiones más que se refieren a trastornos de la flexibilidad y trastornos del sentido de la actividad).

Dada la importancia práctica del concepto de espectro autista, se ha desarrollado un conjunto más amplio de doce dimensiones, que se alteran sistemáticamente en los cuadros de autismo y en todos aquellos que implican espectro autista. Para cada dimensión, se han establecido cuatro niveles: el primero es el que caracteriza a las personas con un trastorno mayor, un cuadro más severo, niveles cognitivos más bajos y frecuentemente a los niños más pequeños. También aquellos casos que no han recibido un tratamiento adecuado. El nivel cuatro es característico de los trastornos menos severos, y define muy característicamente a las personas que presentan el síndrome de Asperger.

Las doce dimensiones que diferenciaremos, y que se encuentran alteradas en todas las personas con espectro autista, son las que se establecen en la tabla siguiente:

Dimensiones alteradas con espectro autista

1. Trastornos cualitativos de la relación.
2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas).
3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
4. Trastornos de las funciones comunicativas.
5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
7. Trastornos de las competencias de anticipación.
8. Trastornos de la flexibilidad mental y comporta mental.
9. Trastornos del sentido de la actividad propia.
10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la suspensión (capacidad de hacer significativo).

Aspectos del desarrollo que se alteran en los cuadros con espectro autista.

Las dimensiones no son completamente independientes. Por ejemplo, existe una correspondencia muy alta entre la cuarta, la décima y la décimo segunda, o entre la tercera y la cuarta, o también entre la séptima, la octava y la novena. Eso quiere decir que podría establecerse un sistema con menos dimensiones, pero en ese caso se perdería riqueza de detalle, y el sistema de dimensiones perdería gran parte de su eficacia práctica.¹⁷

Las doce dimensiones planteadas por Ángel Riviére, pueden ser divididas en dos subgrupos, en los cuales las seis primeras, están relacionadas con las capacidades de relaciones sociales y comunicación; y las seis restantes se relacionan con la anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas.

3.3. Etiología del Autismo.

La investigación actual ha demostrado que la etiología del autismo está vinculada con un desajuste orgánico. Se desconoce la causa de tal desajuste, pero “varias” causas diferentes pueden producir el defecto fundamental del sistema nervioso central (SNC) que origina los síntomas del autismo.

Bases psicológicas del autismo

La primera descripción del autismo realizada por Kanner originó una controversia muy grande del tipo “naturaleza o crianza”. Su caracterización de los padres de niños autistas como muy inteligentes, bien educados y comúnmente distantes y poco expresivos, estimuló la especulación acerca del factor ambiental como básico en la “causa” de la enfermedad. En 1957 Kanner mismo ha refutado esta noción y afirmó que el factor biológico era uno de los principales, pero también describió una interrelación entre herencia y ambiente: “...sin importar los problemas de la herencia y la constitución, las experiencias de la vida han confundido a estos niños, han hecho imposibles las relaciones normales y los han conducido al aislamiento y a la conducta esquizofrénica”.

¹⁷ Riviére, Ángel. Martos, Juan. El Tratamiento del Autismo Nuevas Perspectivas. Edit. IMSERSO 2001. Págs. 36-37.

Los investigadores y clínicos que han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología ambiental son aquellos que, desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autista como una forma desviada reactiva del desarrollo. Bruno Bettelheim y Frances Tustin han escrito libros acerca del autismo en los que se estudia esta condición desde dicha perspectiva. Los conceptos de ambos se presentan como ejemplos del enfoque del autismo desde el punto de vista psicodinámico.

En su libro *Autismo y psicosis infantil* en 1973, Tustin describe la etapa infantil temprana como un autismo primario anormal. El bebé experimenta sensaciones, pero no tiene conciencia de las partes de su cuerpo ni reconoce los límites entre el yo y el no yo; es decir, no tiene conciencia de que su madre está separada de él. La mayoría de las madres no tienen una reacción exagerada de anticipación a cada deseo del bebé, ni tampoco lo rechaza o lo deja a merced de un exceso de frustración. Gradualmente, con la ayuda materna, el bebé empieza a diferenciar las partes del propio cuerpo, se observa separado de su madre y se distingue de las demás personas y de las cosas. Durante mucho tiempo se ha aceptado como normal esta etapa del desarrollo temprano, que acentúa la inconsciencia del niño de las cosas que están fuera de él y la importancia de la madre, y subraya la relación que existe entre la madre y su hijo por medio de la alimentación con el pecho. Esta etapa se llama fase oral, fase de confianza básica en oposición a desconfianza o fase del narcisismo primario o anaclítico. Por su parte, Tustin se refiere a esta etapa como autismo primario anormal, y la diferencia de una prolongación anormal de aquella que conduciría al autismo patológico. Esta investigadora considera que el autismo primario anormal aparece cuando la primera etapa normal del desarrollo se prolonga, ya sea debido a que el niño experimenta una falta total de cariño en la crianza o una falta parcial de afecto.

Tustin propone otra forma de autismo a la que denomina autismo secundario encapsulado, el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando todavía no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la sensación de separación. Para no experimentar nuevamente esta separación tan violenta y atemorizante, el niño acalla la parte

del mundo que no le corresponde –el no yo- y crea una barrera entre sí y el mundo que lo rodea.

Bruno Bettelheim también considera al autismo como un trastorno que se origina en las primeras experiencias de vida del niño. En su libro *La Fortaleza Vacía* de 1967, describe cómo los niños son activos y dan señales, especialmente por lo que se refiere a la alimentación con el pecho. Si el niño se frustra y se siente incapaz de hacer algo en un mundo impredecible o que no responde, puede tornarse autista. Esto puede ocurrir en los seis primeros meses si se bloquea la actividad general del niño o entre los seis y nueve meses cuando el niño intenta relacionarse con los demás y se impide dicha actividad. Finalmente, el autismo puede aparecer entre los 18 meses y los dos años si se impiden al niño “los esfuerzos activos para dominar su mundo, tanto física como intelectualmente”. Al reprimir toda actividad y con ello toda hostilidad hacia el mundo exterior, el niño se aísla y se retrae hacia la fantasía y el autismo. Bettelheim afirma que pueden existir factores orgánicos implicados en el desarrollo del autismo, pero que la actitud de los padres permite que tales factores ocasionen la aparición del autismo en algunos niños y no en otros. Este investigador afirma que “...en todos los casos estudiados por nosotros...el niño experimentaba las actitudes de los padres...como el deseo de ellos de que él no existiera”.

En los primeros estudios, especialmente en las muestras de niños autistas de Kanner, había una gran incidencia de padres de clase socioeconómica alta y con un buen desarrollo intelectual. Este grupo pudo haber tenido más acceso a las clínicas especiales, como la del propio Kanner, pero algunos estudios han demostrado que las condiciones de los niños autistas permiten inferir que un niño de clase socioeconómica baja tiene más posibilidad de ser diagnosticado como retrasado mental, mientras que otro proveniente de una clase acomodada probablemente reciba el diagnóstico de perturbado emocional. Aun si esto pudiera sustentar la correlación entre el autismo y el estatus socioeconómico más alto, tales explicaciones no podrían aceptarse de manera válida.¹⁸

¹⁸ Paluszny, María. *Autismo: guía práctica para padres y profesionales*. Editorial Trillas. Págs. 65-68.

Descripciones como éstas inspiraron teorías en las que se hacía responsables a los padres de las conductas desacostumbradas de sus hijos. Estos planteamientos resultaron devastadores para una generación de progenitores que se sentían culpables y responsables de los problemas de sus vástagos.

Sin embargo, las investigaciones más recientes refutan aquellos estudios, y proponen, merced a una gran variedad de mediciones de personalidad, que los padres de individuos con autismo tal vez no difieran sustancialmente de los padres de niños sin discapacidades (Koegel, Schreibman, O'Neill y Burke, 1983; McAdoo y DeMyer, 1978).¹⁹

Las evidencias son contundentes: los padres de estos pequeños no tienen nada en particular. De hecho, pueden criar a otros hermanos y hermanas perfectamente normales y sanos. Aun si se hiciera caso omiso de estos descubrimientos, no sería fácil determinar la dirección de alguna posible correlación entre características de los padres y el autismo. Por otra parte, no hay evidencias de que algún tipo de maltrato emocional, privación o descuido pueda producir conducta que se asemeje al síndrome del autismo (Ornitz, 1973; Wing, 1976). De hecho, la aparición tan temprana del trastorno, así como gran cantidad de evidencias neurológicas y genéticas, sugieren que esta alteración tan desconcertante tiene un origen biológico.²⁰

Pese a que aún no se han explorado todas las posibilidades de orden psicógeno, en el año 1974 Rutter hizo notar que "...existe mucha evidencia en contra del punto de vista de que el autismo es un trastorno primordialmente psicogénico, y parece que no vale la pena investigar más sobre él"; sin embargo, cabe destacar que aun cuando el autismo no parezca tener sus orígenes en factores psicológicos, los padres y el ambiente hogareño son de primordial importancia cuando se trabaja con niños autistas.

¹⁹ H. Barlow, David. Mark, Durand V. Psicología Anormal. Un Enfoque Integral. Segunda Edición. Edit. Thomson. Learning. Pág. 519.

²⁰ C. Gerald, Davison. M. Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Edit. Limusa Wiley. Pág. 562.

En Autismo infantil y terapia estructural (1976), Ward sugirió una etiología que implica un origen psicológico aunado a una deficiencia neurológica. Propone que la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial. Como resultado de la angustia materna ocurren cambios neuroendocrinos en la madre, los cuales afectan en el feto las estructuras neurales, endocrinas y otras. Ulteriormente, las madres no son capaces de satisfacer las necesidades especiales de este niño y se origina el autismo. Al respecto, Ward encontró que las madres de los niños autistas informaban de una alta incidencia de estrés durante el embarazo, debida a problemas emocionales, a tensiones en la familia o a otras dificultades significativas. Tampoco se ha demostrado que la angustia materna sea causa de algunas anormalidades en el feto, y sería necesario demostrar que la angustia y la ansiedad de la madre producen en verdad un exceso de adrenalina u otra sustancia con efecto negativo en el desarrollo fetal.²¹

Bases biológicas del autismo

A pesar de que en los últimos años han sido muchos los investigadores que han tratado de adentrarse en el laberinto que oculta el origen del autismo, son muchas más las cosas que ignoramos que las que sabemos. El problema no reside en que no se hayan encontrado “pistas”. Al contrario: hay demasiadas. En 1983 Ornitz hacía una lista de 26 condiciones patológicas que se han asociado con el autismo. Se reconoce en general que el autismo se debe a múltiples etiologías, que van desde alteraciones genéticas a trastornos metabólicos o procesos infecciosos, y que pueden intervenir en diversas fases del desarrollo prenatal, perinatal o postnatal del sistema nervioso (Reichler y Lee, 1987). Por ejemplo, se han asociado con el autismo alteraciones genéticas, como el cuadro de x frágil, anomalías del metabolismo como la fenilcetonuria, infecciones como la rubéola congénita, condiciones prenatales como las pérdidas en el primer trimestre de embarazo, perinatales como el aumento de bilirrubina, postnatales como la encefalitis ligada al herpes simple o la esclerosis tuberosa.²²

²¹ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 68-69.

²² Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág.16.

Varios investigadores consideran que el factor central de la conducta autista es algún problema básico en la capacidad para comunicarse, y no la indiferencia emocional (Rutter, 1978a). Esta opinión subraya las graves deficiencias cognoscitivas que aparecen con el autismo, y sugiere que tienen su origen en algún tipo de disfunción grave del cerebro (Rutter, 1974).

Los que creen que el sistema nervioso central es un factor importante en el autismo, tienen varias pruebas en qué basarse. Algunas enfermedades que afectan el sistema nervioso central pueden aumentar las probabilidades de que se padezca autismo.²³

Así, aun cuando las complicaciones perinatales no se han asociado claramente con el autismo, la rubéola durante el embarazo causa una alta incidencia de autismo en la descendencia (Chess, 1971). Se sabe que la rubéola causa varias anomalías congénitas, incluidas algunas que afectan al SNC, a saber: sordera, deficiencia mental y microcefalia. Por tanto, es razonable sospechar que esta enfermedad puede causar otros desajustes del SNC que se manifiesten como autismo. Asimismo, se ha informado de otras condiciones infantiles relacionadas con patrones autistas que afectan al SNC, como meningitis, encefalitis, esclerosis tuberosa o fenilcetonuria.

Cuando se evalúa a los niños autistas y se les hace un estudio de seguimiento, frecuentemente muestran algunos signos de disfunción neurológica. En términos de inteligencia, la mayoría de ellos tiene un CI inferior al promedio del rango normal (80). Los estudios electroencefalográficos de niños autistas señalan irregularidades aun en aquellos que no muestran manifestaciones clínicas (Tanguay, 1976).

En ocasiones se han descrito varios signos neurológicos leves en niños autistas, signos que se refieren a anomalías neurológicas que no señalan un área de daño neurológico específica (la lesión no puede localizarse por medio de ellos). Tales signos a menudo se asocian con daño en el SNC o con cierta

²³ G. Sarason, Irwin. G. Sarason, Bárbara. Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. Editorial Trillas. Pág. 428.

disfunción del mismo. Problemas de movilidad, como caminar de puntitas o aletear con las manos, se consideran en esta categoría, así como varias incongruencias preceptuales halladas en niños autistas.

A medida que se realizan más investigaciones en el área biológica, surgen nuevas teorías acerca de la naturaleza exacta de los problemas biológicos del autismo. Antes de estudiar estos aspectos, debe mencionarse que etiologías diferentes producen síntomas similares. Un agente puede producir síntomas distintos en circunstancias diversas; por ejemplo, la infección de rubéola en las mujeres embarazadas puede producir sordera en un bebé, retraso mental en otro y cataratas en un tercero, o los tres trastornos mencionados en un solo niño. Asimismo, causas distintas pueden producir la misma condición. En cuanto al retraso mental, la etiología puede ser hereditaria (enfermedad de Tay-Sachs), de origen genético pero no necesariamente hereditaria (síndrome de Down), metabólica (hipotiroidismo o cretinismo), infecciosa (posencefalitis) o traumática, e incluso con todas estas etiologías específicas la mayoría de los casos de retraso mental tiene una causa desconocida.

En lo que concierne al autismo, debido a que hay muestras de etiología biológica y a que existen indicaciones de que puede asociarse con otros trastornos, es razonable pensar que más de una causa (es decir, varias disfunciones diferentes) puede producir cambios patológicos que se manifiestan como el síndrome autista. Si esto es verdad, el daño deberá producirse en la misma área para originar los mismos síntomas. De acuerdo con esta línea de razonamiento, varios investigadores han intentado especificar dónde se produce esa lesión o perturbación del funcionamiento normal. Al analizar la etiología del autismo, debe considerarse qué agentes pueden participar y las anormalidades que tales agentes producen, las cuales dan lugar a la aparición del síndrome autista.²⁴

²⁴ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 69-70.

Influencias genéticas

La hipótesis más interesante sobre la influencia genética en autismo sugiere un funcionamiento inadecuado de genes que regulan la formación del sistema nervioso humano entre el tercer y el séptimo mes de desarrollo embrionario. El defecto podría consistir en una “neurogénesis” excesiva, más que escasa. Las consecuencias de esa neurogénesis inadecuada se manifestarían después, sobre todo desde el segundo año de vida, en el que tienen que dispararse funciones complejas y muy específicas del hombre, que se derivan en parte de una “puesta a punto”, entre los 9 y los 18 meses de edad, del funcionamiento frontal.²⁵

Cada cromosoma contiene múltiples genes que transmiten información a la célula, pero, a diferencia de los cromosomas, los genes no pueden observarse de manera directa. Un gene mutante o anormal frecuentemente se puede identificar, porque es capaz de reproducirse y transmitir un mensaje distorsionado no sólo a las células del individuo del que forme parte, sino también a las generaciones subsecuentes que heredan ese gene; por tanto, mediante el estudio de la historia genética del trastorno se puede determinar un patrón hereditario.

Si se estudia la relación que existe entre el síndrome autista y los genes, podría especularse que el autismo es un trastorno heredado como un gene dominante autosómico, un gene recesivo autosómico o una transmisión vinculada con el sexo. La transmisión dominante autosómica es aquella en la cual sólo un gene del par de genes de la pareja autosómica de cromosomas necesita mutar para producir el trastorno. Si uno de los padres tiene la disfunción, se espera que la mitad de sus hijos la herede. Obviamente, esto no es verdad para el autismo. En una condición recesiva autosómica, ambos genes deben ser mutantes para producir el trastorno. Así, si un padre padece la enfermedad, se espera que la cuarta parte de sus hijos la herede, como en el caso de la fenilcetonuria y otros trastornos de tipo metabólico; sin embargo en estos trastornos se observa una heredabilidad familiar mucho más fuerte que en el caso del autismo. Por otra parte, la hipótesis del trastorno vinculado con el sexo puede quedar descartada en

²⁵ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág.17.

el caso del autismo, porque la proporción entre la incidencia en hombres y mujeres tendría que ser mucho mayor (esta proporción se puede calcular a partir de la ocurrencia del trastorno en la población).

A partir de ciertos estudios realizados con familias de niños autistas, se ha calculado que existe el 2% de posibilidades de tener otro niño autista en la familia (más que la proporción de 4/10 000 que hay en la población general). En un estudio reciente realizado con 78 niños autistas, el 8% tenía un pariente que también lo era (Colman, 1976).

Por tanto, aunque parece poco probable que el autismo sea un trastorno heredado por la anomalía de un solo gene, deben investigarse otras posibilidades genéticas; por ejemplo, el autismo podría ser resultado de una anomalía genética múltiple, de tal manera que para que se presente tiene que haber una variedad de genes de naturaleza mutante, o posiblemente sean varios genes diferentes los que causen dicha anomalía.²⁶

Aunque no suelen definirse alteraciones electroencefalográficas en la exploración estándar de los niños pequeños autistas, alrededor del 30% de las personas que sufren el trastorno desarrollan crisis epilépticas desde la adolescencia o la primera juventud. El aumento de probabilidad de epilepsia se produce en los casos de autismo asociado a retraso mental, y no en los autistas con cocientes en la gama de la normalidad. La presencia de crisis y la necesidad de regulación farmacológica cuidadosa de la electrogénesis cerebral se convierten, así, en consideraciones importantes en los centros que atienden a adultos autistas con retraso mental.²⁷

En contraposición, el autismo es considerado por los expertos como el más “genético” de los trastornos neuropsiquiátricos en la infancia. La investigación actual indica que alrededor de un 3% de los hermanos o mellizos de un niño con autismo tiene también el mismo trastorno (lo que es bastante más que lo encontrado en la población general), y entre un 6 al 9% presentan algún tipo de

²⁶ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 71-72.

²⁷ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág. 17.

TGD o TEA. Asimismo, los familiares de afectados pueden presentar expresiones fenotípicas conductuales en mayor proporción que la población general; con un rango variable de gravedad que incluya rasgos o dificultades sociales o comunicativas significativas. Se ha sugerido que en el trastorno de Asperger el número de familiares afectados, especialmente padres, es muy elevado. Además, se sabe que si un gemelo presenta autismo, el 80% de las veces su hermano gemelar tiene también un TEA; esto es, a mayor igualdad genética entre las personas, mayor concordancia clínica.²⁸

Así pues, se han realizado estudios de gemelos para evaluar las influencias genéticas en el trastorno autista, aunque el autismo es tan infrecuente que resulta sumamente difícil dar con las suficientes personas para validar las investigaciones. Susan Folstein y Michael Rutter (1977) estudiaron a 11 personas con autismo que tenían gemelos idénticos (monocigóticos) y a 10 individuos autistas que tenían gemelos fraternos (dicigóticos). Descubrieron una tasa de concordancia de 36 por ciento en el caso de los gemelos monocigóticos: en 4 de las 11 parejas, ambos gemelos tenían autismo. En comparación, encontraron que ninguna de las parejas dicigóticas eran concordantes en autismo. Folstein y Rutter examinaron asimismo a los gemelos en busca de la presencia de otros problemas de desarrollo y problemas cognoscitivos, y hallaron que la tasa de concordancia aumentaba a 82 por ciento en el caso del grupo monocigótico y a 10 por ciento en el grupo dicigótico. En otras palabras, cuando consideraron los trastornos del desarrollo en general, descubrieron que, si uno de los gemelos monocigóticos era autista, el otro era muy probable que tuviera autismo o algún otro problema cognoscitivo o de desarrollo. Éste y otros estudios (Herault, Petit, Buchler, Martineau, Cherpi, Perrot, Sauvage, Barthemy, Muh y Lelord, 1994; Ritvo, Freeman, Mason-Brothers, Mo y Ritvo, 1985; Steffenburg et al., 1989) son importantes pues sugieren en forma sólida que el autismo es hereditario.²⁹

Una de las anomalías cromosómicas más frecuentes asociadas al autismo es el síndrome del “x-frágil”. Se ha estimado que del 2% al 5% de los niños autistas podrían tener un síndrome “x-frágil” y que al menos 15% de los niños con

²⁸ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág.5.

²⁹ H. Barlow, David. Mark, Durand V. Psicología Anormal. Un enfoque integral. Segunda Edición. Editorial Thomson. Learning. Pág. 520.

“x-f” cumplen con los criterios del trastorno autista. Es mayor el número de casos que se presenta en varones.

“Evidencias actuales sugieren que alrededor de 12 o más genes, ubicados en diferentes cromosomas, podrían estar involucrados en el autismo en diferentes grados”. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. (NICHD. 2005).³⁰

Como suponen muchos investigadores, en el hecho de que diferentes agentes causales pueden producir trastornos en un mismo conjunto de vías y centros nerviosos. ¿Cuál puede ser ese conjunto de vías y centros nerviosos, cuya alteración funcional o estructural podría relacionarse con el autismo? Aún no hay respuesta segura a esa pregunta. La más justificada es la que implica a los lóbulos frontal, prefrontal y temporal de la corteza cerebral y a ciertas estructuras del llamado sistema límbico, tales como la amígdala y quizá el hipocampo. Además se han encontrado anomalías estructurales en el cerebelo –y no sólo en el cerebro- de personas autistas (Courchesne et al., 1988). Recientemente se ha descubierto un hecho sorprendente: el cerebro de muchos autistas es de un tamaño considerablemente mayor que el normal (1.537 cc frente a 1.437 cc por término medio), tal como se refleja en estudios de resonancia magnética nuclear (Piven et al., 1995). Un hallazgo que se corresponde con el obtenido mediante análisis histológico post-mortem de cerebros de pacientes autistas, en el que aparecen zonas con excesiva densidad de neuronas de tamaño menor del normal en estructuras del sistema límbico anterior (Bauman y Kemper, 1994).

La idea de que en el autismo existen alteraciones en vías de conexión entre los lóbulos frontal y temporal y el sistema límbico es coherente con un modelo causal del autismo, propuesto por Damasio y Maurer (1978) hace casi veinte años. Según ese modelo, el autismo estaría relacionado con alteraciones de la transmisión nerviosa en un sistema llamado dopaminérgico. Esa palabra proviene de dopamina, un cierto tipo de neurotransmisor químico muy importante.³¹

³⁰ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

³¹ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Págs.16-17.

Bioquímica

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

La serotonina es un producto del metabolismo de un aminoácido esencial: el triptófano. Este se considera esencial porque es indispensable para el ser humano, aunque el cuerpo no pueda sintetizarlo a partir de otra proteína; por esta razón, debe incluirse en la dieta individual. Químicamente, la serotonina es semejante a la dietilamina del ácido lisérgico (LSD), pero, a diferencia de ésta, la serotonina es una sustancia presente en el organismo de manera natural y que se encuentra en altas concentraciones en ciertas partes del cerebro y otras regiones corporales, como la mucosa intestinal y las plaquetas sanguíneas; además, la serotonina parece ser necesaria para el funcionamiento normal del cerebro. En algunos estudios realizados con adultos se observaron trastornos conductuales cuando los niveles de serotonina decrecen (por medio de la ingestión de LSD o de reserpina), así como cuando tales niveles se incrementan.

A pesar de los interesantes datos de investigación, que indican que hay altos niveles de serotonina en los niños autistas, existen problemas y resultados conflictivos en la evaluación de las concentraciones de serotonina. Dados los resultados poco claros que se han obtenido en cuanto a esta sustancia, parecería que no es relevante preocuparse por ella; sin embargo, cuando se examina otro aspecto de la investigación sobre este neurotransmisor, adquiere gran importancia, pues los estudios sobre los niveles de serotonina en niños

hiperactivos han demostrado una baja concentración de esta sustancia en la sangre. Más aún, a medida que los niños muestran mejoría clínica, la concentración de serotonina aumenta y se acerca al nivel normal.

Por tanto, si los niños hipercinéticos presentan mejoría cuando los niveles sanguíneos de serotonina descienden y se acercan a la normalidad, posiblemente se apreciará una mejoría en los niños autistas cuando su nivel de serotonina descienda a niveles normales. Esto podría lograrse por medio de medicamentos. Asimismo, dado que la serotonina es un producto del triptófano, al restringir el contenido de esta proteína en la dieta disminuirían los niveles de serotonina. Desde luego, esta área requiere más investigación, las técnicas de laboratorio deben perfeccionarse y los pacientes tienen que ser vigilados cuidadosamente.

Existen estudios bioquímicos que, aun cuando no son técnicamente complejos resultan dispersos y el análisis de los datos obtenidos se dificulta; por ejemplo, en un estudio realizado por Colman y otros (1967), se evaluaron los niveles de ácido úrico en la sangre y en la orina de 67 niños autistas. El ácido úrico es un producto que resulta de la descomposición de las células, particularmente de su núcleo. De manera característica, el ácido úrico aumenta en casos de leucemia y de gota, pero también se ha informado de incrementos en individuos retrasados mentales. No obstante que en este estudio el 22% de los niños autistas presentaron aumento de ácido úrico en la orina (pero no en la sangre), es difícil cuantificar la importancia de estos datos.

Los defectos bioquímicos pueden originarse no sólo por anormalidades del metabolismo, sino también por ingestión inadecuada de sustancias necesarias o por mala absorción. Un tipo de síndrome de absorción defectuosa es la enfermedad celiaca, caracterizada por intolerancia a las grasas y al gluten (que se encuentra en el trigo), se cree que en esta enfermedad, el gluten puede dañar el epitelio intestinal, y el mal se caracteriza por heces voluminosas por las grasas y otras sustancias no absorbidas (esteatorrea), problemas de crecimiento y otros cambios físicos. Se ha informado sobre problemas emocionales en algunos niños con este padecimiento, y se ha identificado a varios niños autistas con enfermedad celiaca (Colman, 1976).

Se apreció una disminución en los síntomas de un niño registrado como paciente autista y por enfermedad celiaca cuando se le sometió a un régimen dietético libre de gluten (Goodwin y Goodwin, 1976). En una evaluación de 78 niños autistas, 10% padecían enfermedad celiaca; sin embargo, como señalaron estos investigadores, la presencia de dos enfermedades en el mismo paciente no significa necesariamente que una de ellas produzca la otra; por ejemplo, es posible que ambos padecimientos tengan la misma base genética y que, por tanto, se presenten juntos. Aún existe la posibilidad de que haya un efecto causal, que deberá estudiarse ulteriormente.³²

Hallazgos recientes:

- a) Investigadores estadounidenses aseguran haber avanzado de manera importante en su conocimiento de dos proteínas neuronales relacionadas con el autismo.
- b) Las proteínas, conocidas como neuroligina 1 y 2, ayudan a fortalecer y equilibrar las sinapsis, según un equipo del Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas de Dallas.
- c) Los investigadores hallaron que una de las proteínas aumenta la excitabilidad de las neuronas, mientras que la otra inhibe la actividad celular.
- d) (FUENTE: Univ. Texas Southwestern Medical Center, news release, Jane 20, 2007).³³

La existencia de alteraciones en el consumo de energía de los lóbulos temporal y frontal de niños pequeños autistas se está confirmando recientemente mediante técnicas de neuroimagen funcional. En estudios neuropsicológicos aparecen datos convergentes con los proporcionados por las imágenes funcionales del cerebro. Los niños autistas tienen alteraciones de las llamadas “funciones ejecutivas”, que dependen del buen funcionamiento del lóbulo frontal. Éste permite dirigir estratégicamente la conducta, definir planes flexibles de acción y otorgar propósito a ésta. Además, recientemente se ha descubierto la implicación frontal en las capacidades “mentalistas” humanas. No es extraño, por tanto, que se encuentren alteraciones frontales en el autismo.

³² Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 72-74.

³³ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

Sistema opioide y alteraciones intestinales.

Recientemente algunos investigadores han propuesto una hipótesis muy sugerente sobre posibles alteraciones neuroquímicas en autismo. Shaley y Panksepp (1987) han defendido que el aislamiento autista podría relacionarse con un exceso de pépticos, sustancias semejantes al opio producidas de forma endógena por el cerebro y que proporcionan efectos placenteros. En los niños normales, esas sustancias son liberadas por ejemplo cuando las madres brindan atenciones y mimos a sus hijos. Los autistas no se sentirían estimulados a la relación por su exceso de opiáceos endógenos. Se ha demostrado que la administración de una sustancia que bloquea los efectos de esos opiáceos naturales mejora los síntomas autistas, en algunos casos, y disminuye dramáticamente las autoagresiones. (Turkington, 1987).³⁴

Esta teoría propone que los síntomas asociados al autismo y otros TGD aparecerían desde la infancia debido a una sobrecarga de péptidos opiáceos sufrida por el SNC que afecta los neurotransmisores. Estos péptidos son de probable origen exógeno y derivados en gran parte de la incompleta digestión del gluten y caseína de la dieta. (Panksepp, Bishop & Rossi, 1979), (Reichlet, Knivsberg, Lind et al, 1991).³⁵

Por lo mencionado anteriormente sobre la etiología, es evidente que hay varias líneas para proseguir con la investigación y encontrar las causas del autismo. Debido a que en algunos de ellos los resultados han sido positivos, ciertos investigadores suponen que no hay una sola causa, sino que el autismo puede presentarse más bien por varios desajustes biológicos. Sea este desajuste genético, bioquímico, viral o de cualquier otra índole, lo cierto es que produce un defecto en el SNC que da lugar a los síntomas autistas. Estos investigadores sugieren que el autismo, al igual que el retraso mental o las deficiencias del aprendizaje, es un síndrome que puede tener origen en muchos factores. Todas

³⁴ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Págs.17-18.

³⁵ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

estas causas diferentes producen el mismo desajuste crítico en el SNC, que a su vez origina los síntomas tan característicos del autismo.³⁶

3.4. Características del Autismo

Las características que se describen a continuación en el autismo nos dan una imagen de cómo son o como se comportan estos niños.

1. Las relaciones sociales.

Para Kanner, el rasgo fundamental del síndrome de autismo era “la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones” (1943,20), sobre la que hacía la siguiente reflexión:

Desde el principio hay una extrema soledad autista, algo que en lo posible desestima, ignora o impide la entrada de todo lo que le llega al niño desde afuera. El contacto físico directo, o aquellos movimientos o ruidos que amenazan con romper la soledad, se tratan como si no estuvieran ahí o, si no basta con eso, se sienten dolorosamente como una penosa interferencia (Kanner, 1943,20).³⁷

Estas personas encuentran difícil ajustar su comportamiento al de los demás, ya que no entienden muy bien las convenciones y normas sociales. Suelen tener problemas para compartir el mundo emocional, el pensamiento y los intereses. No les resulta sencillo apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos. En consecuencia, el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, mostrando aislamiento. Estas limitaciones sociales son especialmente marcadas en la infancia, atenuándose un poco a lo largo de la vida; ya que su interés social va aumentando espontáneamente y ello favorece el aprendizaje de nuevas competencias.³⁸

Para muchos individuos con autismo, los problemas que experimentan en las interacciones sociales tal vez sean más cuantitativos que cualitativos. Quizá

³⁶ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Pág.75.

³⁷ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág.5.

³⁸ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras- Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág.2.

cuenten con la misma tasa de exposición a los otros que usted o sus amigos, pero la forma en que ellos establecen el contacto es inusual.

Aunque no establecen contacto visual ni sonríen a la madre como los pequeños sin autismo, reconocen la diferencia entre la madre y los extraños y prefieren estar cerca de ella en situaciones estresantes (Dissanayake y Crossley, 1996; Sigman y Ungerer, 1984); se sentarán, por ejemplo, cerca de su madre en lugar de en la proximidad de extraños luego de que los han dejado solos por un breve periodo. Esta investigación sugiere que quienes sufren de autismo no son totalmente inconscientes de los demás, como se pensaba con anterioridad; no obstante, por alguna razón aún no comprendida del todo, tal vez no disfruten de relaciones significativas con otros, o bien no cuentan con la capacidad para desarrollarlas.³⁹

2. La comunicación y el lenguaje

Kanner destaca también un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas, a las que dedicó un artículo monográfico en 1946 titulado: "Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil precoz". Tanto en este artículo como en el de 1943 se señala la ausencia del lenguaje en algunos niños autistas, su uso extraño en los que lo poseen como si no fuera "una herramienta para recibir o impartir mensajes significativos" (1943,21), y se definen alteraciones como la ecolalia (tendencias a repetir emisiones oídas, en vez de crearlas espontáneamente), la tendencia a comprender las emisiones de forma muy literal, la inversión de pronombres personales, la falta de atención al lenguaje, la apariencia de sordera en algún momento del desarrollo y la falta de relevancia de las emisiones.⁴⁰

Alteraciones cualitativas de la comunicación

Los primeros estudios realizados en el autismo identificaban que un 50% de las personas afectadas no desarrollaban el lenguaje hablado funcional a lo

³⁹ H. Barlow, David. Mark, Durand V. Psicología Anormal. Un Enfoque Integral. Segunda Edición. Thomson. Learning. Págs. 514-515.

⁴⁰ Rivière, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág.5.

largo de su vida (si tenemos en cuenta el actual concepto de TGD o TEA, este porcentaje disminuye sensiblemente). Existen otros casos, que empiezan a hablar y que luego pierden su lenguaje.

Lo más característico es que el lenguaje no es utilizado de manera social para compartir experiencias y vivencias; presentando dificultad para iniciar o mantener una conversación recíproca; comprender sutilezas, bromas, ironía o dobles intenciones. Este fallo de la comunicación verbal se acompaña además de pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente al habla o la sustituyen.⁴¹

Según Rivière y Belinchón, las características principales del lenguaje autista serían las siguientes:

1. Mutismo. 2. Emisión de oraciones completas en situaciones de emergencia. 3. Empleo de la negación simple como “protección mágica”. 4. Literalidad. 5. Inaccesibilidad. 6. Ecolalia inmediata. 7. Ecolalia demorada. 8. Inversión pronominal. 9. Evitación pronominal. 10. Lenguaje metafórico. 11. Dificultades de comprensión. 12. Escasez de vocabulario. 13. Empleo de neologismos. 14. Dificultades articulatorias. 15. Escasez de preguntas e informaciones con valor informativo. 16. Falta de intención comunicativa. 17. Dificultades para comprender y utilizar gestos. 18. Frecuencia de imperativos. 19. Alteraciones de tono, ritmo e inflexión. 20. Limitaciones del “output verbal”. 21. Falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido. 22. Interés por el sonido sin captar el sentido. 23. Falta de coordinación entre los gestos y las emisiones verbales.⁴²

3. La “insistencia en la invariancia del ambiente”

La tercera característica era la inflexibilidad, la rígida adherencia a rutinas y la insistencia en la igualdad de los niños autistas. Kanner comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y cómo la conducta del niño “está gobernada por un deseo ansiosamente

⁴¹ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág.3.

⁴² Diccionario de Pedagogía y Psicología. Edición 2000. Cultural, S. A. Pág.32.

obsesivo por mantener la igualdad, que nadie, excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones” (1943). Perspicazmente relacionaba esta característica con otra muy propia del autismo: la incapacidad de percibir o conceptualizar totalidades coherentes y la tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.

Además Asperger señalaba las extrañas pautas expresivas y comunicativas de los autistas, las anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje (su peculiar melodía o falta de ella, su empleo muy restringido como instrumento de comunicación), la limitación, compulsividad y el carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones, y la tendencia de los autistas a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio.⁴³

Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades

Las personas con autismo presentan intereses especiales, que no son frecuentes en otras personas de su edad (fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, letras o logotipos, etc.), aunque lo más característico es que no comparten sus intereses con los demás. Pueden aparecer movimientos corporales estereotipados (aleteos, giros sobre uno mismo, balanceo, deambulación sin funcionalidad, etc.). El juego tiende a ser repetitivo y poco imaginativo (hacer hileras, agrupamientos, fascinación por contar y repetir, etc.).

Muchas personas presentan ansiedad ante los cambios de sus rutinas y/o del entorno (horarios, recorridos, objetos o personas que cambian su ubicación o postura, etc.). En las personas con mayor capacidad intelectual sus intereses restringidos son más sofisticados y pueden incluir el hacer colecciones, listados, recopilar datos sobre temas específicos: astronomía, monedas, mapas, trenes, programas informáticos, etc. En todo caso, normalmente no están interesados necesariamente en compartir su conocimiento de manera recíproca.

Aunque no están recogidos en los actuales criterios diagnósticos, muchas de estas personas, especialmente durante su infancia, padecen fenómenos de

⁴³ Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001. Pág.5.

hipo e hipersensibilidad a los estímulos sensoriales. Esta alteración sensorial puede explicar fenómenos frecuentemente observados como por ejemplo, taparse los oídos, no tolerar determinados alimentos o tejidos, rechazar el contacto físico, autoestimularse con la saliva o mirando reflejos ópticos, o responder inusualmente al dolor.⁴⁴

Kanner advirtió que algunos de los niños gravemente alterados que tuvo oportunidad de ver tenían características poco usuales que se desarrollaban antes de que cumplieran trece meses, y que los colocaba aparte de los otros niños psicóticos.⁴⁵

3.5. Grados del Espectro Autista

El autismo presenta un espectro de manifestaciones diversas donde encontramos desde niños totalmente aislados, sin relación interaccional con las personas, con una tendencia a la repetición de actividades motoras y con una falta completa del Desarrollo del Lenguaje y Comunicación alternativa, hasta niños con un lenguaje muy desarrollado, casi sin alteraciones aparentes y con niveles cognitivos que le permite su permanencia (siempre con algún apoyo) en la Escuela de Nivel Regular y en algunos casos, con habilidades a nivel de inteligencia que pueden superar la media normal en un área específica del desarrollo

Grados de autismo

Trastorno Autista (TA-1er. Grado)

Refiere al grado más profundo del trastorno, conocido como el Trastorno de Leo Kanner, dándole el nombre de Autismo Infantil Precoz. Algunas de sus características son:

1. Evita mirar a los ojos.

⁴⁴ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág.3.

⁴⁵ G. Sarason, Irwin. G. Sarason, Bárbara. Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. Editorial Trillas. Págs. 422-423.

2. Falta del Desarrollo del Lenguaje.
3. Tendencia al aislamiento.
4. Movimientos repetitivos recurrentes.
5. Ausencia de comunicación alternativa.
6. Aislamiento.

Autismo Regresivo (AR-2° Grado)

Se denomina “Regresivo” por la pérdida de capacidades adquiridas. Refiere a una de las formas más características en que hoy se presenta el Trastorno Autista. Se lo piensa como el PROTOTIPO de la forma más característica que se manifiesta en la actualidad. No se presenta tan asiduamente como hace algunas décadas, el Autismo profundo sino que se manifiesta un tipo particular del Espectro Autista donde hay un desarrollo, en algunos casos, aparentemente normal y en otros un desarrollo normal hasta aproximadamente los 18 meses (en algunos casos el desarrollo puede ser normal hasta el año, 15 meses) y luego aparece una pérdida de las capacidades que el niño había adquirido, a saber:

1. Pérdida y evitación del contacto ocular.
2. Pérdida del lenguaje.
3. Pérdida del juego y la interacción social.
4. Pérdida de la comunicación.
5. Aislamiento progresivo.
6. Aparecen conductas repetitivas.

Autismo de Alto Funcionamiento (AAF-3er. Grado)

Este es un tipo particular de manifestación del Trastorno del Espectro Autista donde sus primeras manifestaciones suelen ser confundidas con Déficit de Atención o trastornos de otro tipo, ya que no se presentan las manifestaciones agudas del trastorno desde el inicio. Hay lenguaje desarrollado y procesos cognitivos integrados que le pueden permitir en algunos casos, una permanencia en la Escuela Regular sin que se haya descubierto o sin que se hayan

manifestado todas las características en el comportamiento. Se percibe una dificultad para relacionarse con sus iguales y una serie de comportamientos e intereses rutinarios que progresivamente se van transformando hacia características que la mayoría suele sostener como del tipo obsesivas. Sus principales características son:

1. Lenguaje aparentemente normal.
2. Torpeza motora generalizada.
3. Aprendizaje casi normal.
4. Ideas obsesivas.
5. Conductas rutinarias.
6. Gran capacidad de memoria.
7. Rigidez mental.
8. Falta o dificultades para expresar emociones.

Síndrome de Asperger (SA-4to. Grado)

Las personas que padecen del SA pasan desapercibidas entre la gente. Solo en su entorno se nota que son “raros”, se aíslan, hablan siempre de sus intereses, son fríos y a veces dicen cosas muy duras sin parecer que les afecte en nada. Algunas de sus características son:

1. Lenguaje aparentemente normal.
2. Aprendizaje normal con dificultades de atención.
3. Falta o dificultad para expresar y entender las emociones.
4. Son rutinarios, solitarios y tienen ideas de tipo obsesivas.
5. Pueden ser muy inteligentes (más que la media normal) en un área del desarrollo.
6. Son literales.
7. Torpeza motora generalizada.⁴⁶

⁴⁶ www.chicosconautismo.com.ar

3.6. Trastornos Generalizados del Desarrollo

El autismo se encuentra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, de los cuales hay otros tres tipos que son: el trastorno de asperger, el trastorno de rett y el trastorno desintegrativo infantil.

Trastorno Autista

Descripción

1. Daño severo en la socialización y comunicación.
2. Comportamiento, intereses y actividades restringidas
 - a) Ecolalia
 - b) Mantenimiento de igualdad
 - c) Comportamientos estereotipados y ritualistas

Causas

1. Pocos datos concluyentes
2. Numerosos factores biológicos
 - a) Claros componentes genéticos
 - b) Evidencia de daño cerebral (deficiencias cognitivas) combinado
 - c) Con influencias psicosociales

Tratamiento

1. Enfoque conductual
 - a) Comunicación
 - b) Socialización
 - c) Habilidades de vida
2. Enfoque a la instrucción escolarizada
3. Beneficios temporales de la medicación

Trastorno de Asperger

Descripción clínica. Problemas en las relaciones sociales y conductas o actividades limitadas o desacostumbradas (como seguir los itinerarios de una

aerolínea o memorizar códigos postales), pero sin los retrasos de lenguaje asociados con el autismo. Los individuos presentan pocos impedimentos cognoscitivos y por lo general reciben puntuaciones CI dentro del margen promedio. A menudo manifiestan torpezas y una mala coordinación. Algunos investigadores consideran que el trastorno de Asperger tal vez sea una forma leve de autismo en lugar de una perturbación por separado.

Estadísticas. La prevalencia se calcula en uno de cada 10 000 habitantes, lo que es menos que la tasa del autismo; se da más a menudo en los chicos que en las niñas. (Volkmar y Cohen, 1991).

Causas. Hay pocas investigaciones sobre las causas, aunque se sospecha que puede haber una posible contribución genética.

Tratamiento. Similar al del autismo, aunque con una menor necesidad de trabajo en las destrezas de comunicación y académicas.

Trastorno de Rett

Descripción clínica. Trastorno neurológico progresivo que afecta en primer lugar a las niñas. Se caracteriza por torcimientos constantes de las manos, retardo mental cada vez más grave e impedimentos de las destrezas motrices, lo que aparece después de un comienzo de desarrollo en apariencia normal (Van Acker, 1991). Las destrezas motrices parecen deteriorarse en forma progresiva con el tiempo; sin embargo, las destrezas sociales se desarrollan con normalidad al principio, disminuyen entre el año y los tres años de edad y, luego, mejoran de modo parcial.

Estadísticas. El trastorno de Rett es más o menos infrecuente pues se da en alrededor de uno por cada 12 000 o 15 000 nacimientos femeninos.

Causas. Es poco probable que en la causa intervengan factores psicológicos; es más probable en cambio que se trate de un trastorno genético que se asocia con el cromosoma X.

Tratamiento. Éste se concentra en enseñar destrezas de autoayuda y de comunicación y en esfuerzos por reducir las conductas problemáticas.

Trastorno Desintegrativo Infantil

Descripción clínica. Implica una regresión grave de lenguaje, de conducta adaptativa y de destrezas motrices después de un periodo de entre dos y cuatro años de desarrollo normal.

Estadísticas. Trastorno poco frecuente ya que tiene lugar en uno de cada 100 000 nacimientos aproximadamente (Kurita, Kita y Miyake, 1992).

Causas. Aun cuando no se ha identificado una causa específica, hay varios factores que sugieren un origen neurológico, ya que se da una actividad cerebral anormal en casi la mitad de los casos; la incidencia de apoplejías es de alrededor de 10 por ciento y puede aumentar a cerca de 25 por ciento en los adolescentes (Hill y Rosenbloom, 1986).

Tratamiento. Por lo común comprende intervenciones conductuales para recuperar las destrezas perdidas y tratamientos de la misma índole y farmacológicos para ayudar a reducir los problemas de comportamiento.⁴⁷

Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. (DSM-IV)

1. Alteraciones sociales similares a las del autismo.
2. Alteración en la comunicación y presencia de comportamientos repetitivos.
3. No cumple con los criterios de otro trastorno generalizado específico.
4. Posible presentación tardía de los síntomas.⁴⁸

⁴⁷H. Barlow, David. Mark, Durand V. Psicología Anormal. Un enfoque Integral. Segunda Edición. Thomson. Learning. Págs. 518,535.

⁴⁸ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

¿Cómo se diagnostica el autismo?

El autismo es un trastorno del desarrollo infantil. Esto es, se trata de un trastorno que se manifiesta en los primeros tres años de la vida y que se caracteriza porque no aparecen- o lo hacen de modo claramente desviado de lo esperable – algunos aspectos normales del desarrollo: las competencias habituales para relacionarse, comunicarse y jugar o comportarse como los demás.

El diagnóstico se establece cuando se observan los síntomas característicos. No hay un test o prueba médica que diga si una persona tiene o no autismo. El diagnóstico se hace observando la conducta de la persona, conociendo su historia del desarrollo y aplicando una batería de pruebas médicas y psicológicas para detectar la presencia de los signos y síntomas del autismo. A pesar de que el juicio clínico se basa en la observación del niño, los actuales criterios internacionales utilizados tienen la fiabilidad suficiente para asegurar, en mayor medida que en otros trastornos psiquiátricos infantiles, la validez del diagnóstico. También, contamos ahora con sistemas estructurados de obtención de información, como la entrevista ADIR y sistemas estructurados de observación como el ADOS-G, que confieren todavía una mayor fiabilidad a la clasificación diagnóstica.

Aunque obviamente se persigue hacer el diagnóstico lo antes posible, esto no es óbice para que pueda hacerse más tardíamente, como en adultos que no han sido previamente diagnosticados; en casos especialmente complejos, en los que se debe esperar a valorar su evolución; o en el trastorno de Asperger que se suele manifestar más claramente al inicio de la edad escolar.⁴⁹

3.7. Diagnóstico interdisciplinario del autismo

Dado que el niño autista tiene problemas en varias áreas, es bastante útil emplear diversas disciplinas para formular el diagnóstico y evaluar el funcionamiento del niño. El modelo que aquí se describe se utiliza de manera rutinaria en el Instituto para el Estudio del Retraso Mental e Incapacidades

⁴⁹ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Pág.2.

Relacionadas, para la evaluación de todos los niños y para determinar si un niño tiene problemas de aprendizaje, retraso mental, autismo o, incluso, sólo un problema neurótico. Al evaluar a un niño de quien se sospecha que padece autismo, comúnmente se emplean las disciplinas siguientes: audiología, pediatría, psiquiatría, psicología, educación especial, estudio del habla y lenguaje, y trabajo social.

Con anterioridad a la evaluación real, los miembros del equipo deben reunirse para analizar las estrategias de evaluación y las áreas que deberán considerarse. A veces, dos profesionistas deciden realizar un trabajo conjunto; por ejemplo, un educador especial y un psicólogo a menudo eligen trabajar juntos.

Muchas de las evaluaciones del niño autista se llevan a cabo en una cámara de Gesell (habitación con espejos que sólo permiten ver de afuera hacia adentro). Mientras observan el proceso de evaluación, el padre o la madre, junto con un miembro del personal, pueden empezar a discutir los procedimientos que se seguirán y preguntar todo lo necesario, y los padres también pueden discutir cómo piensan que el niño podría llevar a cabo la misma tarea en casa.

Algunas disciplinas suelen emplear a los padres para administrar partes de la prueba, especialmente por lo que respecta a educación especial y psicología, en las que se pueden utilizar las observaciones de la interacción entre los padres y el hijo para formular recomendaciones.

A fin de explicar lo que es una evaluación interdisciplinaria se pidió a varios clínicos del Instituto para el Estudio del Retraso Mental e Incapacidades Relacionadas que describieran cómo evalúan a un niño autista. En las descripciones siguientes pueden observarse los distintos enfoques, así como los diferentes objetivos y metas de las evaluaciones. Algunos de estos clínicos se ocupan primero en establecer la diferencia entre el autismo y otras condiciones, como la sordera congénita, el retraso del lenguaje o el retraso mental, mientras que otros ponen énfasis en el delineamiento de los desajustes de ese niño en particular y de sus habilidades, y otros más se dedican a la descripción y a la planeación futura.

Audiología

La evaluación del niño autista que realiza el audiólogo puede formar parte de una evaluación multidisciplinaria o de una recomendación del pediatra, quien desea descartar la pérdida auditiva como posible causa de la carencia de respuestas en el niño. Los niños con sordera congénita suelen expresar muy poca respuestas y mostrar un retraso del desarrollo del habla, por lo cual pueden confundirse fácilmente con niños autistas o con retrasados mentales. Aun si ya se sabe que el niño es autista, puede existir una pérdida de la audición periférica además del autismo, por lo cual es importante evaluar una posible pérdida parcial de audición.

Existen varias formas mediante las cuales el audiólogo puede evaluar con bastante precisión y validez la adecuación auditiva del niño autista, a pesar de la falta de cooperación tan común en él para responder a pruebas estandarizadas. Se han diseñado procedimientos y equipos especializados para elicitación de respuestas a los sonidos, que pueden emplearse con éxito en niños autistas. Estos métodos incluyen tanto la medición de respuestas reflejas involuntarias a los sonidos, como los procesos de modificación de conducta diseñados para disminuir lo más posible la necesidad de interacción entre el examinador y el sujeto sometido a prueba.

Las técnicas que incluyen la asociación de un sonido con un objeto atractivo para la vista (por ejemplo, un juguete luminoso, un changuito bailarín o una caricatura en movimiento) han sido una forma adecuada para “condicionar” a los niños difíciles de evaluar para que miren hacia el reforzador visual cuando escuchen un sonido; este procedimiento se llama audiometría del reflejo de orientación condicionado (o AROC).

Mediante otra técnica se emplea una máquina que administra reforzadores comestibles (dulces o cereal azucarado) cuando el niño presiona un botón en respuesta a un sonido; este procedimiento se conoce como audiometría de condicionamiento operante con reforzamiento tangible (o ACORT).

Cuando se trabaja con el niño autista, ya sea en la etapa de diagnóstico o en el tratamiento, es esencial saber si la audición está intacta o si, de hecho, presenta algún desarreglo. El audiólogo es un miembro del equipo de diagnóstico e intervención que puede contribuir al acervo de conocimientos acerca del niño con la evaluación y descripción de esta capacidad sensorial básica. La información que así se obtiene puede influir en el enfoque empleado para el tratamiento del niño, y además permite remediar los problemas secundarios que pueden surgir si existe pérdida de la audición.

Trabajo Social

Un trabajador social tiene capacidad para contribuir de diversas maneras a los procesos de diagnóstico y de tratamiento que se proporcionan a la familia de un niño autista. Los miembros de un equipo interdisciplinario confían en el trabajador social para que acopie la información acerca de la dinámica familiar, con atención especial a los patrones de interacción entre los diversos miembros de la familia, a la percepción que cada miembro de la familia tiene del niño autista y al lugar que éste ocupa en ella.

Un equipo interdisciplinario debe tener toda información de cuáles son las responsabilidades de los padres como se la distribuyen dentro de la familia del niño y cuál es la conducta de estos ante situaciones benignas y críticas, de ahí la importancia del trabajador social para el equipo interdisciplinario.

Así como lo es para el equipo interdisciplinario, el trabajador social también lo es para los padres de un niño autista, ya que es de gran apoyo para los padres sobre todo para que los padres sepan manejar sus sentimientos, de tal forma para que puedan desarrollar energías para ayudar al niño; para que comprendan que su hijo puede no tener un buen pronóstico, pero si llegar a tener un comportamiento socialmente aceptable, brindándole un ambiente hogareño que le permita desarrollar habilidades en el autocuidado y la interacción social.

El trabajador social debe alentar a los padres a jugar y a platicar con el niño, aun cuando no encuentren respuesta alguna, así como también puede dar

instrucciones y servir como modelo para enseñar las formas de manejar conductas difíciles y aun extrañas, incluidos los berrinches. Los padres deben aprender a ignorar todos los movimientos raros y las muecas, y a incluir actividades divergentes.

El trabajador social, dentro de un equipo interdisciplinario que trabaja para un niño autista, debe realizar intervenciones que servirán para estabilizar el ambiente hogareño, ampliar las habilidades parentales y fortificar las relaciones entre el hogar y los recursos de la comunidad.

Habla y lenguaje

El papel del patólogo del lenguaje en el diagnóstico y tratamiento del niño autista es primordial. Los padres del niño autista frecuentemente empiezan su búsqueda de respuestas diagnósticas en las clínicas de la audición y del lenguaje, ya que el niño no responde al habla y no tiene comunicación verbal o usa patrones verbales poco comunes.

Las habilidades del lenguaje, tanto receptivas como expresivas, son sólo dos de las ventanas que permiten observar el mundo del niño. Cualquier evaluación llevada a cabo por un patólogo de la audición y del lenguaje debe incluir una evaluación del movimiento y de la conducta; de las habilidades cognitivas y del lenguaje interno; del lenguaje expresivo, que varía desde el mutismo hasta los patrones desviados del lenguaje o hasta las estrategias distorsionadas de la comunicación, y del lenguaje receptivo. Las técnicas de evaluación dependerán de las habilidades del niño, de su edad y de su experiencia; por ejemplo, un niño sin expresión verbal, que se relaciona deficientemente con los dibujos y los objetos, deberá ser evaluado de manera diferente que el niño que es capaz de resolver una prueba más formal.

Cuatro de las habilidades de la comunicación: a) conducta, b) aprendizaje, c) lenguaje expresivo, y d) lenguaje receptivo.

Pediatría

Trabajar con cualquier niño que tiene algún impedimento puede ser muy difícil para el pediatra, pero el niño autista tal vez presenta el mayor desafío, debido a la carencia de comunicación entre él y el médico.

En el ISMRRD, el proceso de la evaluación pediátrica de todos los niños tiene ciertas características: primero se reúnen y se estudian todos los registros médicos previos importante; después se entrevista a la familia para obtener el resto de la historia médica; ulteriormente se examina al niño y, por último, el pediatra se reúne con los demás profesionales que también han evaluado al niño, con el fin de compilar sus hallazgos (físicos, sociales, psicológicos, educacionales, etc.) y hacer las recomendaciones que resulten de la integración.

De la historia y de la observación pueden obtenerse las siguientes conclusiones: a) el estado normal de salud del niño, b) la presencia o ausencia de disfunciones neurológicas, como ataques, problemas motores o signos neurológicos leves, y c) la caracterización de la conducta del niño en una situación particular. El diagnóstico de autismo no lo realiza el pediatra, a pesar de que tal posibilidad se indica en las conclusiones cuando el niño presenta ciertos rasgos que así lo sugieren. El pediatra tampoco hace las recomendaciones para el tratamiento de los problemas de conducta, sino que éstas se formulan en conjunción con el psicólogo, el psiquiatra, el trabajador social y todos aquellos que participan en la evaluación del niño y de su familia.

Psicología

Uno de los principales problemas en el diagnóstico psicológico del autismo es que éste debe basarse exclusivamente en la sintomatología externa, pues las indicaciones psicológicas internas normales no están disponibles, debido a la relativa carencia de compromiso interpersonal o intercambio por parte del niño.

En el área cognoscitiva, tanto en las dificultades preceptuales como en lo que respecta a la inteligencia, el niño autista es similar al retrasado mental. La

mayoría de los clínicos han encontrado que es posible examinar a los niños autistas con pruebas de inteligencia como la Prueba de Catell para niños, la Prueba de Gesell para niños o la Prueba de Catell-Binet algunos otros emplean las Pruebas Bayley de desarrollo mental para obtener los patrones de desempeño, de cualidades y de deficiencias.

Para establecer un diagnóstico es muy importante realizar una historia médica y otra social adecuadas. Dado que el autismo es una condición cuyos inicios se manifiestan muy temprano en la vida del niño, es importante establecer las condiciones básicas del desarrollo, así como tener un cuadro de las contribuciones tempranas que el niño indujo en el clima emocional familiar.

En la evaluación psicológica del niño es muy importante asignar una tarea de aprendizaje o de evaluación a la madre y después al padre, para que se la administren al niño; ésta es una forma en que no sólo se puede observar el estilo de enseñanza de los padres, sino que además se pueden aprender a inferir mucho de la observación de esta interacción.

Dentro del mismo contexto, es conveniente observar también el estilo de enseñar del maestro hacia el niño. Cuando estas tres figuras interactúan con el niño alrededor de la enseñanza o de la prueba, es factible darse cuenta de cómo aprende o cómo fracasa éste en su aprendizaje con las diferentes figuras adultas a su alrededor, pero el examinador sólo puede evaluar con los datos obtenidos por sí mismo en la interacción con el niño.

Psiquiatría

La mayoría de las evaluaciones psiquiátricas de los niños están basadas en tres aspectos diferentes: a) la historia del niño como la relatan sus padres, b) la observación del niño, y c) la interacción personal con él. Es posible tener mucha información de uno de estos tres aspectos y poco de los otros dos, lo cual depende del tipo de perturbación; por ejemplo, al evaluar a un niño muy miedoso y angustiado que llora y grita cada vez que el psiquiatra intenta platicar o jugar

con él, el examinador tiene que confiar, primordialmente, en los datos de la historia y de la observación para realizar el diagnóstico.

La historia es muy importante para definir el área general de la posible perturbación y, por tanto, establecer los parámetros de un diagnóstico diferencial. Cuando se atiende a un posible niño autista, después de determinar cuál es la razón principal por la que fue enviado con el psiquiatra y de tener una idea del problema, se determinan los síntomas asociados; por ejemplo, en el caso del niño autista, es común la queja de carencia de desarrollo del lenguaje, por lo cual resulta importante determinar si no hay habla, si ésta es limitada o poco común, si no es comunicativa, etc.

También es importante determinar la historia temprana a partir de si hubo problemas durante el embarazo o el parto, o si hubo anomalías en lo que se considera las marcas del desarrollo temprano (cuándo el niño sonrió, balbuceó, se sentó, gateó, caminó, etc.).

Después de obtener la historia, debe observarse al niño: ¿cómo se separa de sus padres? ¿Explora su cuarto de juego? ¿Toma algún juguete? ¿Cómo juega con sus juguetes, o sea, es un juego estereotipado o realmente emplea el juguete de acuerdo con la función que le corresponde?

Finalmente, el psiquiatra interactúa con el niño, lo cual puede hacerse a nivel verbal, mediante juego o de ambas maneras. Cuando se trata de niños muy aislados y retraídos, debe verse si el niño busca el contacto visual, si se sienta en el regazo del psiquiatra o si acepta un juguete cuando se le ofrece. A menudo suele pedirse a los padres que se presenten donde ha estado el niño, para observar cómo los recibe. ¿Los mira? ¿Corre hacia ellos? ¿Juega con ellos?

Ocasionalmente, el autismo infantil puede confundirse con otras perturbaciones de la niñez, pero si se postula que el problema inicial por el cual se envía al niño a tratamiento es la carencia de desarrollo del lenguaje, el diagnóstico diferencial deberá incluir las condiciones siguientes: retraso mental,

pérdida de la audición, privación psicosocial, mutismo selectivo y varios tipos de psicosis.

Retraso mental

Al diferenciar al niño retrasado del niño autista, deben considerarse varios factores principales. Por medio de la historia del niño retrasado es factible advertir varios retrasos del desarrollo en áreas que no corresponden al lenguaje, como el desarrollo motor (es decir, sentarse, caminar, etc.). Normalmente, el niño retrasado no entiende algo, pero puede gesticular o hacer mímica, y parece tener deseo de comunicarse. También se observa que las relaciones interpersonales en su totalidad no están desajustadas de manera grave: le sonríe a la gente, trata de agradar y muestra contacto visual, aunque puede dar muestras de los mismos movimientos motores poco comunes (aletear, hacer berrinches, mostrar respuestas al dolor y a la autoestimación, etc.) que se encuentran en los niños autistas. También debe tenerse en cuenta que algunas veces el retraso mental no está presente desde el nacimiento, sino que puede formar parte de una enfermedad degenerativa.

Sordera

Los niños sordos parecen actuar como si fueran retrasados o aun autistas; sin embargo, normalmente la pérdida de audición la diagnostica un audiólogo o un pediatra, y muy rara vez se envía a un niño sordo al psiquiatra. A partir de la historia se puede evaluar si el niño parece no dar respuestas al sonido, más que no responder en general; es decir, si el niño reacciona a lo que ve, si le gusta ser acariciado, si gesticula para lograr comunicarse, etc. Comúnmente, en la evaluación se puede determinar que un niño sordo reacciona a las personas y al ambiente y que solamente es incapaz de reaccionar a los sonidos.

Privación

Los niños severamente privados pueden mostrar retraso en su desarrollo general. Pueden responder menos a las personas y al ambiente, y también son

comunes otros retrasos, especialmente aquéllos del desarrollo del lenguaje; sin embargo, es normal que exista algo de habla y que ésta sea normal, aunque inmadura. La privación severa del ambiente puede determinarse con facilidad a partir de la historia. Otra diferencia del niño con privación de estímulos respecto del niño retrasado o del niño autista es que si el primero es colocado en un ambiente saludable y normal, logrará grandes mejorías y podrá llegar a desempeñarse muy cerca de la normalidad.

Mutismo selectivo

En esta condición, el niño es capaz de hablar, pero permanece mudo en algunas circunstancias. Lo más común en este trastorno es que, aproximadamente a los cuatro o cinco años de edad, el niño muestre falta de voluntad para hablar en situaciones extrañas o con gente desconocida, y es muy frecuente que hable bien en su casa, pero no en la escuela. Una vez más, la historia y la observación pueden diferenciar de manera precisa a este tipo de niño del autista.

Otras psicosis

En este grupo se podría incluir a las psicosis simbióticas y la esquizofrenia infantil. Las primeras las describió Margaret Mahler por primera vez. Este tipo de niños se abrazan de su madre como si fueran una extensión de ella, pero no dan muestras de la falta de respuestas, tan típica del autista. Asimismo, el niño con esquizofrenia infantil sea ésta una entidad separada o no, no muestra la misma carencia de respuesta ni los retrasos en el habla comunes en el niño autista. A menudo, el niño esquizofrénico puede usar el lenguaje, pero las ideas que expresa son extrañas y poco comunes. Estas ideas extrañas también suelen ser la base de actos compulsivos, que difieren de la conducta estereotipada del niño autista; por ejemplo, un esquizofrénico de seis años de edad hacía correr el agua del excusado varias veces durante el día y, sin embargo, parecía tener miedo de hacer correr el agua después de haberlo usado. Una vez que estuvo en terapia, explicó que hacía esto para asegurarse de que no sería “tragado” por el excusado. Este tipo de fantasías no suelen expresarlas los niños autistas.

Como ya se señaló, varias condiciones psiquiátricas pueden mostrar ciertas similitudes con el autismo, pero una evaluación cuidadosa normalmente puede ayudar a separar de manera adecuada estas condiciones del autismo; sin embargo, de ser posible, es mejor realizar una evaluación que abarque varias disciplinas. Esto se hace no sólo para efectuar un buen diagnóstico, sino también para evaluar las habilidades y las deficiencias del niño y para llevar a cabo un plan prescriptivo que podría funcionar con él.⁵⁰

Trastornos con los que debe hacerse un diagnóstico diferencial.

Llamamos autismo (o TGD o TEA) a un conjunto de características, de comportamientos observables, que pueden o no venir asociados con otro trastorno conocido. Así, si una persona tiene una enfermedad determinada, como la Fragilidad X o la Esclerosis Tuberosa, y tiene los síntomas de autismo, recibirá ambos diagnósticos.

Es importante valorar formalmente el nivel de desarrollo o de capacidad intelectual, comunicativa y adaptativa de la persona en la que se está realizando un diagnóstico. De esta manera, conociendo sus niveles, se está en condiciones de juzgar con perspectiva la presencia de posibles síntomas de autismo. Cuando se ven discrepancias entre la edad mental general y el desarrollo socio-comunicativo y la posible tendencia a las rutinas, y aparecen diferencias cualitativas, características del autismo, se podrá establecer el doble diagnóstico de discapacidad intelectual (antiguamente denominada retraso mental) y autismo (o TGD o TEA). El diagnóstico de discapacidad intelectual no debería hacerse antes de los cinco años, empleándose generalmente en este tiempo previo el término de Retraso Global del Desarrollo.

Muchos autores mantienen la limitada validez que tiene el hacer el doble diagnóstico de Discapacidad Intelectual y TGD si la persona no supera un cociente intelectual de más de 20 puntos, ya que la presentación clínica y las necesidades reales de la persona estarán básicamente determinadas por su discapacidad intelectual.

⁵⁰ Pakuszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 43-50. 55-63.

También hay que hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos graves del desarrollo del lenguaje (disfasias), en los que la sintomatología puede inicialmente coincidir y el diagnóstico firme ha de retrasarse hasta conocer la respuesta al tratamiento; ya que en dichos trastornos se comprueba una mejoría llamativa de las competencias sociales y de la comunicación.

Existen otros trastornos, descritos por algunos autores, que no están reconocidos en los manuales clasificatorios oficiales y que en ocasiones parecen solaparse con los TGD o constituir formas precoces de otras enfermedades: el trastorno múltiple y complejo del desarrollo (que sería una forma precoz de la esquizofrenia de inicio en la infancia); el trastorno esquizoide de personalidad de inicio en la infancia (que se solaparía con formas completas o parciales del trastorno de Asperger) o el Síndrome del Hemisferio Derecho (que también compartiría características con el trastorno de Asperger).

Cabría destacar que existen muchas formas incompletas de autismo, que se deben codificar en el apartado TGD en de los sistemas de clasificación, anticipándose que contaremos con futuros sistemas que permitirán diferenciar mejor este amplio subgrupo. En todo caso, el diagnóstico clínico es fundamental para el avance del conocimiento, pero a la hora de establecer un programa personalizado de apoyo es al menos tan importante el determinar sus necesidades de salud, educativas, culturales y sociales. Estos son los elementos que individualizan a la persona dentro del variado espectro de estos trastornos y son los que finalmente determinan el plan individualizado a seguir.

3.8. Tratamiento del Trastorno Autista

Hay que destacar que existe un consenso internacional de que la educación y el apoyo social son los principales medios de tratamiento. Estos aspectos han de ser complementados, en ocasiones, con la medicación y con otros programas terapéuticos como los programas para problemas específicos de conducta o la terapia cognitivo-conductual para los problemas psicológicos asociados en personas de más alto nivel de funcionamiento.

La educación ha de ser intensiva (esto es, tratando de conseguir que las personas clave en la educación del niño-padres y educadores- aprovechen todas las oportunidades naturales para aplicar el plan individualizado y/o generándolas si no ocurriesen de manera natural, a fin de conseguir como media- tal y como instituciones de referencia internacional han establecido-una dedicación de padres y educadores al plan establecido de al menos 25 horas semanales, incluidos los contextos naturales). Esta es la manera de conseguir que los niños aprendan nuevas competencias sociales, comunicativas, adaptativas y de juego, a la vez que disminuir, en la medida que sea factible, los síntomas de autismo y otros problemas asociados que pudieran presentar. La enseñanza organizada y estructurada, sea en contextos naturales- el hogar o la comunidad- o en contextos específicos de aprendizaje- la escuela o servicios especializados, es la intervención más eficaz y hay datos que apoyan que el recibir este tipo de intervención desde la temprana infancia, esto es durante la educación pre-escolar, se asocia con un mejor pronóstico.

Además de este acuerdo de que la educación temprana es importante y de que la mayoría de los niños con autismo responden favorablemente a programas educativos especializados y altamente estructurados, el siguiente punto de consenso es que no existe un programa habilitador único e igual para todas las personas afectadas. La diversidad entre ellos (gravedad, problemas asociados, edad, condiciones del entorno, etc.) desaconseja plantear un tratamiento educativo idéntico para un joven con trastorno de Asperger y para otro niño con una grave discapacidad por un trastorno desintegrativo de la infancia. Por tanto, la primera tarea de cualquier programa incluye el determinar la justificación del mismo en cada caso determinado; establecer cómo se va a medir el resultado y asegurar que el programa educativo se integra en la vida real de la persona, en sus necesidades y en los deseos de sus representantes.

Un programa eficaz va construyendo competencias a partir del interés del niño (o fomentándolo inicialmente), a menudo con un calendario predecible, enseñando tareas fraccionadas en pasos sencillos, implicando activamente al niño en actividades altamente estructuradas y reforzando de maneras variadas su comportamiento.

La participación de los padres se ha identificado como un factor fundamental para el éxito, la familia debe coordinarse con el profesorado y otros profesionales de apoyo a la hora de determinar objetivos y sistemas de apoyo (comunicación aumentativa, ayudas visuales, uso de las nuevas tecnologías, historias sociales, etc.). No hay que desdeñar la necesidad que los padres tienen de apoyo para poder ser eficaces y permitirse llevar una vida semejante a la de las demás personas de su comunidad (orientación, información, ayudas económicas o fiscales, apoyo en el hogar, “canguros” o programas de ocio y estancias cortas, etc).

La integración apoyada en el medio escolar ordinario permite que estos niños accedan a un medio social estimulante, donde los demás niños puedan apoyarles a la vez que aprenden a conocer cómo tratar a una persona con discapacidad, aspecto clave ya que ellos y ellas serán los futuros padres de los futuros niños con problemas. La política de ubicación escolar, en clase ordinaria, en clase especial o en un centro de educación especial, varía de unas zonas a otras de nuestro país, pero hay que insistir en la necesidad de establecer puentes entre unas y otras; a la vez que asegurar que se persiga la máxima inclusión social y que la integración no signifique la pérdida de los apoyos especiales necesarios.

El grado de participación curricular del alumno va a depender de su capacidad personal y de la capacidad del sistema en ofrecerle adaptaciones útiles para su futuro. Así, muchos alumnos con trastorno de Asperger van a seguir el mismo programa educativo que sus compañeros, pero requerirán ayuda para la participación en su grupo y para el aprendizaje de competencias sociales; mientras que otros alumnos, con mayor discapacidad intelectual, van a necesitar un currículo diversificado que incluya aspectos prácticos para el trabajo apoyado o la ocupación, la vida en la comunidad o la participación en actividades de ocio y tiempo libre.

No obstante, tanto unos como otros se beneficiarán de un currículo que contemple la enseñanza, en otras dimensiones relevantes para una vida de calidad, de la autodeterminación social- enseñar a elegir y a tomar decisiones- el

fomento de las relaciones interpersonales significativas, el bienestar físico y emocional, la comprensión y defensa de los derechos.

El plan individualizado de apoyo no debe suspenderse al llegar a la vida adulta. De nuevo, y siempre en función de sus características personales, el adulto con autismo va a requerir una educación continuada; la provisión de un entorno que se ajuste a sus necesidades individuales, y la recepción personalizada de apoyos sociales que le permitan una vida de calidad.⁵¹

Tratamientos conductuales

Los profesionales de la salud mental están de acuerdo en que los niños autistas salen adelante a través del modelamiento y condicionamiento operante. Los terapeutas conductuales han ayudado a hablar a estos menores (Hewett, 1965), han logrado modificar su ecolalia (Carr, Schreibman y Lovaas, 1975), los han animado a jugar con otros chicos (Romanczky y cols., 1975), y los han enseñado a responder más a los adultos (Davison, 1964).

Ivar Lovaas, importante investigador clínico de la Universidad de California en los Ángeles, describió un programa operante intensivo con niños autistas muy pequeños (menores de 4 años), en 1987. Esta terapia abarcó todos los aspectos de la vida de estos chicos, durante más de 40 horas semanales, a lo largo de más de dos años. Se entrenó debidamente a los padres para que el tratamiento pudiese continuar durante todo el tiempo que estos niños estaban despiertos. A 19 de estos pequeños se les comparó con 40 de control que recibieron un tratamiento similar menos intensivo, esto es, menos de 10 horas a la semana. A todos se les recompensó por ser menos agresivos, más obedientes, y más sociables, lo que incluyó hablar y jugar con otros niños. El objetivo del programa era canalizar a estos menores, bajo la suposición de que los niños autistas, a medida que mejoran, se benefician más por estar con compañeros normales, en lugar de permanecer solos o con otros niños gravemente perturbados.

⁵¹ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Págs.6-8.

Los resultados fueron sorprendentes y alentadores para el grupo de terapia intensiva. Al medir su CI, el promedio fue 83 en el primer grado (como dos años en terapia intensiva) comparado con aproximadamente 55 para los controles; 12 de los 19 alcanzaron el nivel normal, en comparación con sólo 2 (de 40) niños del grupo control. Por otra parte, 9 de los 19 pequeños en el grupo de tratamiento intensivo pasaron al segundo grado en una escuela pública ordinaria, en tanto que esto sólo lo logró uno de los de control. Aunque los críticos han señalado deficiencias en la metodología y mediciones de resultados del estudio (Schopler, Short y Mesibov, 1989), este ambicioso programa confirma la necesidad de que tanto profesionales como padres intervengan a conciencia para enfrentar el tremendo reto del trastorno autista.

El autismo, lo mismo que el retraso mental, produce bastante estrés en la familia. Como los niños autistas tienen pocas incapacidades físicas o ninguna, y ciertas habilidades aisladas normales y hasta superiores, sus padres abrigan la esperanza de que el diagnóstico haya sido erróneo. Una forma de mitigar la gran preocupación de los padres es explicarles la naturaleza del autismo, en particular el hecho de que claramente no tiene origen psicógeno. Una vez que dejan de sentirse culpables del mal de su hijo, estarán más dispuestos a participar en la educación del mismo. Parece que la educación que proporcionan los padres da mejores resultados que los tratamientos en la clínica o el hospital.

Al mismo tiempo debe quedar claro que ciertos niños autistas y con otras perturbaciones graves sólo pueden ser cuidados debidamente en un hospital u hogar especial atendido por profesionales de la salud mental. Por otra parte, las circunstancias de ciertas familias les impiden brindar los mejores cuidados en casa a chicos con perturbaciones graves. El hecho de que los padres puedan proporcionar tratamientos eficaces, no implica que sea obligatorio que lo hagan, porque quizás ya estén atendiendo a otros pequeños en circunstancias difíciles.⁵²

⁵² C. Gerald, Davison. M. Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Editorial Limusa Wiley. Págs. 564-566.

Tratamiento psicosocial

Los tratamientos psicodinámicos tempranos se basaban en la creencia de que el autismo era resultado de una paternidad inapropiada y motivaban el desarrollo del yo (Bettelheim, 1967). En vista de nuestra comprensión actual sobre la naturaleza del trastorno no debería sorprendernos saber que los tratamientos fundados exclusivamente en el desarrollo del yo no han surtido una influencia positiva en la vida de la gente que padece autismo (Kanner y Eisenberg, 1955). Se ha conseguido un mayor éxito con los métodos conductuales que ponen el acento en la formación de destrezas y en el tratamiento conductual de los comportamientos problemáticos. Este método se basa en los primeros trabajos de Charles Ferster e Ivar Lovaas.

Aunque en la actualidad, por lo general, se descarta el planteamiento de Ferster sobre los orígenes del autismo éste proporcionó una valiosa perspectiva pues demostró que los niños con este trastorno responden a procedimientos conductuales simples (Ferster y DeMyer, 1961). Ferster se valía de diseños experimentales de caso único básicos ciñendo sus trabajos al paradigma experimental con ratas y palomas de B.F. Skinner. Descubrió que podía enseñar a los niños autistas respuestas muy sencillas, como colocar monedas en las ranuras adecuadas, reforzándolos con alimento (Ferster, 1961).

Ivar Lovaas en la UCLA (Universidad de California, en Los Ángeles) llevó más allá los descubrimientos de Ferster y demostró su importancia clínica. Descubrió que si los autistas respondían a los reforzadores y a los castigos de la misma manera que todos, podríamos servirnos de estas técnicas para ayudarlos a comunicarse con los demás, a que se volvieran más sociales y con sus problemas de comportamiento. Si bien la obra de Ferster y Lovaas se depuró en gran medida en los últimos 30 años la premisa fundamental-que los autistas pueden aprender y es posible enseñarles algunas de las destrezas que carecen aún es medular. Hay una gran cantidad de coincidencias entre el tratamiento del autismo y del retraso mental. Con esto en mente, destacó varias áreas de tratamiento que son particularmente importantes para los autistas, incluida la comunicación y la socialización.

Comunicación. Los problemas de comunicación y de lenguaje se hallan entre las características definitorias de este trastorno. Resulta pues difícil enseñar a estas personas a que hablen de manera útil. Piense en la forma en que enseñamos otras lenguas, fenómeno que por lo común implica la imitación. Por fortuna, la mayoría de los niños puede imitar y aprender a comunicarse de manera muy eficaz. Sin embargo, un chico autista no puede o no desea imitar.

A mediados de los años sesenta, Lovaas y colaboradores dieron un primer paso gigantesco al enfrentar la dificultad de hacer que los niños autistas respondieran. Se sirvieron de los procedimientos conductuales básicos de moldeamiento e instrucción por discriminación para enseñar a niños que no hablaban a imitar en forma verbal a los otros. La primera destreza que les enseñaron los maestros fue que imitaran el habla de los demás. Comenzaron por reforzar al niño con alimento y elogiarlo por hacer cualquier sonido mientras veía al maestro. Una vez que el menor dominaba este paso, lo reforzaban sólo si hacía un sonido luego de que el maestro hacía una petición, como la frase, “Di pelota” (procedimiento conocido como instrucción por discriminación). Una vez que el chico hacía en forma confiable un sonido a la petición del maestro, éste se valía del moldeamiento para reforzar sólo las aproximaciones al sonido solicitado, como el sonido de la letra “b”. En ocasiones, el maestro ayudaba al niño con inducciones físicas, en este caso, moviendo los labios del menor para ayudarlo a emitir el sonido “b”. Una vez que el chico lograba responder, se introducía una segunda palabra-como “mamá”-y se repetía el proceso. Esto continuaba hasta que el niño podía responder en forma correcta a múltiples solicitudes, con lo que demostraba que podía imitar al copiar las palabras o las frases hechas por el maestro. Una vez que los niños lograban imitar, el habla resultaba sencilla, y se procedía a enseñarles a algunos de ellos a utilizar categorías, plurales, enunciados y otras formas más complejas del lenguaje (Lovaas, 1977). Pese al éxito de algunos chicos en el aprendizaje del habla, otros menores no responden a este entrenamiento, y quienes trabajan con ellos en ocasiones se sirven de alternativas de habla vocalizada, como un lenguaje de gestos y dispositivos que tienen un resultado vocal y los cuales pueden literalmente “hablar” por el niño (Johnson, Baumgart, Helmstetter y Curry, 1996).

Socialización. Entre los rasgos más sorprendentes de las personas con autismo se encuentran sus reacciones desacostumbradas a los demás. Aunque las deficiencias sociales se encuentran entre los problemas más obvios experimentados por los autistas, se ha conseguido progresos limitados en el desarrollo de destrezas sociales. Los procedimientos conductuales han hecho que aumenten comportamientos como divertirse con juguetes o con los compañeros, si bien la calidad de estas interacciones parece seguir siendo limitada (Durand y Carr, 1988). Dicho en otros términos, los clínicos conductistas no han hallado una forma de enseñar a los autistas las destrezas sociales sutiles que resultan de importancia para las interacciones con los compañeros, incluida la forma de iniciar y mantener las interacciones sociales que conducen a amistades consistentes.⁵³

Tratamientos biológicos

No existen todavía medicamentos específicos que influyan directamente en los síntomas del autismo. Sin embargo, se administra medicación psicotrópica a una parte significativa de este colectivo (entre un 30% y un 50% según los datos de diferentes programas nacionales o extranjeros) para tratar de disminuir otros problemas que la persona pueda tener; con la esperanza de conseguir que su efecto les permita participar y beneficiarse de otras terapias (pedagógicas, psicosociales, lúdicas...) o mejore su calidad de vida.

Las guías consensuadas internacionalmente recomiendan administrar los ISRS (inhibidores selectivos de re-captación de la serotonina, como la Fluoxetina), para los síntomas de ansiedad, depresión y/o trastorno obsesivo-compulsivo. Recientemente se ha señalado que, en el caso de niños con trastorno depresivo, se produce un ligero aumento de ideación suicida- 4% versus 2% con placebo- en la fase inicial de la terapia, por lo que se recomienda una vigilancia adecuada en el comienzo del tratamiento. En la población con autismo se han administrado estos productos para intentar disminuir los comportamientos repetitivos o ritualistas, aunque no existen estudios controlados al respecto.

⁵³ H. Barlow, David. Mark, Durand V. Psicología Anormal. Un enfoque integral. Segunda Edición. Thomson. Learning. Págs.521-522.

Durante muchos años se utilizaron los antipsicóticos conocidos como “típicos” o tradicionales, para tratar la excitabilidad o comportamiento violento así como para disminuir las estereotipias en el autismo. Sin embargo, su uso ha ido disminuyendo ante la aparición de efectos secundarios molestos y la disponibilidad de nuevos medicamentos.⁵⁴

Existen evidencias de que ciertos niños autistas poseen niveles elevados de serotonina en la sangre (Anderson y Hoshino, 1987). Investigadores de 18 a 20 centros médicos bajo la dirección de Ritvo en la UCLA, han estudiado la eficacia de la fenfluramina, un medicamento que reduce los niveles de serotonina en ratas y monos. Los resultados de los primeros estudios donde se administró fenfluramina a niños autistas eran muy positivos; no sólo bajaron los niveles de serotonina, sino también mejoraron significativamente el CI y la conducta (Geller y cols., 1982,1984; Ritvo y cols., 1983). Sin embargo, aunque varios informes replicaron los hallazgos iniciales (Ritvo y cols., 1986), se han observado efectos colaterales indeseables (en particular sedación excesiva, aumento de irritabilidad y pérdida temporal de peso). Por otra parte, varios investigadores no han logrado demostrar mejorías en el funcionamiento cognoscitivo o conductual (Campbell, 1987, 1988). Se requieren más investigaciones para saber por qué difieren los hallazgos de los distintos laboratorios, y aclarar cuáles niños autistas (si los hay) podrían beneficiarse con este medicamento.

Otros investigadores estudiaron el antagonista del receptor opiáceo, la naltrexona, y descubrieron que este fármaco reduce la conducta autolesivas en niños autistas, y disminuye la hiperactividad, aumenta el lapso de atención, y hace menos severas las conductas autistas (Campbell y cols., 1989). El primer estudio de doble ciego controlado por placebo acerca de la naltrexona produjo resultados contradictorios, es decir, aunque los pequeños que la recibieron mejoraron más que los controles en lo que respecta a las evaluaciones globales del personal (que desconocía las condiciones de tratamiento), estimaciones conductuales más específicas no mostraron diferencias significativas a favor del fármaco (Campbell

⁵⁴ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Págs.8.

y cols., 1990). Es evidente que se requieren estudios más controlados para decidir si la naltrexona en verdad ayudaría a los pequeños con autismo.⁵⁵

Se cuenta con dos estudios prestigiosos, realizados con todas las garantías metodológicas, en esta población; estudios generados por el RUPP Autism Network del Instituto Nacional Norteamericano de Salud. El primero de ellos ha comprobado que la irritabilidad presente en los niños con autismo es tratable con un fármaco- la Risperidona- que la mejora, hasta el punto de tener un impacto positivo en la vida general del niño. El seguimiento posterior ha mostrado que los avances se mantienen al año y medio; que el suspender el fármaco hace que recurra el problema y que no aparecen problemas no identificados de efectos secundarios- a excepción, principalmente, del aumento de peso que se presenta, si lo hace, desde el inicio. El segundo estudio, recientemente presentado aunque aún no publicado, demuestra que el Metilfenidato- medicamento utilizado con alta eficacia en los niños con Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad- puede ser administrado en la población con autismo siempre que ambos trastornos ocurran asociadamente. Hay que señalar que a diferencia de la población sin autismo que tolera favorablemente este fármaco; en el caso del autismo hay que suspender el tratamiento el 20% de las veces por la aparición de marcada irritabilidad. Muchos otros fármacos se están ensayando en estas personas y se puede anticipar que nuevas investigaciones aporten alternativas terapéutica nuevas, así como datos farmacogenéticos que orienten sobre el perfil genético de las personas que van a responder más favorablemente a los medicamentos.

La administración de estos fármacos- a excepción de los antiepilépticos para las convulsiones- requiere frecuentemente su uso “fuera de prospecto”; esto es, la hoja informativa del medicamento frecuentemente no incluye en su autorización oficial o bien el problema del autismo o la edad del paciente o el problema a tratar. En tanto que, frecuentemente, la persona con autismo no posee la capacidad para transmitir los efectos (positivos y negativos) que percibe con un medicamento, es obligatorio el seguir un proceso cuidadoso, con

⁵⁵ C. Gerald, Davison. M. Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Editorial Limusa Wiley. Pág.566.

participación informada de las personas de su entorno, revisiones frecuentes y valoración cuidadosa del efecto de la farmacoterapia.⁵⁶

3.9. Intervención Educativa en el Autismo.

La cultura del autismo

La cultura se refiere a los modelos compartidos de comportamiento humano. Las normas culturales afectan la manera como las personas piensan, comen, visten, trabajan, entienden fenómenos naturales tales como el clima o el paso del día a la noche, como utilizan su tiempo libre, se comunican y otros aspectos fundamentales de las interacciones humanas. Las culturas varían ampliamente en estos aspectos, de manera que, para que las personas de un grupo puedan hallar a aquellos de otra cultura incomprensible o muy rara. La cultura, en un sentido antropológico estricto, se transmite de una generación a la siguiente; las personas piensan, sienten y se comportan de ciertas maneras debido a lo que otros en su cultura les han enseñado.

El autismo no es, por supuesto, una cultura; es una incapacidad del desarrollo causada por trastornos neurológicos. El autismo también afecta la manera en que los individuos comen, visten, gastan su tiempo libre, entienden su mundo, comunican, etc. Así, en cierto sentido, el autismo funciona como una cultura, en la que produce características y modelos predecibles de comportamiento en individuos con esta condición. El papel del maestro de un estudiante con autismo es como un intérprete o traductor cultural: alguien que entiende ambas culturas y que es capaz de traducir las expectativas y procedimientos del ambiente no-autista al estudiante con autismo. De manera que, para enseñar a estudiantes con autismo, debemos entender su cultura y las potencialidades y deficiencias que están asociados a éste.

El rango de IQs reportado en personas con autismo es una fuente de la tremenda variabilidad en la población de personas que comparten este diagnóstico; otra fuente de variación es la disipación de habilidades dentro de

⁵⁶ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004. Págs.8-9.

cada individuo. La mayoría de los autistas muestran un modelo de relativa o incluso significativa potencialidad, normalmente en ciertos aspectos de memoria, percepción visual o los talentos únicos.

Debido a que los problemas orgánicos que definen el autismo no son reversibles, no debemos tomar “el ser normal” como la meta de nuestros esfuerzos educativos y terapéuticos. La meta a largo plazo del programa TEACCH es para que el estudiante con autismo encaje tanto como sea posible en nuestra sociedad al llegar a su etapa como adulto. Logramos esta meta respetando las diferencias que el autismo crea dentro de cada estudiante, y trabajando dentro de su cultura para enseñarles las habilidades necesarias para funcionar dentro de nuestra sociedad. Trabajamos para extender las habilidades y el entendimiento de los estudiantes, mientras que también adaptamos los ambientes a sus necesidades especiales y limitaciones. Los servicios educativos para los estudiantes con autismo deben tener dos metas:

- 1) Aumentar su comprensión.
- 2) Hacer el ambiente más comprensible.

Para lograr estas metas de ayudar a que las personas con autismo funcionen de manera más adaptada en nuestra cultura, es necesario diseñar programas alrededor de las potencialidades fundamentales y deficiencias del autismo que afectan el aprendizaje diario y las interacciones. En seguida están los rasgos fundamentales del autismo que interactúan para producir el comportamiento que comprende la “cultura” de este desorden.

Las dificultades que serán descritas abajo no son únicas del autismo. Muchas de las características vistas en el autismo se ven en otras discapacidades del desarrollo, tales como el retraso mental, discapacidades de aprendizaje, y desórdenes del lenguaje. Lo que distingue al autismo es el número, severidad, combinación e interacciones de problemas que resultan en deterioros funcionales significantes. El autismo es el conjunto de estas deficiencias, no cualquiera de éstas características.

Falta de concepto de significado

El problema principal que caracteriza el pensamiento de individuos con autismo es la incapacidad para imponer significado a sus experiencias. Pueden actuar en su ambiente, pueden aprender habilidades, algunos pueden aprender a usar el lenguaje, pero no tienen ninguna capacidad independiente de entender lo que muchas de sus actividades significan.

Enfoque excesivo en detalles, con habilidad limitada para priorizar la relevancia de los detalles.

Los estudiantes con autismo son a menudo muy buenos en observar detalles diminutos, particularmente detalles visuales. Frecuentemente notan cuando los objetos de su ambiente han sido movidos, pueden ver trozos diminutos de basura para ser recogidos, hilos para ser jalados, hojuelas de pintura para ser descarapeladas, azulejos de la pared para ser contados, etc. Algunos también notan otros detalles sensoriales, tales como los sonidos de los ventiladores o de maquinaria. Los individuos que funcionan a un nivel más alto de inteligencia normalmente se enfocan en detalles más cognoscitivos, como las llamadas a las estaciones de radio, códigos postales, números de teléfono o capitales de países. Para lo que los estudiantes con autismo son menos capaces es para asignar la importancia relativa de todos los detalles que han notado.

Distractibilidad

Es frecuentemente difícil para los estudiantes con autismo prestar atención a lo que sus maestros quieren debido a que están enfocados en sensaciones que para ellos son más interesantes o importantes. Su atención cambia a menudo rápidamente de una de estas sensaciones a otra. A menudo las fuentes de distracción para los niños de bajo rendimiento son visuales: un maestro podría poner un lápiz sobre el escritorio, y el niño está tan distraído con el lápiz que él no atendería su trabajo. O el estudiante ve algo fuera de la puerta y está tan distraído que deja de trabajar para mirar detenidamente.

Los estímulos auditivos también pueden distraerlo demasiado. Un estudiante puede oír un ruido que el maestro ni siquiera ha oído, a cinco cuartos de distancia, y se vuelve incapaz de concentrarse. Algunos estudiantes con autismo también son aparentemente distraídos por estímulos internos, como desear un plato, una taza, un libro o cualquier otro objeto que recuerden de experiencias pasadas. O podrían ser distraídos por procesos cognoscitivos internos como rimar, contar, computar, o recitar hechos que ellos hayan memorizado.

Pensamiento concreto

Los individuos con autismo, sin tener en cuenta su nivel cognoscitivo, tienen una dificultad relativamente mayor con conceptos abstractos o simbólicos del lenguaje que con hechos y descripciones directas. En la cultura del autismo, las palabras significan una cosa; no tienen connotaciones adicionales o asociaciones sutiles.

Dificultad para combinar o integrar ideas

Es más fácil para las personas con autismo entender hechos individuales o conceptos que juntar conceptos, o integrarlos con información relacionada, particularmente cuando los conceptos parecen ser algo contradictorios.

Dificultad con la organización y la secuencia

La dificultad general para integrar información múltiple causa problemas con la organización y la secuencia. La organización exige la integración de varios elementos para lograr un fin predeterminado. Las habilidades organizacionales son difíciles para las personas con autismo porque requieren la habilidad de enfocarse al mismo tiempo en la tarea inmediata y el resultado deseado. Este tipo de enfoque dual es lo que a las personas que prestan atención concretamente a los detalles específicos e individuales no hacen muy bien.

La secuencia también es difícil para las personas con autismo porque requiere habilidades similares. No es raro para las personas con autismo realizar una serie de actos en orden ilógico y contra-productivo, y al parecer no notarlo. Por ejemplo, una persona podría levantarse por la mañana, cepillar su cabello, después tomar una ducha y lavarse su cabello. De esta manera nos muestran que mientras han dominado los pasos individuales de un proceso complejo, no entienden las relaciones entre estos pasos, o el significado de los pasos con respecto al resultado final.

Dificultad al generalizar

Las personas con autismo a menudo aprenden habilidades o conductas en una situación pero tienen gran dificultad al generalizar éstas en una situación diferente. Por ejemplo, podrían aprender a cepillar sus dientes con un cepillo de dientes verde, entonces se negarían a cepillar sus dientes con un cepillo de dientes azul. Podrían aprender a lavar platos pero no comprender que el mismo procedimiento básico se usa para lavar vasos.

Patrones biológico-conductuales

Además de las múltiples deficiencias cognoscitivas, el autismo tiene ciertos patrones biológico-conductuales característicos:

1.- Impulsos fuertes: Las personas con autismo son a menudo extremadamente persistentes buscando las cosas que desean, ya sean éstos sus objetos favoritos, experiencias, o sensaciones tales como tocar algo, realizar un ritual complejo, o repetir un patrón de conducta establecido. Estas conductas, que se parecen a los síntomas del desorden obsesivo-compulsivo, pueden ser muy difíciles para maestros y padres desviar o controlar. De hecho, es tal este rasgo distintivo que parece no estar bajo el mando consciente del individuo autista. Dirigir, controlar y encauzar estas conductas es un gran desafío.

2.- Ansiedad excesiva: Muchas personas con autismo son propensas a niveles altos de ansiedad; están frecuentemente disgustados o al borde de

ponerse disgustados. Alguna de esta ansiedad es probablemente atribuible a factores biológicos. Además la ansiedad puede ser el resultado de las frecuentes confrontaciones con un ambiente que es imprevisible y abrumador. Debido a sus deficiencias cognoscitivas, las personas con autismo tienen a menudo dificultad para entender lo que se espera de ellos y lo que está a su alrededor; la ansiedad y la agitación son reacciones entendibles a esta constante incertidumbre.

3.- Anormalidades senso/preceptuales: El campo del autismo ha sabido por muchos años que los sistemas de procesamiento sensorial de las personas con autismo son inusuales. Vemos personas con extrañas preferencias culinarias, personas que pasan su tiempo mirando sus dedos golpetear, o frotando texturas contra sus mejillas, o escuchando sonidos raros muy cerca de sus oídos para que también puedan sentir las vibraciones. Conocemos personas con autismo que no responden a los sonidos de la manera en que otros lo hacen, provocando con esto que otros piensen que son sordos cuando realmente tienen perfecta agudeza auditiva. Algunas personas con autismo parecen confundir la sensación de ser pellizcados con el de hacerles cosquillas, o parecen no sentir dolor en absoluto. Otros escogen mecerse de un lado a otro durante horas en patrones repetitivos. De muchas maneras diferentes, las personas con autismo nos muestran que sus diferencias comienzan en el nivel de procesar algunas o todas las sensaciones que chocan con sus cuerpos cada minuto que pasa.⁵⁷

3.9.1. Modelo de atención DOMUS.

Programa de Trabajo Personalizado

Programa: a) Línea base, b) Intervención, c) Generalización, d) Mantenimiento-Funcional.

Procedimientos de intervención

¿Porqué los procedimientos basados en la modificación de la conducta?

1. Posibilidad de atender alteraciones en las diferentes áreas del desarrollo.
2. Facilitamos el aprendizaje del significado de diferentes estímulos relevantes.

⁵⁷ B. Mesibov, Gary. Shea, Victoria. Comprensión teórica a la práctica educativa. Plenum Publishing Corp. Págs.1-5.

3. Se justifica por la claridad y definición de las variables que permiten cambiar cualitativa y cuantitativamente los comportamientos de forma demostrable.

4. Establecemos condiciones favorables de aprendizaje.

Instrucción verbal: Problemas de comprensión y uso del lenguaje

1. Asegurar su atención.
2. Claridad en las instrucciones.
3. Eliminación de estímulos irrelevantes.

Latencia: 1. Tiempo de espera para la emisión de la respuesta. 2. La falta de claridad (y/o “presionar”) es una causante de estrés; el alumno puede reaccionar de manera desfavorable.

Respuesta correcta: 1. Dificultades en los procesos de percepción, atención y discriminación. 2. Emplear reforzadores motivantes para evitar el desinterés y la falta de atención que limita el aprendizaje.

Reforzar respuesta: 1. Dificultades de interacción. 2. Estas dificultades plantean la necesidad de que el terapeuta tenga un significado o valor positivo para el niño con el que se faciliten los intercambios entre uno y otro.

Las respuestas guiadas físicamente se refuerzan:

1. Cuando una conducta o paso de alguna habilidad está en proceso de adquisición.
2. El reforzamiento incrementará la posibilidad de ocurrencia de la conducta o paso que se está entrenando; facilitará el aprendizaje.
3. Cuando la conducta o paso de alguna habilidad ya ha sido aprendido y el chico no la ejecuta o la realiza inadecuadamente.
4. Si reforzamos al chico cuando no responde o no realiza algo ya aprendido, corremos el riesgo de reforzar su indisposición.

Apoyos: El aprendizaje incidental en la persona autista es un proceso difícil de ocurrir, por lo que necesita de procedimientos de enseñanza directivos.

Modelamiento: Procedimiento que ayuda a incrementar el aprendizaje a través de la imitación de un modelo. Se aplica cuando el alumno tiene la habilidad de imitar.

Consideraciones para su uso: 1. La conducta del alumno debe ser semejante a la del modelo. 2. La respuesta debe producirse inmediatamente después o dentro de la latencia establecida. 3. Su uso es más efectivo cuando se realizan los pasos despacio y con movimientos exagerados.

PROMPTING

PROMPT: Asistencia/apoyo del terapeuta para propiciar una respuesta correcta.

¿Cuándo debe presentarse? “Debe de ocurrir antes de la respuesta del alumno para prevenir un error continuo”.

Momentos en los que puede presentarse un “prompt”: 1. Antes de la instrucción. 2. Al mismo tiempo que se da la instrucción. 3. Inmediato a la instrucción.

Ventajas del uso del prompting: Acelera/favorece el aprendizaje. Reduce la frustración. Evita que el alumno falle de manera prolongada en su ejecución.

Tipos de prompts (Modalidades): 1. Visuales. 2. Señalamiento. 3. Ayuda física parcial. 4. Verbales. 5. Ayuda física total. Etc.

¿Cómo seleccionar un prompt? “Seleccionarlo bajo el criterio del mínimo-suficiente que asegure el éxito del alumno”. “Usarlos del menos al más intrusivo”.

Consecuencias de una buena elección: 1.- Es más fácil su desvanecimiento. 2.- Reduce la dependencia a los apoyos.

Aprendizaje sin error: La base del aprendizaje sin error es la...PERSONALIZACIÓN.

Dentro de este aprendizaje sin error las recomendaciones para lograr el objetivo son: 1.- Adaptar cuidadosamente los objetivos al nivel evolutivo del alumno, (producimos frustración o aburrimiento). 2.- Asegurar la adquisición previa de los requisitos de la conducta que queremos enseñar. 3.- Fraccionar al máximo necesario los objetivos educativos. 4.- Emplear las ayudas pertinentes. 5.- Controlar la presentación clara de las instrucciones y neutralizar los datos irrelevantes. 6.- Evitar los factores de distracción en la situación educativa. 7.- Mantener motivado al niño. 8.- Elegir el procedimiento más adecuado al alumno.

El aprendizaje sin error: a) Reduce la frustración. b) Disminuye el negativismo en la situación de aprendizaje. c) Reduce las alteraciones de conducta. d) Incrementa la motivación.

Sistemas Motivacionales

Principio de premack: “Primero trabajas y luego juegas”

Este principio existe desde hace tiempo como sentido común, ahora es conocido como principio de Premack: “Establece que puede utilizarse cualquier cosa que una persona haga muy a menudo o que le gustaría hacer (conducta que ocurre con mucha frecuencia) como consecuencia positiva, premio o recompensa de actividad por haber realizado en primer lugar una conducta de baja frecuencia”.⁵⁸

Motivación. Los niños autistas suelen aislarse y preocuparse por su propia conducta estereotípica, y a menudo el solo hecho de interferir con estas actividades aisladas constituye un problema; sustituir unas actividades por otras es todo un obstáculo. En muchos programas se ha intentado incrementar la motivación del niño autista para aprender, mediante la administración de reforzadores eficaces, como la comida (Risley y Wolf, 1967), y la reducción del dolor (Lovaas, Schaefer y Simmons, 1965).

Sin embargo, algunas veces hay problemas cuando se usan estos reforzadores artificiales y, como éstos son específicos para la enseñanza o en situaciones de entrenamiento, no existe una transición natural al ambiente hogareño del niño. Como resultado, los niños parecen diferenciar estos dos entornos y, por lo general, en la situación familiar no muestran las conductas ni desarrollan las habilidades aprendidas en la escuela. Además, la comida en particular tiene un uso autolimitado, pues después de cierto tiempo, el niño queda saciado y darle otro pedazo de fruta o de dulce ya no le es significativo como recompensa.

Con algunos niños autistas que se desempeñan en un nivel más alto se puede usar como reforzador el contacto físico (como caricias y abrazos), lo cual suele hacerse junto con la alabanza verbal, y el componente físico puede empezar a desvanecerse y a usar las porciones verbales como los reforzadores primarios.

Varios investigadores han empleado otros métodos para incrementar la motivación, pero, en general, los reforzadores que se pueden encontrar

⁵⁸Congreso Autismo, Memorias México 2008.

fácilmente, que ocurren de manera natural en el ambiente hogareño del niño y que se pueden utilizar en la escuela sin mayores complicaciones, así como en otros lugares, son los que tienen las mejores posibilidades de éxito con el transcurso del tiempo.⁵⁹

Reforzador: Es un evento, estímulo, conducta u objeto que aumenta la frecuencia de cualquier conducta sobre la que es contingente.

Tipos de reforzadores

- 1.- Reforzadores materiales: Dulces, juguetes, alimentos.
- 2.- Reforzadores sociales: Cercanía, sonrisas, elogios (muy bien, correcto, magnífico, excelente), contacto físico.
- 3.- Reforzadores de actividad: Efectuar actividades preferidas de cualquier clase (sociales o no), ejemplo: ver T.V., escuchar música, salir al patio, hojear una revista.

Muestreo de reforzadores procedimiento

- 1.- Presente al alumno un grupo de ítems (entre 5-8 a la vez) de alimentos tales como: galletas, caramelos, papas, bebidas, etc. Determine a que ítems el alumno se acerca reiteradamente o trata de tomar. Se dice que es un ítem preferido si el alumno tiende la mano confiablemente a él en el término de 5 segundos.
- 2.- Retire el ítem después de que el alumno lo ha seleccionado por lo menos 3 veces y regístrelo como el más preferido y lleve a cabo la evaluación con los que quedan. Realice esto hasta haber terminado un grupo de 3-5 ítems como los “más preferidos”.
- 3.- Repita el procedimiento antes mencionado utilizando juguetes diferentes, juguetes de cuerda, con baterías, sonajeros, muñecos de acción, etc., de acuerdo a la edad del alumno.
- 4.- Empleando los alimentos y juguetes más preferidos, lleve a cabo nuevamente la evaluación a fin de que los ítems puedan ser clasificados como “más preferido”, “preferido” o “no preferido”.

⁵⁹ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 148-149.

Reforzamiento: Relación entre el momento en que se produce la respuesta y el suministro del evento reforzante. Descripción sobre cuándo deberá ser proporcionado un reforzador.

Objetivo: Incrementar la ocurrencia de una conducta.

Programas de reforzamiento

Reforzamiento continuo: En este programa cada respuesta apropiada es seguida de reforzamiento, se utiliza para fortalecer inicialmente la conducta y para establecerla, no para mantenerla una vez adquirida.

Ventajas: Facilita la adquisición de conductas o el establecimiento de una respuesta.

Desventajas: Una vez adquirida una respuesta su uso facilita la extinción.

Reforzamiento intermitente: Es el reforzamiento de algunas y no de todas las ocurrencias de una respuesta. “Mientras más intermitente sea el reforzamiento, más se persiste en la ejecución de una conducta”...a menos que el reforzamiento se dé un mínimo de ocasiones.

Ventajas: Facilita la generalización. Provoca que las conductas/respuestas sean más resistentes a la extinción.

Reglas para su aplicación:

- 1.- El reforzador realmente debe ser reforzante
- 2.- Debe ser contingente
- 3.- Debe ser consistente
- 4.- Asociado a reforzadores más naturales
- 5.- Desvanecido gradualmente

Elementos motivadores:

- 1.- Hacer que el aprendizaje tenga una actividad
- 2.- Proponer tareas que sea capaz de realizar
- 3.- Presentar información clara
- 4.- Proporcionar la ayuda necesaria
- 5.- Utilizar técnicas multisensoriales y atractivas
- 6.- Crear un ambiente estructurado

- 7.- Hacer cambios de forma gradual
- 8.- Recompensar sus avances
- 9.- Creer firmemente en él y en sus capacidades
- 10.- Utilizar sus intereses
- 11.- Finalizar la sesión de trabajo con éxito

Repertorios básicos

Para aprender, nuestros alumnos necesitan adquirir una serie de habilidades básicas que se dan de manera espontánea en otros niños y que, en el caso del autismo, deben ser facilitadas y estructuradas mediante diferentes programas.

Los repertorios básicos se refieren a las habilidades de atención, imitación, seguimiento de instrucciones, permanecer sentado y disposición; las cuales son esenciales para participar adecuadamente en una situación de enseñanza-aprendizaje.

Objetivo General: Desarrollar en las personas con autismo los repertorios básicos, que les permitan acceder a diversas situaciones de aprendizaje.

Atención

Objetivo: Que el alumno adquiriera las habilidades para establecer contacto visual al interactuar con los demás, atender a los objetos que se le presentan y mantener su atención visual en los materiales que manipula al realizar diferentes tareas.

Tipos: Contacto visual. Atención a objeto fijo. Atención a objeto en mov. Atención a la tarea

Observaciones del programa:

- 1.- Se puede modificar el orden de las fases.
- 2.- Inicialmente son 15 ensayos.
- 3.- En contacto visual, la instrucción puede ser: "mirame", o sólo llamar al alumno por su nombre.

- 4.- En atención a objeto, éste debe ser neutro.
 - 5.- La latencia puede aumentar o disminuir, dependiendo del alumno.
 - 6.- En atención a la tarea, debe ser una tarea que no requiera demasiada ayuda.
- El objetivo no es la actividad sino la atención a ésta.

Imitación

Objetivo: Que el alumno adquiriera la habilidad para imitar acciones sobre objetos, movimientos gruesos, finos y orales.

Fases del programa:

- I. Imitación de acciones sobre objetos.
- II. Imitación de movimientos gruesos.
- III. Imitación de movimientos finos.
- IV. Imitación de movimientos orales.

Observaciones del programa:

- 1.- Este programa se trabaja por orden de complejidad.
- 2.- Son 10 conductas a imitar.
- 3.- Se pueden adaptar, cambiar o disminuir.
- 4.- El terapeuta debe tener su material y el alumno el suyo.
- 5.- El cual debe ser exactamente igual.

Seguimiento de instrucciones

Objetivo: Que el alumno sea capaz de responder adecuadamente a diversas instrucciones verbales.

Fases del programa:

- I. Instrucciones de una orden (sencillas).
- II. Instrucciones de dos órdenes (compuestas).
- III. Instrucciones preposicionales.
- IV. Generalización de ambientes.

Observaciones del programa:

- 1.- Este programa se trabaja por orden de complejidad.
- 2.- Son 10 conductas a seguir en cada fase.
- 3.- Las instrucciones se pueden adaptar o cambiar.

Control conductual

Permanecer sentado: Este programa se considera básico en los casos en los que se presenta dificultad para permanecer sentado durante los periodos necesarios que las actividades requieren.

Objetivo: Que el alumno permanezca sentado durante los diferentes periodos que las actividades requieren.

Fases del programa: Se trabaja por intervalos de tiempo para incrementar gradualmente la capacidad del niño para permanecer sentado. En las primeras fases se contempla la proximidad física del terapeuta con el niño y posteriormente se trabaja para desvanecerla.

Fases:

- I. Permanecer sentado por 10"
- II. Permanecer sentado por 20"
- III. Permanecer sentado por 30"

Las fases siguientes se van incrementando por intervalos de 10" según el desempeño del alumno.

Observaciones del programa:

- 1.- Se trabaja en cubículo sin actividad y posteriormente con actividad en grupo.
- 2.- Se trabaja en actividades, donde el chico requiere menos apoyos, para realizar la actividad.

3.9.2. Área de vida diaria

Autocuidado y supervivencia

Vida diaria

Implementación de un programa

- 1) Detección de necesidades
- 2) Decisión de la habilidad a entrenar
- 3) Adaptación del programa a las necesidades del alumno

Autocuidado

Definición: Conjunto de habilidades relacionadas con la limpieza y el arreglo personal.

Objetivo: Desarrollar en los alumnos hábitos de higiene y arreglo personal para facilitar la autosuficiencia dentro de casa y la comunidad, así como favorecer su plena integración.

Programas

Autocuidado

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Control de esfínteres | 9. Uso de desodorante |
| 2. Alimentación | 10. Peinado |
| 3. Lavado de manos | 11. Rasurado |
| 4. Lavado de cara | 12. Limpieza de nariz |
| 5. Lavado de dientes | 13. Limpieza de ano |
| 6. Desvestido | 14. Uso de toalla sanitaria |
| 7. Vestido | 15. Depilado de axila y piernas |
| 8. Baño | 16. Maquillaje/Desmaquillaje |

Control de Esfínteres: Es el resultado de un proceso social complejo que requiere de consecuencias positivas y negativas para mantenerse. (Azrin y Foxx)

Tipos: Diurno y Nocturno.

Objetivos:

- 1.- Lograr el entrenamiento de esfínter urinario.
- 2.- Establecer un horario de micciones.
- 3.- Identificar código de comunicación alumno-padre-terapeuta como una solicitud para ir al baño.
- 4.- Integración social del alumno.

Repertorio de Entrada:

- 1.- Mantenerse sentado y seguir instrucciones sencillas.
- 2.- Sin problemas en el esfínter.
- 3.- Desplazamiento independiente o con mínimos apoyos.
- 4.- Edad mínima dos años y medio.

Materiales:

- 1.- 10 Calzones (mínimo)
- 2.- 10 Shorts
- 3.- Huaraches de plástico o sandalias con hebilla.

- 4.- Suficiente líquido
- 5.- Reforzador (comestible, objeto)
- 6.- Cronómetro
- 7.- Hoja de registro
- 8.- Pluma
- 9.- W. C. (adaptador ó bañito)

Preparación:

- 1.- Establecer un horario para trabajar con el alumno diariamente (mínimo 3 ó 4 hrs.).
- 2.- Tener a la mano la ropa, el agua y los reforzadores (sin que el alumno pueda tener acceso a ellos).
- 3.- Tener el registro a la mano.

Código:  Correcto - no hizo * avisó Acc. Accidente

Fases: 1.- Media hora. 2.- Una hora. 3.- Dos horas. 4.- Libre demanda

Nota: En caso de accidente. Se aplicará práctica positiva.

Consejos:

- 1. Constante y consistente en el programa.
- 2. Pasar a la siguiente fase hasta que esté bien establecida la anterior.
- 3. Los “accidentes” son parte del proceso y también una herramienta de aprendizaje.
- 4. Es importante detectar cualquier intento comunicativo del alumno para indicar que quiere ir al baño y reforzar esta comunicación llevándolo inmediatamente.
- 5. Durante la práctica positiva queda prohibido usar adjetivos calificativos.
- 6. Es necesario observar si la práctica resulta aversiva para el niño.
- 7. El registro debe ser tomado de inmediato, ya que la información que se obtenga de él, nos indicará que hacer.
- 8. Revisión semanal del registro.

Secuencia de Prendas durante el Entrenamiento en los Programas de:

Desvestido

- 1. Suéter abierto o camisa
- 2. Playera o suéter cerrado
- 3. Zapato
- 4. Pantalón, falda o vestido

5. Calcetines, calzón o trusa

6. Brassiere

Vestido

1. Calzón

2. Playera, camiseta o brassiere

3. Camisa o blusa

4. Calcetín

5. Pantalón, falda o vestido

6. Zapato

7. Suéter cerrado

Vestido. Fases del Programa: 1. Ponerlo (a). 2. Delantero – trasero. 3. Derecho – revés

Nota: se generaliza al término de cada fase prenda por prenda.

Alimentación

Secuencia: 1. Cuchara. 2. Tenedor. 3. Cuchillo. 4. Tenedor y cuchillo. 5. Vaso. 6. Servilleta

Postura y modales se trabajan simultáneamente.

Supervivencia

Definición: Conjunto de actividades relacionadas con la higiene y la comodidad en el hogar, así como del uso de los lugares y servicios públicos.

Objetivo: Desarrollar en los alumnos las habilidades que les permitan participar en la realización de tareas domésticas y hacer uso adecuado de los servicios de la comunidad.

Programas

Supervivencia

1. Preparación de escenarios
(alimentación)

2. Ordenar escenarios de trabajo

3. Desplazamiento por la calle

4. Servir líquidos

5. Doblado y colgado de ropa

6. Tendido de cama

7. Cruce de calle

8. Preparación de alimentos

9. Uso de aparatos electrodomésticos

10. Recoger mesa

11. Lavar, secar y acomodar trastes

12. Lavar mesas

13. Lavar manteles individuales

14. Lavar ventanas

15. Barrer

16. Trapear

17. Compras

18. Compras en tienda de autoservicio

19. Comportamiento en lugares públicos

20. Uso de baño público

21. Uso del teléfono

Preparar y ordenar escenarios

Objetivo: Identificar y ordenar los materiales que empleará para determinada actividad.

Desplazamiento y cruce de calle

Objetivo: Aprender conductas y medidas de seguridad que le permitirán andar en la vía pública.

Repertorio de entrada del terapeuta:

1. Conocer muy bien al alumno
2. Tener seguridad
3. Manejar variables extrañas
4. Control conductual para con el alumno

Repertorio de entrada del alumno:

Repertorios básicos

1. Haber cubierto la fase anterior.

Fases:

- a) Con acompañante tomado de la mano
- b) Con acompañante sin tomarse de la mano

Consejos:

1. Iniciar el programa en donde no exista mucho tránsito.
2. Aumentar progresivamente el número de estímulos.

Preparación de alimentos

Repertorio de entrada: 1. Cortar. 2. Untar. 3. Deshebrar.

Compras en tienda o en autoservicio

Objetivo: Realizar una serie de acciones que le permitan elegir el ó los productos de su preferencia mediante el intercambio dinero – producto.

Comportamiento en lugares públicos

Objetivo: Ingresar a lugares públicos para disfrutar de ellos mostrando un adecuado comportamiento.

Funcionalidad de los programas

Mantenimiento: Se le pide a algún familiar que observe la aplicación del programa para que le de seguimiento fuera del centro; en casa, dentro de un contexto y ambiente naturales y verdaderamente funcional.

3.10. Integración Educativa

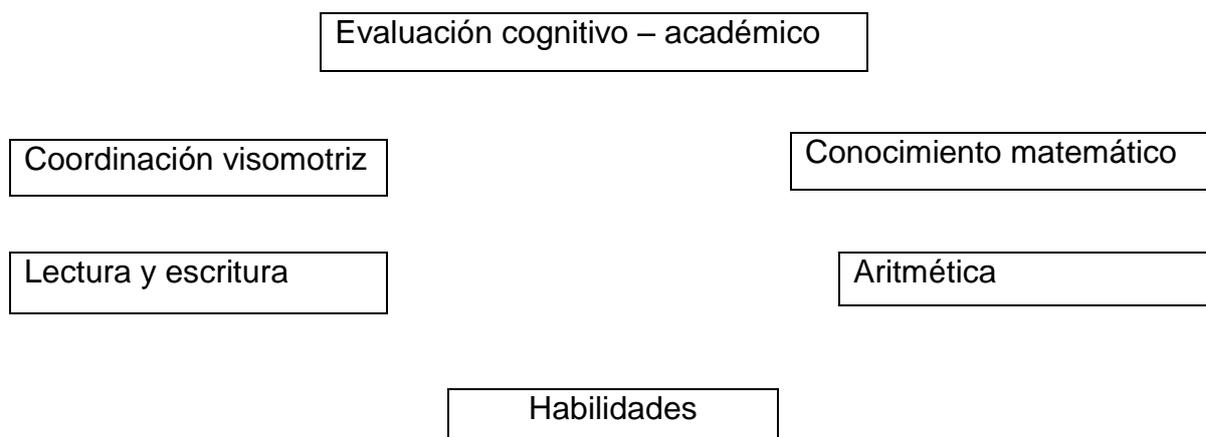
Área académica

Propósitos del Área Académica

1. Proporcionar una serie de habilidades que favorezcan el desarrollo cognitivo para el aprendizaje de conceptos básicos.
2. Desarrollar la comprensión y uso de códigos gráficos o escritos para comunicar.
3. Adquirir conceptos básicos y procedimientos lógicos matemáticos que sean funcionales en la vida cotidiana.
4. Aplicar las habilidades académicas funcionales en los distintos ámbitos de inserción de la persona (vida diaria, comunidad, salud, seguridad y comunicación)

Proceso enseñanza – aprendizaje

Inventario de Habilidades Académicas



Habilidades de Coordinación Motora

1. Uso de tijeras
2. Uso de pinceles
3. Uso del lápiz

Escritura: Contorneado, punteado, uso de plantillas, copia, dictado, etc.

Lectura: Con métodos como: silábico, fonético, global. Uso de pictogramas y la combinación de los anteriores.

Conocimiento Matemático

Concepto de color, forma, dimensión de los objetos conceptos prenuméricos, numéricos y estructuración espacio-temporal.

Aritmética: Solución de operaciones básicas y la aplicación de la misma en la solución de problemas.

Coordinación Visomotriz:

Rayado Libre: 1. Toma la crayola. 2. Sostiene la hoja. 3. Raya libremente en una superficie tamaño doble carta 3 seg. 4. Raya libremente en una superficie tamaño carta 5 seg. 5. Deja el material.

Recortado: 1. Recorta libremente. 2. Recorta siguiendo líneas gruesas (cortas). 3. Recorta siguiendo líneas gruesas (largas). 4. Recorta siguiendo líneas delgadas (cortas). 5. Recorta siguiendo líneas delgadas (largas). 6. Recorta sobre líneas en zig- zag. 7. Recorta sobre líneas ondeadas. 8. Recorta figuras geométricas-amorfas. 9. Recorta objetos-animales y personas

Respetar contornos: 1. Ampliar el tamaño de las imágenes. 2. Enmarcar imágenes. 3. Engrosar imágenes por la silueta empleando diferentes materiales: pintura inflable o silicón de color. 4. Uso de plantillas de diferentes materiales, formas y dimensiones.

Consideraciones generales:

1. Instrucciones directas: claras, cortas y sencillas.
2. Tiempo de espera para su respuesta.
3. Reforzamiento.
4. Considerar habilidades adquiridas y en proceso de adquisición.
5. Modificar progresivamente la dificultad de las tareas.
6. Considerar los diferentes tipos de apoyo para la realización de tareas académicas como: apoyos verbales, visuales y ayuda física.
7. Reducir el número de ejercicios o actividades.
8. Al presentar información nueva emplear los diferentes canales (visual, auditivo o aprendizaje práctico).

Material de trabajo y los libros de apoyo

1. Retirar estímulos visuales.
2. Resaltar imágenes y letras
3. Enmarcar imágenes y letras

4. Magnificación de imágenes o letras.

En la escritura:

1. Engrosar líneas.
2. Colocar guías visuales por color o forma.
3. Ampliar y cuadros al cuaderno.
4. Delimitar áreas empleando diferentes materiales: pintura inflable, silicón de color, plantillas, entre otros.
5. Seleccionar o reescribir frases largas o complejas.

En la lectura:

1. Suprimir párrafos o contenidos.
2. Modificación en las estructuras gramaticales y del vocabulario.
3. Rotulado de imágenes.
4. Seleccionar otro material de lectura.

Matemáticas:

1. Igualación, clasificación e identificación a nivel concreto o abstracto por color, forma y tamaño.
2. Representación concreta de números con plantilla y guías visuales.
3. Rasgado + boleado + pegado = representación concreta.
4. Ensartar o insertado de cuentas de acuerdo al número.
5. Solución de operaciones con objetos concretos.
6. Conjuntos: agrupar, quitar, duplicar y repartir.
7. Uso de tablas de multiplicar.
8. Uso de la calculadora.
9. Uso de palabras “clave” para la solución de problemas.

Elaboración Pictográfica

1. Plantillas de figuras geométricas.
2. Plantillas de objetos y animales.
3. Plastilina empleando moldes.
4. Decorar imágenes, letras o números empleando diferentes materiales: sopa de pasta, aserrín, diamantina, pintura digital, estambre, entre otros.
5. Recortar imágenes.

Perfil de habilidades académicas

Instrumento de evaluación observacional y cualitativo.

Objetivo: Detección de fortalezas y debilidades del alumno TGD en las diferentes habilidades académicas.

Propósitos:

1. Proporcionar información sobre las necesidades académicas del alumno.
2. Establecer modificaciones curriculares.
3. Orientar las condiciones del proceso e-a y la identificación de los apoyos necesarios.

Es un instrumento de observación directa que está determinado por una Lista Cotejable; que es un inventario de conductas que se ordenan de las más simples a las más complejas.

La secuencia de las habilidades se basa en un análisis de tareas. Un análisis de tareas hace posible diseñar y organizar las habilidades de las más simples a las complejas. Se determina las habilidades que el alumno posee, así como aquellas de las que carece.

Estructuración del perfil de habilidades académicas

Evaluación cognitivo-académico

Área:

Coordinación Visomotriz: Rasgado. Doblado. Boleado. Recortado. Pegado. Picado. Modelado. Rayado libre. Seguir rutas. Respetar límites. Contorneado. Coloreado. Imitación de trazos. Unión de puntos. Rompecabezas. Imitación de trazos. Ensartado. Reproducción pictográfica. Insertado.

Área:

Escritura: Copia. Dictado. Redacción.

Área:

Lectura: Oral y comprensión. Silenciosa y comprensión.

Área:

Conocimiento Matemático: Formas geométricas. Colores primarios. Colores secundarios

Dimensiones: Tamaño. Longitud. Altura.

Lateralidad

Estructuración Espacial: Dentro – fuera. Adelante – atrás. Arriba – abajo. Cerca – lejos.

Cantidad: Mucho – nada. Poco – vacío.

Numérico: Igualación. Identificación. Representación concreta. Secuencias numéricas.

Aritmética: Adición – Multiplicación. Sustracción – División. Solución de problemas – Fracciones.

Estructuración Temporal: Calendario. Uso del reloj.

Medición: Uso de la regla. Uso de transportador

1. Uso del dinero
2. Uso de la calculadora
3. Uso de la computadora

Evaluación

Evaluación alternativa

La evaluación alternativa permite:

1. Hacer evidente el aprendizaje del alumno.
2. Enfocarse en documentar los avances del alumno en un tiempo determinado.
3. Enfatizar en fortalezas y no en debilidades.
4. Evaluar la competencia del alumno a partir de los objetivos establecidos.

Portafolios

1. Modalidad de evaluación en donde permite monitorear el proceso de aprendizaje.
2. Permite realizar cambios en el proceso.
3. Permite tener una alternativa para reportar calificaciones o exámenes estandarizados.
4. Permite tener una visión más amplia de lo que el alumno puede y sabe hacer.
5. Matriz de doble entrada.

6. Hace explícitos los criterios de ejecución y los objetivos de cada contenido académico.
7. La evaluación de la ejecución es: descriptiva, cuantitativa y cualitativa.
8. Selección de los objetivos.
9. Organizar los criterios.
10. Asignar un valor numérico de acuerdo al nivel de ejecución.

Tipo de apoyo o ayuda:

Apoyos verbales: 1. Repetir instrucción. 2. Explicaciones. 3. Preguntas

Apoyos visuales: 1. Señalar (imágenes, lugares o objetos). 2. Modelamiento. 3. Presentar información gráfica o escrita que complemente las instrucciones o información verbal.

Ayuda Física: 1. Guiarle la mano. 2. Dirigirlo hacia.... 3. Todo contacto físico que se establezca para realizar la actividad.⁶⁰

3.11. Programas Educativos

Hasta la década de los sesentas, la mayoría de los niños autistas estaban internados en instituciones para enfermos mentales y se les consideraba, de manera general, ineducables e intratables; sin embargo, como resultado de la investigación y de las prácticas clínicas mejoradas, ahora se puede afirmar, sin equivocación, que los niños autistas pueden obtener gran provecho de la educación. Mientras que el pronóstico para los niños autistas individualmente considerados varía de modo significativo, los enfoques educativos parecen beneficiar al niño autista más que cualquier otro tipo de intervención.

En la actualidad, la integración de la teoría, y la práctica se ha vuelto una realidad. En muchos programas de tratamiento y técnicas de intervención se utilizan datos acerca del déficit neurofisiológicos para establecer los métodos de tratamiento que puedan paliar este impedimento.

⁶⁰ Congreso Autismo, Memorias México 2008.

Enfoques educacionales generales

La conducta de aprendizaje de cualquier niño suele verse influida por otras circunstancias que no sean la habilidad innata o cualquier impedimento existente.

El maestro

Al evaluar los factores que influyen en la habilidad del maestro para enseñar a los niños autistas en una situación de modificación de conducta, algunos investigadores (Rincover y Koegel, 1975; Koegel y Rincover, 1976; y Koegel et al., 1977) encontraron que son particularmente importantes las habilidades siguientes:

1. El maestro debe saber presentar las instrucciones correctamente, las cuales deben ser claras, congruentes y breves.
2. El maestro debe saber presentar los reforzadores de manera correcta y eficaz. Un reforzador debe darse inmediatamente después de la respuesta, a fin de que el niño pueda asociar pronto la respuesta correcta con el reforzador.
3. El maestro debe saber “moldear” una nueva conducta, o sea, gratificar inicialmente las respuestas gruesas que sean una aproximación a la conducta deseada.
4. El maestro debe saber instigar al niño para responder correctamente, y después empezar a desvanecer la instigación a medida que el niño aprende a responder por su cuenta.
5. Finalmente, debe haber un intervalo de tiempo entre el aprendizaje de una tarea y el comienzo de la siguiente. Durante este intervalo, no se requiere la respuesta y el niño tiene así la oportunidad de internalizar la experiencia aprendida sin distraerse ni confundirse por una nueva instrucción.

Asimismo, la paciencia para tratar al niño y la habilidad para establecer comunicación con sus padres, son factores de la personalidad que pueden determinar el éxito o el fracaso de un maestro, de la misma manera que lo determinan las habilidades ya delineadas.

Disminución de las conductas interferentes

Si el niño está preocupado por desarrollar otra actividad, obviamente no podrá poner atención en el aprendizaje. Una tarea principal para cualquier maestro que trabaja con un niño autista es determinar cómo detener la autoestimulación estereotípica. En este aspecto se han probado distintos enfoques, los cuales varían desde el reforzamiento negativo hasta ignorar la conducta y, por tanto, esperar que desaparezca. Uno de los métodos más significativos en este aspecto se relaciona con la determinación del por qué la autoestimulación ocurre en primer lugar. Una de las teorías en esta área establece que los niños autistas reciben cierta estimulación sensorial de su ambiente de esta manera. Esta estimulación es más predecible que otros tipos de estimulación, dado que el niño controla el inicio y la cesación de la actividad.

Estructuración y regulación de sesiones

La forma de organizar las sesiones de enseñanza puede ser muy importante para enfocar la atención del niño autista y ayudarlo a que aprenda. Para ayudar al niño, es útil que aprenda a anticipar las sesiones y que establezca una rutina particular tanto del tiempo como del espacio. Se ha sugerido que la repetición cuidadosa de la rutina hace que se tenga seguridad y confianza en el maestro y en el programa mismo (Bachrach, 1978).

La situación en que se llevan a cabo las sesiones también es muy importante. Normalmente se usa una habitación con pocas distracciones, y algunos investigadores han sugerido, incluso, que se debe centrar en ciertas modalidades y disminuirse la alimentación de estímulos en otras.

La atención del niño se centra en el maestro cuando éste se sienta muy cerca de él (pero no tanto que le resulte amenazante). Se ha sugerido que si el maestro se sienta al lado del niño, tal hecho le resulta menos amenazante a éste que si se sienta enfrente de él (Taylor, 1976). Al empezar las sesiones, el maestro y el niño suelen trabajar estrechamente; sin embargo, cuando el niño ha

dominado algunas habilidades, se puede instruir juntos a un grupo de niños (Rincover y Koegel, 1975).

A menudo, esta instrucción en grupo es, básicamente, un aprendizaje paralelo con poca interacción niño a niño, pero en estas situaciones la oportunidad de construir y aumentar la interacción social está presente de todas formas. En muchos casos, la instrucción de grupo forma la base de los programas de educación existentes para los niños autistas. Los cuales se estudiarán más adelante.

Las dos estrategias principales para promover el diseño de las habilidades se centran en el desarrollo tanto de varias modalidades sensoriales como de las habilidades para la comunicación.

Desarrollo de las modalidades sensoriales

Varios maestros e investigadores han centrado su atención en la falta de exploración del ambiente del niño autista, en las preferencias poco comunes de las modalidades sensoriales, y en la evidente falta de conciencia de su propio cuerpo y de sus límites. Con base en estos problemas, se han diseñado estrategias que expanden el uso de los sentidos del niño autista. En las primeras etapas de su desarrollo (como lo describió Wood, 1975), se enseña al niño a responder con placer a su ambiente. En este enfoque, se da al niño estimulación táctil, quinestésica, visual, auditiva, gustativa y olfatoria, de manera que pueda responder con varias modalidades. El papel del maestro en esta exploración del niño, tanto de su propio cuerpo como de su ambiente, es ser el “excitador”, o sea, alguien que proporciona satisfacción y cariño.

Otros investigadores de los niños autistas han seguido el mismo criterio en el estudio de las modalidades sensoriales como un requisito previo para el desarrollo de habilidades más complejas. Estos acercamientos al problema los describen Miller y Miller (1973) y Taylor (1976).

Destacar las modalidades sensoriales puede ser un paso muy importante para enseñar a los niños autistas habilidades más complejas, una de las cuales y sobre la que se pone mucho énfasis es el desarrollo de la comunicación.

Comunicación verbal y no verbal

El problema no sólo es lograr lenguaje expresivo, sino también comprenderlo. El lenguaje, en su definición más amplia, está afectado, y no sólo en la comprensión y producción del habla, sino también se incluye el área total de comunicación no verbal. Dada la seriedad de esta dificultad, algunos investigadores han sugerido que esta falta de comunicación es el factor principal de la conducta atípica de los niños autistas (Casey, 1978).

Los trabajadores que enseñan a los niños autistas a comunicarse han diseñado varias técnicas al respecto, las cuales incluyen el uso de lenguaje a señas, el empleo de ciertos materiales para enseñar a leer y escribir, y sistemas tanto para incrementar como para mejorar la comunicación verbal.

El lenguaje a señas lo han empleado algunos trabajadores para enseñar a comunicarse a los niños autistas mudos. Como los niños autistas suelen tener dificultad para hacer asociaciones audiovisuales, y aun así parece que tienen pocos problemas en el área motora, este método parece particularmente apropiado. Creedon (1973) fue el primero en usar el lenguaje a señas con niños autistas; después, otros investigadores lo han empleado con resultados positivos.

Enseñar el lenguaje a señas a los niños autistas tiene varias ventajas, de las cuales la más importante es el desarrollo de un sistema de comunicación entre el niño y sus padres, de tal manera que pueda instruirse al niño acerca de las cosas que debería hacer, más que simplemente castigarlo cuando realiza algo que no debería haber hecho. Además, si el niño autista aprende comunicación verbal, el lenguaje a señas puede desaparecer poco a poco a medida que desarrolla un habla regular.

Ocasionalmente se han empleado aparatos mecánicos para ayudar a los niños autistas a aprender las habilidades de la comunicación; por ejemplo, Wiegerink y Mort (1970) usaron una máquina de escribir eléctrica para enseñar a un niño autista a comunicarse por medio de la escritura. Primero se dejó al niño que explorara la máquina hasta que se familiarizara con ella y hasta que tuviera interés en el equipo.

Al enseñar el habla, la mayoría de los maestros empieza por desarrollar diversas habilidades precursoras, como reforzar el contacto ojo a ojo y la conducta imitativa (como gestos), promover la emisión de sonidos y, finalmente, desplazar el habla repetitiva y poco después el habla espontánea. La enseñanza de las habilidades para la comunicación ya sea mediante el lenguaje a señas, por medio del habla real o mediante cualquier otro método, suele ser el punto crítico en la educación especial del niño autista.

3.12. Programas Especiales

Lentamente, se ponen a disposición más y mejores servicios educacionales para el niño autista dentro de su comunidad. Idealmente, estos programas incluirán evaluaciones detalladas de las habilidades intelectuales del niño, de su déficit sensorial y cognoscitivo, de su habilidad para el lenguaje, de su madurez emocional y de sus problemas de conducta. En estos programas se deberán tener en cuenta las habilidades y los atributos del niño, así como de sus debilidades y sus deficiencias, con el fin de llevar a cabo un programa individualizado que implique unas y otras; sin embargo, generalmente estos programas de la comunidad apenas empiezan y en muchos casos se requerirán revisiones antes de que funcionen plenamente.

Los programas de la comunidad o la localidad, generalmente son modelados después de usar algunos programas para niños autistas que han estado vigentes durante varios años. Para presentar un panorama de los diferentes programas se describirán los siguientes: el Developmet Therapy of Rutland Center (Terapia para el Desarrollo del Centro Rutland), el Regional Intervention Program –RIP- of Nashville (Programa de Intervención Regional, de

Nashville), el Treatment and Education of Autistic and Related Communications of Handicapped Children –TEACCH- Program of North Carolina (Programa de Tratamiento y Educación de los Autistas y de otros Niños con Impedimentos de Comunicación Relacionados, de Carolina del Norte), el Behavior Research Institute –BRI- Program (Programa del Instituto de Investigaciones sobre la Conducta), el Judevine Center Program (Programa del Centro Judevine) y el Language Development Program (Programa de Desarrollo del Lenguaje), descrito por Ivar Lovaas.

Terapia para el desarrollo del centro RUTLAND (GEORGIA)

Un supuesto básico de este programa es que el niño autista necesita más modelos normales. Por tanto, además de un programa altamente especializado e intensivo en el centro, se pone al niño concurrentemente en otros servicios educacionales de otros programas para niños. Una vez aceptado, se inscribe al niño con un grupo de otros seis niños que están en el mismo nivel de desarrollo. Las clases se realizan cinco días a la semana durante dos horas diarias; además, el niño tiene una experiencia diaria en la escuela y también participa en sesiones estructuradas de terapia con sus padres. Después de que el padre ha observado trabajar al niño con su terapeuta, se enseña al padre a manejar la misma actividad y después, en una sesión cada dos semanas, los padres demuestran al personal de la escuela cómo han llevado a cabo la actividad.

Las actividades del programa de terapia para el desarrollo consisten en secuencias de tareas para el desarrollo destinadas a mejorar el funcionamiento del niño en cuatro áreas principales: a) conducta, b) comunicación, c) socialización, y d) preacadémicas. Cada una de estas áreas está dividida en cinco etapas de objetivos específicos ordenadas de manera jerárquica, que representan mayor funcionamiento sucesivo en esa área. Cada una de las cinco etapas tiene un énfasis diferente y se emplean técnicas distintas, a saber:

Etapa I: responder al ambiente. En esta etapa, el maestro estimula, satisface y enseña al niño a responder y a confiar en su ambiente, por medio del contacto físico, de las actividades de estimulación del uso del lenguaje corporal y de otras técnicas.

Etapa II: responder al ambiente con éxito. Aquí, el maestro redirige las conductas de tal manera que el niño aprenda habilidades individuales y experimente el éxito. Se destacan la rutina y la consistencia de la conducta. Se incluyen el ordenamiento y la clasificación de conceptos en el área preacadémica.

Etapa III: aprendizaje de habilidades para participación en grupo. El énfasis recae en los grupos y en cómo se aplican las reglas a ellos. Se delinean las consecuencias de la conducta y se intenta aproximarse a la vida real tanto como sea posible; además, se destacan las habilidades verbales para la expresión.

Etapa IV: inversión en procesos de grupo. Los niños desempeñan papeles activos y el maestro actúa como líder del grupo. Se explora el juego de roles y se planean salidas y excursiones que se llevan a cabo en esta etapa.

Etapa V: aplicación de habilidades en situaciones nuevas. Se enseña al niño a generalizar de una experiencia y trasladarla a otra, para resolver problemas nuevos; por ejemplo, en el área de socialización se enseña al niño a iniciar relaciones con los niños de su grupo.

Cabe recordar que este modelo terapéutico es altamente individualizado, pues el niño puede desempeñarse en una etapa en un área, y en otra etapa en un área diferente. Por tanto, sin importar que el niño se desempeñe en un grupo, se debe llevar a cabo un control y una vigilancia del progreso de cada niño.

Programa de intervención regional (RIP)

En este programa a nivel estatal, realizado en Nashville, Tennessee, para los niños autistas y sus familias (Wiegerink y Parrish, 1976), se destaca entrenar a los padres para trabajar con sus hijos en edad preescolar. Muchos de estos niños son autistas, pero también hay otros niños impedidos inscritos en el programa. Se instruye a los padres acerca de los procedimientos de la modificación de conducta para que instruya a su hijo, y se utiliza el centro para ayudar a incrementar la interacción social positiva entre el padre o la madre y el hijo.

En este programa hay cuatro tipos de salones de clases, en cada uno de los cuales participan los padres bajo la supervisión del personal profesional. La forma del salón de clases incluye una clase para el recibimiento, una clase para los niños pequeños, una clase para el lenguaje y una clase para la comunidad.

Cada salón de clases está diseñado para instruir en áreas específicas del desarrollo. El salón de clases para el recibimiento tiene como objetivo principal una conducta de salón de clases apropiada asociada con el seguimiento de un salón de clases típico en cuanto a la rutina y el horario. El salón de clases para niños pequeños se enfoca al desarrollo de las habilidades sensoriomotoras y a las conductas elementales para el lenguaje (respuestas de una palabra). El salón de clases del lenguaje cuenta con programas (para grupos o para individuos) de lenguaje que complementan la tutoría individual de la clínica que cada niño lleve. El salón de clases de la comunidad destaca las conductas de juego social y prepara al niño para asistir a la escuela pública y a los centros de cuidado diurnos para el desarrollo dentro de la comunidad.

El RIP ha sido el sitio para realizar numerosos estudios de estrategias destinadas a incrementar la interacción social entre los niños impedidos (Strain, Timm y Wiegerink, 1974; Strain y Wiegerink, 1975, 1976). En cada estudio se exploran los procedimientos de grupo y de los salones de clase, con el fin de que la educación de los niños autistas sea más eficaz.

Programa TEACCH DE CAROLINA DEL NORTE

El Programa de Tratamiento y Educación de los Autistas y de otros Niños con Impedimentos de Comunicación Relacionados es otro de los programas en que se emplea a los padres como coterapeutas, y éstos participan en las actividades del salón de clases, además de llevar a cabo actividades de entrenamiento específicas en el hogar (Reichler y Schopler, 1976).

Este programa funciona en todo el estado y fue establecido por la legislación de Carolina del Norte en 1972. Consta de cinco centros clínicos para el tratamiento y el diagnóstico localizados en las cinco áreas con mayor población del estado y en once salones de clase de educación especial distribuidos en estas regiones. Cada salón de clases, que se localiza en las escuelas de la comunidad, cuenta con un programa educacional diseñado para cinco u ocho niños. Estos salones de clases modificados y autocontenidos cuentan con programas diseñados para lograr el desarrollo de cada niño. A los niños se da también la

oportunidad de participar en ciertas clases regulares cuando éstas son apropiadas a sus necesidades y a sus habilidades. La clase también sirve como un recurso para otros niños de la escuela que tengan impedimentos para la comunicación. Estos niños no sólo reciben ayuda instruccional, sino también tienen oportunidad de desarrollar interacción social con los niños autistas. Algunas veces, el tratamiento se continúa en un ambiente clínico, pero esto varía según las necesidades especiales de cada niño. Cada salón de clases tiene un maestro y un asistente entrenados por el personal del TEACCH. De la misma manera, los padres son entrenados por el personal del TEACCH, de tal modo que los enfoques son similares y continuos y se mantienen en todos los aspectos de la vida del niño.

Programa del centro JUDEVINE

Este programa, con aplicación en San Luis, Misuri, cuenta con servicios locales y servicios para los niños fuera de la ciudad o fuera del estado, y sirve para entrenar a profesionales en el área. El programa ha funcionado desde el principio de la década de los setenta y se admite en él una serie de niños severamente perturbados, incluyendo a los autistas, a los retrasados, a los esquizofrénicos y a los niños con desarrollo atípico o con problemas de conducta severos. En la evaluación, se mide tanto a los niños como a sus padres, y el primer enfoque para esta medición, y para las sesiones de entrenamiento posteriores, está basado en los principios de *intercambio social*. Se registran cuidadosamente las interacciones padre-niño y padre-maestro, y después se analizan y modifican donde sea necesario. La conducta del niño es modificada hacia la conducta que elicite la respuesta que él quiere, mientras que la conducta del adulto es modificada para alentar la producción de la conducta deseada en el niño y desalentar o extinguir las respuestas inapropiadas.

Las áreas de enfoque del entrenamiento son: a) aspectos físicos (como la ambulación y la manipulación), b) aspectos sociales (como la empatía, la comunicación y la responsabilidad), y c) aspectos intelectuales (como la información, la ideación y la creatividad). El programa de cada niño está basado en los déficit y necesidades en cada una de estas áreas, y las áreas de

entrenamiento son separadas en componentes menores y en procedimientos específicos, que se disponen de manera secuencial. El progreso se vigila y controla por medio de criterios definidos; además, en este programa hay expectativas no sólo respecto del niño, sino también de sus padres, sus maestros y otro tipo de personal, los cuales quedan mapeados.

Los progresos de cada niño ocurren en cinco niveles de tratamiento, cada uno de los cuales incluyen a más niños y requiere periodos más largos; por ejemplo, el nivel 1, en el que se destaca la aceptación de la instrucción, puede tener como objetivo mantener el contacto ojo a ojo. Estas sesiones pueden durar sólo 20 minutos y realizarse en una proporción 1:1. Niveles más complejos, como el nivel 4, pueden tener como objetivo principal el juego de competencias o completar una tarea sin supervisión. Una clase para entrenamiento en el nivel 4 puede incluir a un solo maestro y a cinco alumnos, y cada sesión puede durar de tres a cinco horas.

El programa de entrenamiento para padres dura tres semanas (90 horas de entrenamiento) y los padres provenientes de otros estados se inscriben, generalmente, en estos programas, que constan de observación, material didácticos, asistencia para aplicar la habilidad y aplicación independiente de la habilidad por parte del padre (O'Dell y Blackwell y colaboradores, 1977).

Programa de desarrollo del lenguaje

Varios autores se han dedicado a estudiar los diferentes aspectos de los programas para los niños autistas en los Angeles y en sus alrededores [Graham y Flaharty, 1976; los Angeles County Autism Project (Proyecto para el Autismo del Condado de los Angeles), Needels y Jamison, 1976]. Esta breve descripción se enfoca principalmente en el programa de lenguaje como lo describió Lovaas (1977).

La técnica básica del programa es el condicionamiento operante, y la base teórica es que el lenguaje se adquiere mediante la habilidad del niño para reconocer ciertos estímulos que le dan lugar a que surja la producción verbal.

Estos estímulos pueden ser internos o externos, pero en ambos casos, una vez que se produce una emisión verbal, ocurre una respuesta (otra conducta, un enunciado verbal, etc., que puede ser producido por el niño mismo o por otros). Este punto de vista sobre el lenguaje se relaciona con el aprendizaje por discriminación y con el punto de vista de Skinner (1957) acerca del lenguaje, aunque no todas las autoridades en el área del lenguaje o en el autismo estén de acuerdo con estos conceptos. Al tratar a los niños autistas bajo este programa, se establece un supuesto: “El fracaso del niño autista para adquirir el lenguaje está basado en un déficit de la estructura motivacional” (Lovaas, 1977). Por tanto, primero se eliminan las conductas de interferencia y después se construye el lenguaje mediante el empleo del reforzamiento positivo y de la estimulación aversiva, de manera sistemática.

El programa consta de ocho subprogramas dispuestos jerárquicamente de fácil a difícil y que en algunas áreas se traslapan, a saber:

Programa 1: construcción de respuestas verbales. Se enseña la imitación de enunciados. No se elicitó el significado y la producción suele ser ecológica.

Programa 2: nominación. Se enseña un vocabulario básico, de tal forma que el niño nombre los objetos y los eventos cotidianos.

Programa 3: relaciones. Relaciones espaciales (preposiciones), conceptos de tiempo, pronombres, tamaños, formas y otras abstracciones que describen las relaciones son el tema principal de este programa.

Programa 4: conversación. El niño aprende a formular preguntas al maestro y a contestar y a hacer comentarios acerca de ciertas cuestiones.

Programa 5: información. El objetivo es ayudar al niño a obtener información acerca de su ambiente por medio de formular preguntas y de entender las respuestas.

Programa 6: habilidades gramaticales. A medida que el programa es más complejo, el niño, obviamente, necesita conocer frases y oraciones. En este programa se instruye al niño con práctica repetitiva para que pueda entender la estructura de la oración.

Programa 7: recuerdo. Esta es una experiencia enriquecedora cuando el niño puede aprender también de su pasado y compartirlo con otros. Se le enseña a recordar y describir los eventos pasados.

Programa 8: espontaneidad. Aquí, el objetivo principal no es la respuesta específica, sino que se deja al niño describir de tal manera que pueda tener elección; por ejemplo, se puede preguntar al niño qué comió en el desayuno, y la respuesta esperada no es que liste una serie de cosas, sino que comente cómo era la comida, a qué sabía y si le gustó.

Los resúmenes anteriores de los programas son sólo una ojeada acerca de cómo funcionan éstos. Hay muchos otros programas que no se describieron aquí; sin embargo, parece que los mencionados reflejan la variedad y la similitud en el campo del autismo.⁶¹

⁶¹ Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas. Págs. 145-161.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es cualitativo ya que proporciona profundidad al estudio, sin utilizar datos numéricos, el interés se centra en la interpretación del perfil del grupo que se investiga, de manera dinámica a través de la revisión teórica y los hechos, y la interpretación de los mismos.

4.2 Tipo de estudio

Es un estudio exploratorio ya que aborda el estudio de casos en profundidad de niños con espectro autista, poco estudiados en el campo de la ciencia pedagógica, con la intención de revisar la manera en que el pedagogo puede intervenir, terminando en un estudio descriptivo, al observar y describir el fenómeno estudiado.

4.3 Diseño de la investigación.

El diseño se refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación. En este diseño cualitativo se utiliza el diseño narrativo para entender el grupo en el que se trabaja, recolectando datos y experiencias para describirlas y analizarlas. Según Mertens (2005, p. 702) es un diseño narrativo de tópicos, porque se enfoca en una temática especial de los alumnos del estudio.⁶²

⁶² Hernández, Sampieri y cols. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Editorial McGraw Hill.

4.4 Población.

La población se refiere al número total de personas del centro educativo dónde se lleva a cabo la investigación. El CAM 22 de autismo, cuenta con 31 alumnos con el trastorno del espectro autista.

4.5 Muestreo cualitativo.

Es una muestra homogénea, ya que el propósito es centrarse en un mismo perfil o características de un grupo. En este caso, el estudio se centra en investigar a 8 niños autistas del taller laboral del CAM 22. 5 niños asisten de manera permanente y 3 están en un proceso de adaptación y asisten una o dos veces a la semana.

4.6 Instrumentos de la investigación.

El instrumento de la investigación empleado fue la observación directa, a través de anotaciones en un diario de campo, de cada visita al salón de clases de los alumnos con espectro autista, durante los meses de marzo a junio de 2009, los días jueves de 10 a 12 horas.

CAPITULO V. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Interpretación de las Observaciones

Los maestros que trabajan con niños con espectro autista trabajan con cada uno de los niños individualmente, el maestro **en el periodo inicial** se sienta frente al niño para realizar alguna actividad; pero para poder lograr este acercamiento con el niño, el maestro debe realizar un **trabajo de sombra** de 2 o 3 meses con cada niño para poder tomarle de la mano para apoyarlo en alguna actividad, y para poder hablarle o acercarse de frente al niño, así como también para lograr que todos los niños permanezcan sentados mientras se trabaja con otro niño, para que no se salgan del salón o para que obedezcan una orden, es un trabajo de 3 o 4 meses.

En **la atención individualizada** no hay que hablarles mucho a los niños, porque si acaso escucharon la primera y la última palabra; hay que especificarles la actividad con órdenes concretas como: siéntate, levanta los juguetes, lávate las manos, etc., frases cortas, hablarles como es sin tener errores por que los niños lo aprenden tal y como se les dicen las cosas.

Utilización de material didáctico. Los maestros trabajan con material didáctico, utilizan tarjetas por asociación, una agenda visual con tarjetas que tienen marcada con números la hora, otra con el día por ejemplo:- lunes, el nombre de la niña (o) y debajo de éste la foto de la niña (o), la actividad como leer: se pone una tarjeta con el dibujo de un libro; o bien sea una tarjeta con el dibujo de un niño saludando, el cepillo y una pasta dental y abajo escrito cepillarse los dientes, o el dibujo de un desayuno y con letras desayunar, un dibujo lavándose las manos y con letras lavarse las manos, o un libro y unos crayones, y escrito abajo colorear, o las actividades que la maestra (o) tenga preparadas para ese día. También se utiliza un calendario con tarjetas que tengan el nombre del mes, el año, la fecha, la estación, hoy, ayer, mañana, clima, eventos; se utiliza también otro calendario para los días de la semana que tienen clases, se utiliza un papel bond y se ponen los días de la semana de lunes a

domingo; de lunes a viernes se pega una tarjeta con el dibujo o la forma de un sol y los sábados y los domingos se utiliza una tarjeta con la figura de una casa, se pegan con velcro para poder quitar y cambiar las figuras; esto se hace así por que el dibujo de el sol los niños lo asocian a que en ese mismo día y al siguiente tienen clases y la figura de la casa son los días que tienen que estar en sus casas con sus padres, también se utiliza para los días festivos y vacaciones, etc., para que los niños sepan que días tendrán clases y que días no deben ir.

Cada uno de los niños tiene su libreta con sus tareas en el salón o la que se les deja para que realicen en casa, el maestro se sienta delante del niño y le muestra la libreta con el dibujo de un árbol ya coloreado, éste le pregunta al niño que dibujo es, a lo que el niño responde “un árbol”, de que color es, el niño responde “verde”, después se le da la libreta para que el niño dibuje el árbol y lo coloree sólo; a otro niño se le muestra su libreta con el dibujo de un triangulo de color rojo y realiza el mismo procedimiento que con el otro niño, realizan las actividades solos y con el apoyo del maestro.

Todas estas actividades se realizan no solo con la finalidad de que aprenda a utilizar el crayón si no para que también aprenda a utilizar su pinza digital (el dedo índice con el pulgar), ya que le sirve para realizar actividades motrices finas como abotonarse la camisa o blusa, para subirse el cierre, entre otras actividades. Otra actividad que realiza el maestro dentro del aula es que en un papel bond pega varias tarjetas con fotos de diferentes animales y otras con las mismas fotos individuales con velcro para que cuando el niño identifique la foto del animal lo pegue debajo de esta y ya dice el nombre del animal que es; esta actividad les gusta mucho ya que se les facilita el aprendizaje visual.

Formas de aprendizaje. Todos los niños aprenden de diferentes formas, unos más rápido que otros, cuando un niño se equivoca en la actividad que esta realizando hay que decirle que no pasa nada, para que no se angustie y pueda terminar la actividad. Cuando los niños inicien una actividad y ésta tiene un fin hay que enseñarles que la terminen porque si no tomarán otro juego y todo lo dejarán a la mitad.

A veces los niños no se pueden concentrar cuando van a iniciar una actividad, el maestro les deja que tomen cualquier juego que les guste; por ejemplo un juego de destreza, después de jugar se relajan y se concentran más fácil en la actividad que van a realizar.

También se les enseña a realizar manualidades como cocer, hilar cuentas, pegar coditos en un traste, etc., durante la clase una niña al terminar de pegar los coditos en el traste dejó todo en su lugar e incluso volvió a verter el resistol que le sobro al recipiente, este hecho es importante comenta el maestro porque hay otros niños que no toman o no tienen la iniciativa y dejan tirado el material que utilizan.

El maestro trabaja el significado de igual con la única niña que hay en el salón y la que va más avanzada, le muestra el dibujo de una manzana, de una paleta y de un chile; se le pregunta que dibujo es cada uno y después de que responde los dibuja en su libreta, ella voltea a ver los dibujos que el maestro hizo para ver si los estaba dibujando igual, ya cuando terminó pudo tomar el material que más le agrada. La niña sabe leer y saldrá dos horas al día del salón porque realizará otras actividades generales de la escuela, como barrer, lavar el baño, levantar la basura, etc.

Se les hablo y enseñó a respetar las cosas y a las personas, porque antes el maestro no podía tener nada pegado en la pared del salón por que se lo quitaban, y ahora ya no.

El maestro sienta adelante a los niños que son más tolerantes al trabajo y atrás a los que todavía no se adaptan.

El maestro les enseña a realizar acciones que son muy comunes: **actividades de la vida diaria**, a la hora del desayuno todos permanecen sentados y si tienen que preparar la bebida lo hacen solos o con ayuda del maestro, a uno de los niños le gusta la limonada y tiene que partir los limones, cosa que ya sabe hacer; solo que cuando terminaba de utilizarlo se lo pasaba por

la boca y corría el riesgo de cortarse, el maestro siempre le ordenaba que guardara el cuchillo y con el tiempo ya no se lo volvió a pasar por la boca.

También les enseña a utilizar el microondas, la niña ya sabe utilizarlo y ahí prepara su bebida, a otro niño el maestro lo ayuda a preparar su vida bebida en la licuadora; y a otro de los niños le enseña a no hacer pedacitos su comida en este caso unas empanadas que le dieron para desayunar, el maestro se sienta frente a él y lo hace que le de varias mordidas a la empanada y a veces hasta da unas demás, ya cuando logra que el niño lo imite deja que haga pedacitos lo que le quedó de empanada; al igual que le está enseñando a utilizar la servilleta para limpiarse las manos y la boca.

Después del desayuno el maestro deja que los niños realicen los movimientos estereotipados que ellos realizan ya que dice que a un niño autista no se le puede privar de tanta satisfacción en el día. El maestro también tiene que saber diferenciar entre cuando es una necesidad como: ir al baño, y cuando no.

La conducta de los niños dentro del salón puede ser diferente de cada uno ya que hay niños que ya se adaptaron y hay otros que no; cuando el maestro esta trabajando con cualquiera de los niños, los demás se encuentran sentados en su lugar jugando con el material que más les guste, ya sea con un rompecabezas, con tarjetas asociativas, o jugando con un bote de plastilina, etc., o simplemente sentados emitiendo algún sonido como silbar, riéndose, cantando, golpeando la mesa.

Cuando el maestro sale del salón se queda encargada otra maestra de los niños e igual permanecen sentados en sus lugares, en el aula tienen una colchoneta de ejercicios y también tienen algunas almohadas; dos de los niños se acostaron un rato sobre la colchoneta y ahí estaban acostaditos los dos a veces se abrazaban o se hacían cosquillas, luego se quedaban quietos; uno de los niños que aún no se adapta muy bien se levanta de su silla y da vueltas por el salón o se quiere salir.

Cuando llega la hora del recreo todos tienen que salir ningún niño debe quedar dentro del salón, ya cuando están afuera unos se van a jugar a los columpios, la resbaladilla, al sube y baja, al pasamanos o dentro de un castillo de juguete; o simplemente sentados en el pasto observando hacia el cielo o agarrando el pasto, o sin hacer nada.

Los niños autistas presentan crisis ya sea por modificación de su ambiente o por otras causas; la conducta agresiva se manifiesta con las otras personas o con ellos mismos. Cuando los niños tienen una crisis, es más que una crisis, es una demanda; cuando lloran o gritan es porque no comprenden lo que pasa.

La intervención de los padres. Otro de los obstáculos que se presentan es cuando los padres no apoyan al maestro y no lo apoyan al niño, ya que su apoyo es muy importante tanto para el niño como para el maestro y este no consta en hacerle la tarea al niño sino siendo muy pacientes con él y ayudándole a que lo realice por si mismo. Cuando no hay avances en una misma actividad que se ha venido realizando durante mucho tiempo, ya que se frustra el maestro como el niño. La distracción del niño con cualquier sonido que incluso nosotros no nos percatamos de ello, observar fijamente hacia la puerta, o hacia el ventilador, contar los ladrillos que hay en la pared.

La conducta del niño también puede ser un obstáculo en su formación, anteriormente se hablaba de su agresividad, los niños que ya están más adaptados no se presentan agresivos, los que no están adaptados suelen ser agresivos con sus maestros y con sus compañeros de salón; se complica el trabajo del maestro cuando quiere iniciar trabajando con el niño sino puede controlar su conducta dentro del salón, y es que no se les puede regañar cuando se comportan de forma agresiva, porque no se está trabajando con un niño “normal”, se les tiene que hablar fuerte y sin miedo.

Sin duda el trabajo del maestro es muy importante el cual tiene que estar lleno de perseverancia, amor, comprensión y sobre todo lleno de mucha paciencia hacia el niño.

El aprendizaje de los niños autistas. Los logros de los niños autistas es que pueden aprender, ponen atención a lo que se les dice, que miren al maestro cuando les está hablando, ya no con la mirada perdida, sino focalizada, que aprenden a leer, que aunque no hablen si dicen muchas cosas, como cuando el maestro les pregunta algo y el niño contesta o dice el nombre de algún animal o figura, está hablando; hay mayor comunicación, cuando no sufren una crisis al momento de modificarles su ambiente, por ejemplo: una persona ajena en su salón de clases, cuando se integran con sus demás compañeros, hay una mayor socialización; que aprenden a valerse por si mismos, se preparan sus bebidas preferidas utilizando una licuadora, un microondas, un cuchillo, una cafetera, etc., van al baño solos, cuando se visten y se desvisten, ir a la tienda, saber dar cambio, hacer el quehacer como barrer, recoger la basura, cosas que para nosotros puede resultar insignificante o fácil de hacer pero que para ellos es un gran logro y, que significa mayor independencia en su vida.

Conclusión

Con la presente tesis “La Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro Autista”, se abordó una de las problemáticas que se presentan en el contexto educativo, que no es muy común pero es necesario su estudio.

Este es el autismo, un trastorno poco frecuente del desarrollo; se caracteriza por la incapacidad de sociabilidad y ausencia de lenguaje, comunicación con sus iguales o adultos. Y el cual se dice que los niños que sufren de este trastorno presentan retraso mental, al igual que por la ausencia de lenguaje le afecta para que puedan aprender. Pero en la investigación realizada existen diversas experiencias que muestran que los niños autistas que son inteligentes.

Por lo que esta investigación se planteó como objeto de estudio conocer de qué manera puede intervenir el pedagogo en la atención a niños con espectro autista, al igual que, conocer las posibilidades que tienen los niños con espectro autista de aprender.

Por todo lo revisado anteriormente, concluyo que al ser humano no se le debe subestimar sus capacidades cognitivas, ya que no importando la situación que prevalezca en él, las posibilidades de aprender siempre son esperanzadoras, por lo que el determinismo biológico que se ha sustentado por muchos siglos, sólo crea desesperanza y nulas expectativas hacia los que padecen un daño orgánico.

Recomendaciones:

Las recomendaciones que surgen de la presente investigación son las siguientes:

Es importante dotar de información a terapeutas, educadores, pedagogos y todos los que estén involucrados con algún tipo de intervención profesional con el trastorno del espectro autista, ya que ayudaría para saber la forma más adecuada y oportuna de abordar dicho trastorno, sin caer en misticismos y seudométodos de abordaje.

Para enriquecer el perfil de los estudiantes de la Universidad de Sotavento, en la Licenciatura en pedagogía, se propone que consideren relevante el estudio de los TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo) dentro de ellos el autismo infantil, así como el TEA (Trastorno de Espectro Autista); como un complemento teórico fundamental en la formación del pedagogo, que ayudaría a este en su intervención profesional en la atención a niños con espectro autista. Ya que no estamos lejos de encontrar en nuestra labor educativa en las aulas a niños con capacidades diferentes, que requieren de una atención con profesionalismo y una metodología de trabajo eficaz, para abordar a cada niño de acuerdo a su diagnóstico y necesidades.

Glosario de términos

Ácido Lisérgico:- Alucinógeno que produce alteraciones caracterizadas por alucinaciones visuales, ensueños, ansiedad y liberación de tendencias agresivas o paranoides, conocido como LSD (dietilamina del ácido lisérgico). Puede desencadenar sintomatología en enfermos esquizofrénicos.

Amígdala cerebral:- Cada una de las dos estructuras nerviosas de forma almendrada pertenecientes al sistema límbico y vinculadas a la emoción y la motivación.

Cerebelo:- Estructura nerviosa situada en la parte posterior del bulbo y del tronco cerebral. Regula las funciones motoras, coordinando los movimientos voluntarios, pero también interviene en el aprendizaje y la memoria. Cuando sufre algún daño por lesión o enfermedad, se producen síntomas como la pérdida del tono muscular, constantes caídas, andar vacilante y movimientos bruscos y exagerados.

CIE- 10:- Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Contiene 21 secciones, una de las cuales corresponde a la de los trastornos mentales y su clasificación diagnóstica. Incluye un código alfanumérico significativo para cada nivel, compuesto por una letra y varios dígitos.

Corteza Cerebral:- Una estructura rugosa formada por millones de neuronas, que constituye el órgano central de la percepción, el pensamiento, la conciencia, la planificación y la decisión.

Cromosoma:- Cuerpo filamentosos independiente contenido dentro del núcleo celular de los seres vivos. Los cromosomas que están constituidos por nucleoproteínas (DNA, RNA) son los transmisores de los caracteres hereditarios (genes). Los cromosomas sexuales tienen como función determinar el sexo; se les denomina X e Y.

Cuerpo Caloso:- Amplia banda de fibras nerviosas que conecta los dos hemisferios cerebrales.

Dopamina:- Sustancia de la familia de las catecolaminas que actúa como neurotransmisor a nivel del sistema nervioso. Su papel es esencial en la actividad

positiva y, por lo tanto, en la motivación. Es necesaria para el equilibrio nervioso y muscular y su destrucción o inactivación origina la enfermedad del Parkinson.

DSM-IV:- Cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1994.

Ecolalia:- Repetición en eco, de forma automática, de las palabras o frases de otra persona. Aparece en la esquizofrenia.

Electroencefalograma:- Registro ampliado de las ondas de actividad eléctrica de la corteza cerebral que se realiza mediante la colocación de 16 electrodos en posiciones estandarizadas del cráneo.

Endógeno:- Que surge del interior del sujeto. En psicopatología, término tradicional que indica un origen orgánico establecido.

Estereotipia:- Movimiento reiterativo, no dirigido, que se realiza de forma constante. Incluye acciones como el frotar, rascar, tocar y dar palmadas en varias partes del cuerpo, sobre todo en la cara, desviar la cabeza cuando se le habla al sujeto, levantarse y sentarse repetidamente de la silla, etc. Las estereotipias simples son consecuencia de una alteración de las funciones superiores y aparecen en los cuadros demenciales y en el retraso mental. Las estereotipias complejas combinan diversos movimientos en secuencias rítmicas y son propias de la esquizofrenia.

Gen:- Unidad bioquímica de la herencia formada por los cromosomas.

Heredabilidad:- Concepto que indica la posibilidad de heredar diversas características de los progenitores (inteligencia, emotividad o patologías).

Hipocampo:- estructura del sistema límbico que representa un papel fundamental en la organización de la memoria. Interviene en el procesamiento gradual del recuerdo explícito de los nombres, las imágenes y los hechos incorporados en la memoria a largo plazo.

Insight:- Término inglés que significa literalmente <<mirar hacia dentro>> y se usa en psicología para designar la conciencia y la comprensión de la propia dinámica y de los síntomas de conducta inadaptada. El insight es necesario para realizar cambios de la personalidad y la conducta de una persona.

Lateralización:- Referente a la predominancia lateral en cuanto a la estructura y función de los órganos duplicados. Especialmente evidente en las extremidades inferiores y superiores que distinguen entre personas zurdas (predominancia de los miembros izquierdos), diestras (predominancia de los miembros derechos) y

ambidextras (no existe dominancia). La lateralidad se presenta en otras funciones como la vista, el oído o los órganos internos.

Lóbulo Frontal:- Está situado detrás de la frente, por delante de las dos fisuras, y controla el movimiento fino de varias partes del cuerpo mediante una zona denominada área motora primaria.

Lóbulo Prefrontal:- Es la zona clave del autocontrol y coordina la conexión entre el tálamo y el neocórtex. En el lóbulo prefrontal izquierdo se regulan las emociones desagradables y en el derecho los sentimientos negativos.

Lóbulo Temporal:- Los lóbulos temporales, que se localizan exactamente encima de las orejas, contienen el área de percepción auditiva.

Manierismo:- Exageración, extravagancia o idiosincrasia de la postura y el movimiento expresivo. Engloba una serie de comportamientos psicomotores inusuales, menos persistentes que las estereotipias y más acordes con las características de la personalidad.

Mutismo:- Imposibilidad de articular una palabra y hasta de emitir un sonido laríngeo, con persistencia de una mímica inteligente y de la escritura. Según algunos autores difiere de mudez, que significa falta del desarrollo del lenguaje, generalmente asociada con la sordera, mientras que el mutismo está relacionado con diversos elementos psicopatológicos.

Neologismo:- En psiquiatría, palabra o combinación de diferentes palabras nuevas, acuñada por enfermos esquizofrénicos para expresar una idea muy difícil de entender por otras personas. Es un síntoma excepcionalmente raro.

Neurona:- Célula nerviosa, unidad elemental y básica del sistema nervioso. El cerebro humano contiene más de cincuenta billones de neuronas. Reciben diferentes nombres según el lugar en que se orientan y según su especialización.

Neurotransmisores:- Mensajeros químicos liberados por las terminales del axón neuronal en el espacio sináptico, donde se unen a los puntos de recepción de la neurona receptora, acoplándose al receptor, lo cual permite que los iones (átomos cargados eléctricamente) penetren en la neurona receptora, excitándola o inhibiéndola. Los neurotransmisores más conocidos son la acetilcolina, las endorfinas y las catecolaminas.

Opiáceos:- Grupo de sustancias, tanto de origen natural, como el opio y la morfina, como semisintéticas (heroína) o totalmente sintéticas (metadona), que tienen como característica común la de acoplarse a unos receptores específicos

del sistema nervioso central, denominados receptores opiáceos. Forman parte de las sustancias adictivas.

Péptidos:- Moléculas neurotransmisoras, entre las que se incluyen las morfina opiáceas endógenas, también llamadas endorfinas, la somatostatina, localizada fundamentalmente en el hipotálamo, factor muy importante en la generación de la hormona del crecimiento que secreta la vecina glándula hipófisis. Además, facilita la transmisión de dopamina entre las neuronas cerebrales.

Psicógeno:- Desarrollo de naturaleza psíquica de un comportamiento, de una conducta, de un trastorno mental e incluso de un trastorno orgánico. Equivale a funcional en medicina psicosomática.

Psicopatía:- Término tradicional que indica un trastorno de personalidad distinguido por la impulsividad, la irresponsabilidad en las tareas cotidianas, la búsqueda constante de sensaciones, la frialdad emocional y el quebramiento de las normas sociales. Hoy en día ha sido sustituido por la expresión personalidad antisocial.

Psicopatología:- Ciencia que estudia los trastornos de la vida psíquica (o, dicho de otro modo, de la conducta significativa) de los individuos. La psicopatología constituye la base de la psiquiatría y de la psicología clínica.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN):- Técnica que utiliza campos magnéticos y ondas radiales para obtener imágenes generadas por un ordenador, que distingue entre distintos tipos de tejidos blandos. Esta técnica permite observar las estructuras del interior del cerebro.

Síndrome:- Conjunto de síntomas y signos que, simultáneamente, se repiten en cierto número de enfermedades y son comunes a un grupo patológico determinado.

Sistema límbico:- Conjunto de órganos situado en el límite o <<limbo>> del tronco cerebral y los hemisferios cerebrales. Tiene forma semicircular y recibe también el nombre de diencefalo. Entre sus componentes destacan las amígdalas cerebrales, el hipocampo y el hipotálamo. El sistema límbico tiene una influencia extrema en la regulación de las emociones y de las motivaciones básicas.

Sistema Nervioso Central:- Incluye todas las neuronas del cerebro y la médula espinal.

Triptófano:- Aminoácido (ácido orgánico integrante de las proteínas) precursor de la serotonina, presente en alimentos con elevado componente de hidratos de carbono (pan, patatas, leche y pastas).

Tronco Cerebral:- Núcleo central del cerebro, que comienza donde la médula espinal se ensancha (bulbo raquídeo) y se interna en el cráneo; es la parte más antigua del cerebro y la responsable de las funciones automáticas mediante centros de control del latido cardíaco y la respiración. En el tronco se encuentran también el punto donde se cruzan la mayoría de los nervios que conectan ambos lados del cerebro.

Bibliografía

1. Arancibia C. Violeta y cols. Psicología de la Educación. 2ª. Edición 1999. Alfaomega. Grupo Editor.
2. B. Mesibov, Gary. Shea, Victoria. Comprensión teórica a la práctica educativa. Plenum Publishing. Corp.
3. C. Gerald, Davison. M. Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Segunda Edición. Editorial Limusa Wiley.
4. Congreso Autismo. Memorias. México 2008.
5. Diccionario de Pedagogía y Psicología. Edición 2000. Cultural, S. A.
6. Farré Martí, Josep María y cols. Enciclopedia de la Psicología. Editorial Oceano.
7. G. Sarason, Irwin. G. Sarason, Bárbara. Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. Editorial Trillas.
8. Garza. Rosa María. Aprender como aprender. Editorial Trillas.
9. H. Barlow, David. Mark Durand, V. Psicología Anormal. Un enfoque integral. Segunda Edición. Thomson Learning.
10. Hernández, Sampieri y cols. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Editorial McGraw-Hill.
11. Horrocks, John E. Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas. Novena reimpresión 2006.
12. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004.
13. J. Gregory, Robert. Evaluación Psicológica. Historia y principios y aplicaciones. Manual moderno.
14. Paluszny, María. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. Editorial Trillas.
15. Riviére, Ángel. Autismo orientaciones para la intervención educativa. Edit. TROTTA, S. A. 2001.
16. Riviére, Ángel. Martos, Juan. El Tratamiento del Autismo. Nuevas Perspectivas. Edit. IMSERSO 2001.
17. www.chicosconautismo.com.ar

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO CUESTIONARIO: EL NIÑO CON ESPECTRO AUTISTA.

Este cuestionario es con la finalidad de obtener información de los profesores que atienden a los niños con espectro autista, que será tratada de manera confidencial, y los resultados serán una fuente importante para la investigación: “La Intervención del Pedagogo en la Atención a los Niños con Espectro Autista”.

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su experiencia personal en el trabajo con niños con espectro autista.

- 1.- ¿Trastorno, síndrome y espectro autista es lo mismo? ¿Por qué?
- 2.- ¿TGD y TEA son lo mismo?
- 3.- ¿Qué quiere decir que el TEA es un “continuo” y no una categoría?
- 4.- ¿Qué significa espectro?
- 5.- ¿Los niños con espectro autista aprenden?
- 6.- ¿Cómo aprenden?
- 7.- ¿Logran contacto con la realidad?
- 8.- ¿Cuándo lo logran?
- 9.- ¿Cuáles son los logros del niño autista al concluir su atención en el CAM #22 “Autismo”?
- 10.- ¿Qué avances significativos puede lograr una persona con espectro autista, en su etapa adulta?

Firma del profesor

ANEXO 2.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin de obtener información de los profesores que atienden a los niños con espectro autista y de acuerdo a su experiencia laboral, se elaboró un cuestionario de diez preguntas abiertas para cada maestro y una escala de observación del niño con espectro autista para un maestro en particular por cada niño que tiene a su cargo en el aula. Los cuestionarios se le proporcionaron en el mes de junio del año 2009, se les dejaron los cuestionarios para que los pudieran contestar en un tiempo adecuado para ellos. Cuando le avise al maestro que iría a dejarle los cuestionarios unos días antes, me dijo que fuera cualquier día de la semana; fui un día de la semana y el maestro no se encontraba en la escuela, en su salón de clases estaba otra maestra a cargo del grupo, la maestra me dijo que le dejara los cuestionarios y que ella se le haría entrega al maestro al día siguiente.

Por dificultades en mi empleo, no pude salir en el turno de la mañana a buscar los cuestionarios, por lo que una persona me hizo el favor de ir a recogerlos, hablando anticipadamente con el maestro, quien estuvo de acuerdo en entregárselos.

Pero los maestros no habían contestado aún los cuestionarios. Los iba a buscar cuando me decía el maestro que podía pasar por ellos, pero a veces no se encontraba o me informaban que acababa de salir. En otras ocasiones no había clases, o me decía que las maestras todavía no los habían contestado. Así se prolongó el tiempo de espera, hasta que al ir a buscarlos nuevamente el maestro me dijo que la verdad los había extraviado, por lo que sentía pena por todas las veces que me hizo ir, los perdieron por que supuestamente la escuela se iba a cambiar de dirección y se traspapelaron.

Se les volvió a proporcionar otro juego de cuestionarios para cada maestro en el mes de enero del año en curso y desde esa fecha hasta el mes de marzo, todavía no lo contestan las maestras, porque no manejan suficientes aspectos teóricos, en relación a algunas preguntas, porque no han tenido tiempo, o por que tuvieron una actividad durante el día, y en todo ese tiempo no le dedicaron un momento para responder los cuestionarios. Solamente un maestro respondió el cuestionario y una escala de observación del niño con espectro autista, aunque le faltaron varios reactivos por responder.

La falta de disponibilidad de los maestros para responder un cuestionario no permitió obtener información de los dominios que ellos tienen sobre el referente teórico, sus experiencias y las estrategias que utilizan para que los niños autistas logren avances en su desarrollo personal, en actividades de la vida diaria, en su socialización y en el aprendizaje, deja en entre dicho la labor que los docentes de esta escuela realizan, aun cuando estos sean amables con los estudiantes que llegan a realizar observaciones o servicio social, no tienen el compromiso para abundar en la información que se requiere para una investigación. Por lo que la información obtenida para la presente investigación fue a través de la investigación documental y de los registros que se realizaron en las observaciones de cada visita al CAM 22.

ANEXO 3

ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO CON ESPECTRO AUTISTA

Tipo de cuestionario: Registro de Evaluación.

Dirigido a: Prof. Jorge Arturo Uc

Ceballos

Número de alumnos: 5 alumnos

Edad: 11-13 a 16 años.

Finalidad:

1.- Conocer si los niños autistas aprenden.

2.- Conocer como interviene el pedagogo en los niños con espectro autista.

Nombre: _____

Instrucciones: Marque con una (x) el nivel con el que se relaciona cada niño con respecto a sus logros en el desarrollo adaptativo y social.

1= Nunca

2= Algunas veces

3= Indiferente (no se identifica, no se observa)

4= Con frecuencia

5= Siempre

INDEPENDENCIA PERSONAL Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	1	2	3	4	5
ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS EN LA MESA					
1.- Utiliza los dedos para comer (llevarse la comida a la boca)					
2.-Toma una taza y bebe sin ayuda y sin derramar líquidos.					
3.- Come sin ayuda (cuando le dan el plato con comida y cuchara)					
4.-Utiliza el tenedor sin dificultad (La comida puede estar cortada o preparada)					
5.- Es capaz de servirse una bebida de la jarra, llave, envase					
6.-Usa el tenedor y cuchillo sin dificultad (untar)					
7.-Usa el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes, cortar fruta, pan					
8.-Usa el cuchillo para pelar frutas o cortar rebanadas de pan					
9.-Se atiende solo en la mesa sin dificultad. Ej. Se sirve cantidades normales de comida					
10.-Se sirve con habilidad líquidos: Café, Té, Leche, Refrescos...					
11.-Sus modales en la mesa son plenamente aceptables					
12.-Se conduce adecuadamente en un restaurante					
Suma					
HIGIENE Y ASEO PERSONAL	1	2	3	4	5
1.-Tiene control diurno de su vejiga yendo seguido al baño					
2.-Esta entrenado con el uso del baño con accidentes ocasionales					
3.-Realiza todos los preparativos necesarios para bañarse					
4.-SE asea la cara y cepilla los dientes sin que se le recuerde o ayude					
5.-Se corta y lima las uñas de manos y pies sin ayuda					
6.-Se afeita regularmente sin ayuda y cuidando los elementos necesarios					

(Hombre). Cuida su higiene personal: Menstruación y elimina desechos adecuadamente (Mujer)					
7.-Va regularmente a la peluquería por propia iniciativa					
8.-Se baña regularmente por iniciativa (reúne todo lo necesario y se lava)					
Suma					
VESTIDO Y CUIDADO DE ROPAS					
1.-Cierra sus ropas: Botones, Cierres, Hebillas, Etc.					
2.-Se pone prendas comunes (Encontrar y ponerse las prendas)					
3.-Ata los cordones de sus zapatos					
4.-Elige su ropa de acuerdo al estado del tiempo y estaciones del año					
Suma					
COMUNICACIÓN					
COMPRENSIÓN Y USO DEL LENGUAJE					
1.-Obedece ordenes sencillas (No deben acompañarse de gestos)					
2.-Entiende ordenes que contengan referencias de ubicación espacial: Detrás, Sobre, Dentro, Arriba (No acompañarse de gestos)					
3.-Puede ejecutar órdenes triples: Ej. Pon este... Luego y Después					
4.-Puede entender instrucciones que indiquen orientación: Arriba a la izquierda, Abajo a la derecha					
Suma					
	1	2	3	4	5
DISCRIMINACIÓN					
1.-Puede aparear por color (Clasificación)					
2.-Diferencia entre corto, largo, grande, chico, grueso, fino...(Clasificación y Seriación)					
3.-Distingue 4 colores sin error: rojo, amarillo, azul y verde					
4.-Reconoce derecha o izquierda en su propio cuerpo: Ej. Muestra mano derecha					
5.-Sabe los 7 días de la semana y asocia algunos acontecimientos rutinarios: Ej. Lunes, hay homenaje					
6.-Comprende diferencias entre días, semanas, minutos, hora, mes, año (Temporalidad)					
7.-Conoce la hora y los minutos: Asocia la hora con distintas acciones					
Suma					
ESCRITURA Y LECTURA					
1.-Toma el lápiz e imita trazos verticales y circulares (Motricidad)					
2.-Puede trazar círculos (Que sea aproximadamente redondo) 3 intentos					
3.-Dibuja hombre (Silueta) solo con piernas y cabeza					
4.-Dibuja "hombres" y cosas reconocibles (Fig. Humana y vestidos, botones...)					

5.-Escribe su nombre y apellido (Puede ser copiado) reconoce su nombre dentro de otros impresos					
6.-Escribe su nombre (Sin darse copia)					
7.-Lee impresos sencillos: Etiquetas, programas de TV (Descifra, silabea...)					
8.-"Lee" instrucciones sencillas: Reconocer y pronunciar (Estrategias de Lectura)					
9.-Lee materiales accesibles a niños (Entre 3° y 4° grado)					
Suma					
	1	2	3	4	5
TIEMPO Y MEDIDAS					
1.-Entiende los equivalentes de horas. Ej. 9:15 es igual a nueve y cuarto					
2.-Es capaz de calcular intervalos de tiempo entre 2 horas dadas. Ej. Si la película empieza a las 7:00 y termina a las 9:30 ¿Cuánto tiempo dura? 2 Planteamientos					
3.-Es capaz de utilizar reglas y cintas métricas (m, cm) Medir distancias					
Suma					
Puntuación Total					
	1	2	3	4	5
SOCIALIZACIÓN E INFORMACIÓN DEL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL					
1.-Trae y lleva lo que le solicitan					
2.-A veces "espera su turno" y puede participar (Juegos o practicas)					
Suma					
JUEGOS					
1.-Espera su turno, puede participar por sugerencias del adulto					
2.-Juega cooperativamente con otros (Participa en sencillos juegos grupales)					
3.-Canta y baila siguiendo la música, pone discos o cassetes (Muestra apreciación hacia el ritmo y melodía)					
4.-Participa en sencillos juegos de mesa esperando turno y respetando reglas					
5.-Interviene en juegos sencillos de pelota con otros (Pasarla, patearla)					
6.-Participa en juegos grupales reglados					
Suma					
	1	2	3	4	5
ACTIVIDADES HOGAREÑAS					
1.-Ayuda en tareas domésticas. Se observa la voluntad para ayudar					
2.-Asume pequeñas responsabilidades (Barrer, sacudir...sin que se le ayude)					
3.-Realiza tareas sencillas sin supervisión					
Suma					
Puntuación Total					
	1	2	3	4	5

OCUPACIÓN					
HABILIDAD MANUAL					
1.-Ensarta cuentas grandes y cordón de zapatos en un extremo					
2.-Desatornilla tuercas o desenrosca tapas (Realizar movimientos giratorios con dedos)					
3.-Vierte agua de una taza a otra					
4.-Corta papeles usando la tijera (No se exige una línea específica)					
Suma					
CONTROL MOTOR: COORDINACIÓN DINÁMICA GENERAL					
1.-Puede saltar con ambos pies utilizando una soga o lía (3 ocasiones)					
2.-Los niños utilizan correctamente el martillo. Las niñas empiezan a coser con precisión					
3.-Puede tirar la pelota con el pie derecho a un metro de distancia y dar en el blanco (Por lo menos 2 veces de 4 intentos)					
4.-Utiliza el juego mostrándose seguro (Aplicar su habilidad física)					
5.-Utiliza artefactos del hogar, herramientas del jardín...y sabe usarlos sin supervisión					
6.-Se para con la punta de los pies y se inclina hacia adelante (Equilibrio)					
7.-Puede permanecer en cuclillas apoyado en la punta de los pies					
8.-Puede cortar figuras con precisión en diferentes materiales					
Suma					
	1	2	3	4	5
ACTIVIDADES MANUALES					
1.-Su destreza manual es bastante buena (Calca o cose, clava, atornilla o lija)					
2.-Puede realizar tareas sencillas a parte de las rutinarias (Regar jardín, doblar ropa...)					
3.-Puede realizar en forma completa tareas sencillas que demandan mayor tiempo (Persevere y termine) Ej. Cortar césped, encerar, lustrar zapatos					
4.-Realizar tareas que implican varias fases (Con supervisión) pintar, hornear					
5.-Puede realizar varias tareas útiles y complejas (Tarea aceptable)					
Suma					
Puntuación Total					

FIRMA DEL PROFESOR

ANEXO 4.

Observaciones

CAM 22 Autismo

27 de Marzo de 009.

Mtro. Jorge Arturo Ceballos.

Salón con 8 niños

Edades de 12-13 a 16 años

Manuales que utiliza:

- 1.- Actividades de Aprendizaje para Niños Autistas y Niños con Déficit de Atención. (Tareas individualizadas y tratamiento para niños autistas y con otros trastornos del desarrollo).
- 2.- Método TEACCH. (Trabajo pedagógico).
- 3.- Método Loovas. (Trabajo individualizado y decrementación de conductas inapropiadas).

El maestro trabaja individualmente con cada alumno, hoy trabajó con dos niños, Humberto y Karla.

A las 9:30 desayunan. A la hora del desayuno el maestro Jorge enseña y ayuda a uno de los niños a preparar su bebida (la que más le guste) utilizando la licuadora, también les enseña a utilizar el cuchillo.

Karla ya sabe utilizar el horno de microondas, a Humberto le está enseñando a prepararse su bebida y que cuando se sienta a comer no haga pedacitos la comida, hoy por ejemplo el niño trajo empanadas; el maestro se sienta frente a él y lo enseña a que de 2 o 3 mordidas a su empanada a veces hasta da más mordidas de las que el maestro le dice y ya cuando el maestro logró lo que quería, deja que el niño haga pedacitos lo que le queda de sus empanadas, también le enseña a utilizar la servilleta para que se limpie las manos y la boca.

El maestro Jorge utiliza un calendario de papel bond donde les enseña los días que deben quedarse en casa. A los días de escuela les dibuja un sol, y los días que no hay clases como sábado y domingo u otro día les pone una casita; me explicó que maneja así el calendario porque por ejemplo Karla se levanta en la mañana y se viste con el uniforme y a fuerzas quiere venir a la escuela pero no debe porque es sábado o domingo y no es día de clases, por eso cuando ella ve el dibujo de la casa en el calendario de su salón sabe que al día siguiente no debe alistarse para venir a la escuela.

El maestro se sienta delante de cada niño hoy a Karla le puso una libreta en su mesa con el dibujo de un árbol que estaba coloreado y le preguntó que ¿Qué es? Ella le contestó que un árbol y le dijo que es de color verde, luego ella dibujó un árbol y lo coloreó.

A Humberto en la libreta le dibujó un triángulo, el maestro le dijo que la figura es un triángulo y que es de color rojo, luego le pregunta al niño que dibujo es y de que color es, Humberto le respondió

que es un triángulo de color rojo; el maestro le pidió que lo coloreara de arriba hacia abajo, el niño lo coloreó aunque no de arriba hacia abajo pero logró colorear el triángulo. Y ya que hacen bien la actividad los deja que tomen el material que más les guste.

El maestro me comentó que lo hace no solo con la finalidad de que aprendan a utilizar el crayón sino también para que aprendan a utilizar su pinza digital. La pinza digital le sirve para muchas cosas como para: abotonarse la camisa, para subirse el cierre y para otras actividades.

Cuando Humberto no hacía bien el colorear de arriba hacia abajo como le decía el maestro, él lo tomaba de la mano y lo ayudaba a colorear.

Y para que él pudiera acercarse al niño tanto como para tomarle de la mano dice que fue un trabajo de sombra de 2 o 3 meses, y para hablarle o acercarse de frente.

A Karla y a Humberto no les incomoda mi presencia, la niña como si no estuviera y el niño en un tiempo se me acercó cuando yo estaba escribiendo me dio su servilleta y se fue; a este niño le gusta mucho la música y los sonidos le distraen mucho.

30 de Marzo de 2009.

Edades de 6-9.

Los maestros trabajan con tarjetas por asociación, y con agenda visual: hora, día, nombre, actividad.

Características: crisis de llanto o risas al modificarle su ambiente, por ejemplo mi visita; la niña Naye estaba jugando con un rompecabezas cuando yo entré al salón y como a los 5 o 10 min. empezó a llorar y entre ratos se reía, se puso así debido a mi presencia.

La maestra dice que son visuales, que a un niño autista se le puede entrar más por la vista.

Trabajan con material didáctico. Utilizan un calendario con el mes, la fecha, la estación, hoy, ayer, mañana, clima, eventos.

Hablarles a los niños como es, sin tener errores porque los niños lo aprenden tal y como uno les dice las cosas.

Atención individualizada, no hay que hablarles mucho. Especificar las actividades como: siéntate, levanta los juguetes, lávate las manos; no hablarles mucho porque si al caso te escucharon la primera y la última palabra.

Todos aprenden diferente, y unos más rápido que otros. Hoy por ejemplo a Naye le incomoda mi presencia, la maestra me dijo que ella tenía que hablarle antes y explicarle que iba a llegar una visita al salón de clases y que no le va a pasar nada, que la visita no le va a hacer daño, para que no tuviera la crisis que tuvo hoy. Me comentó también que hay niños que agreden a otras personas o se agreden a ellos mismos; en el salón hay un niño que primero la agredía a ella o después agredía a uno de sus compañeros; la maestra me dijo que no es tanto que tengamos que

regañarlo porque no es lo mismo que cualquier otro niño, sino que hay que darles una orden hablándoles fuerte y sin miedo porque ellos pueden percibir si le tienes miedo aunque les hables fuerte.

La agenda visual utilizan una por cada niño según sean las actividades que la maestra tenga planeadas para ese día, por ejemplo: hora: 9:30 a 10:00, día: lunes, nombre: Naye, actividad: leer ó saludo, cepillarse los dientes, desayunar, lavarse las manos, colorear.

23 de abril de 2009

Hay 5 niños en el salón: Karla, José, Christian, Humberto y Brian.

El maestro trabaja individualmente con ellos, primero inicio con Humberto, tenía que colorear unas zanahorias 3 las hizo él solo y las otras 3 con intervención del maestro, al inicio de la actividad el niño pone un poco de resistencia y luego se logra concentrar y realiza la actividad, el maestro dice que cuando se equivoca hay que decirle que no pasa nada para que no se angustie y pueda terminar la actividad, al lograr terminarla Humberto puede tomar el juego que el quiera.

Luego con Christian le costó un poco más concentrarse ya que estaba inquieto por que su mamá estaba en otro salón realizando una actividad. El maestro inicio primero con un juego de destreza, Christian logro concentrarse y pudo terminar la actividad. El maestro comenta que cuando ellos inicien una actividad y esa tiene un fin hay que enseñarles que la terminen, porque sino tomaran otro juego y todos los dejaran a la mitad. El niño termino de colorear igual 3 zanahorias él solo y otras 3 con ayuda.

Christian estaba muy inquieto por la presencia de su mamá, se levantaba de la silla y daba vueltas en el salón. También al iniciar la actividad empieza a cantar y eso no se le puede permitir porque no se concentra en lo que esta o va a realizar.

Mientras el maestro trabaja con uno de los niños, los demás realizan otra actividad o juegan con el material, Karla se encontraba pegando coditos en un traste y lo hacia con mucho cuidado, cuando termino dejo todo en su lugar y como le sobro resistol lo volvió a poner en el bote del mismo, el maestro dice que lo que hizo Karla es muy importante porque hay otros niños que no tienen o toman la iniciativa y dejan tirado el resistol.

Con Karla el maestro trabajó el significado de igual, en la libreta dibujo una manzana, una paleta y un chile luego le fue preguntando a Karla que dibujo es y ella le contestaba y lo dibujaba, ella volteaba a ver el dibujo del maestro para ver si lo estaba realizando igual y si era el mismo color; ya cuando termino puede tomar el material que más le guste.

A la hora del desayuno todos permanecen sentados, y si tienen que preparar la bebida y ellos ya saben lo hacen solos sino con la ayuda del maestro.

El maestro dice que para que los niños estén todos sentados mientras trabaja con otro niño y no se salgan del salón u obedezcan una orden, es un trabajo de 3 o 4 meses. También dice que maneja una tarjeta para cuando uno de los niños quiera salir al baño para que relacionen que cuando no está la tarjeta es porque otro niño está en el baño y no pueden salir hasta que el otro niño este en el salón.

Comenta el maestro que es muy importante el apoyo de la familia, que los padres apoyen al maestro, que cuando le deje tarea al niño para que la realice en su casa; los padres le tengan paciencia al niño y en vez de que ellos le hagan la tarea, mejor apoyen al niño diciéndole como la va a realizar, porque eso les ayuda más para que ellos se valgan por sí mismos.

Brian preparó su bebida sólo, una limonada donde el maestro Jorge se pregunta si ya supero lo del cuchillo, ya que cuando terminaba de utilizarlo se lo pasaba por la boca y corre el riesgo de cortarse, lo observó y el maestro le dijo al terminar de cortar el limón que guardara el cuchillo y ya no se lo paso por la boca.

Jose jugaba con una plastilina un bote de play-doh y realizaba bolitas y palitos mientras el maestro trabajaba con otro de los niños. También observe que al momento de realizar esa actividad Jose emitía sonidos como silbar, o como si se estuviera riendo, a veces el me veía y se reía conmigo.

Christian estuvo en terapia individualizada, le enseñaron las partes del cuerpo: la nariz, los ojos, la boca, etc., y como le permitían que el tocara las partes del cuerpo en otras personas en el salón de la terapia como una forma de saludo te agarra la nariz, y eso no esta bien que lo haga fuera de su salón de terapia y quiere hacer lo mismo con los niños de su salón de clases, los maestros u otras personas.

Se frustra tanto el maestro como el niño cuando trabajan la misma actividad durante mucho tiempo y no ver algún avance en el niño. Se complica el trabajo el maestro cuando quiere iniciar trabajando con el niño sino puede controlar su conducta en el salón.

Después del desayuno el maestro deja que los niños realicen los movimientos estereotipados que ellos realizan, ya que dice que a un niño autista no se le puede privar de tanta satisfacción en el día. Karla se levantaba y comía galletas, Humberto estaba sentado sin hacer nada, Brian caminaba por todo el salón cantando, José estaba sentado entre ratos silbaba, se reía o golpeaba la mesa.

Los niños cuando tienen una crisis, es más que una crisis, es una demanda; cuando lloran o gritan es porque no comprenden lo que pasa, por ejemplo: la piñata, un día del niño pusieron piñatas para que los niños las rompieran y en vez de disfrutarla sufrieron una crisis porque no entendían porque había que golpear las piñatas, en este año esperan que sea diferente.

También hay que saber diferenciar entre cuando de verdad sea una necesidad como (ir al baño) y cuando no. Por ejemplo: Christian cuando oye que alguien va a ir al baño el también dice que quiere ir (pipi), el maestro dice que cuando quiere ir de verdad al baño le dice solito al maestro sin que escuche a otra persona que quiera ir.

Brian ya quería salir al recreo pero todavía faltaban unos minutos para salir pero el maestro no lo dejo salir, el niño puso resistencia pero el maestro logro que se fuera a sentar y ya cuando estaba sentado se puso a llorar pero no estaba llorando solo hacia el sonido pero no le salían las lagrimas, igual cuando el maestro va a realizar un trabajo o una actividad.

Karla sabe leer, ella saldrá 2 horas al día del salón porque realizará otras actividades generales de la escuela como barrer, lavar el baño, levantar la basura, etc.

Ya saben del respeto, porque antes el maestro no podía tener nada pegado en la pared porque lo quitaban, y ahora ya no.

Adelante los que son tolerantes al trabajo y atrás los que todavía no se adaptan.

Salón de preescolar

15 de junio 2009

Hay 6 niños, la maestra de preescolar no estaba y la maestra de lenguaje fue la que se quedó a cargo de los niños; habían 3 niños que llegan todos los días y 3 que llegan una o dos veces por semana, los que no llegan toda la semana se muestran muy inquietos, no obedecen órdenes e inquietan a los demás. Una de las niñas mordió el dedo de uno de los otros niños que ya tienen más tiempo en la escuela.

En el salón de clases los niños se distraían con los juegos didácticos con los que cuentan en el salón. Antes de salir al recreo la maestra ordenó que todos guardaran los juguetes que utilizaron.

Salieron al recreo y uno de los niños no pudo salir rápido porque se había quitado los tenis y saldría hasta que se los pusiera por sí solo, al ponérselos por el mismo pudo salir al recreo. Todos los niños jugaban en el patio de la escuela, unos en los columpios, otros en la resbaladilla, en el pasamanos no mucho, y otros en un castillo y en el subibaja.

Al regresar del recreo la maestra los sentó alrededor de una grabadora y los puso a oír el cuento del gato con botas, sólo dos de los cuatro niños ponían atención, los otros dos niños estaban inquietos y a veces ponían atención y otras veces no.