



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA
SEDE GUADALAJARA**

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PEDAGÓGICA PARA UN NIÑO CON AUTISMO”**

**MARÍA RENATTA BAROCCIO
LANCASTER-JONES**

**Tesis presentada para optar por el título de Licenciado en
Pedagogía con reconocimiento de Validez
Oficial de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,
según acuerdo número 871125 con fecha 18-III-87.**

Zapopan, Jal., Mayo de 2000.





UNIVERSIDAD PANAMERICANA
SEDE GUADALAJARA

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PEDAGÓGICA PARA UN NIÑO CON AUTISMO”**

**MARÍA RENATTA BAROCCIO
LANCASTER-JONES**

**Tesis presentada para optar por el título de Licenciado en
Pedagogía con reconocimiento de Validez
Oficial de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,
según acuerdo número 871125 con fecha 18-III-87.**

Zapopan, Jal., Mayo de 2000.

CLASIF: _____

ADQUIS: 474911

FECHA: 09/08/02

DONATIVO DE _____

\$ _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

SEDE GUADALAJARA

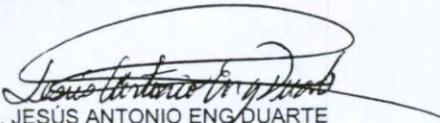
DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

SRITA. MARIA RENATTA BAROCCIO LANCASTER-JONES

Presente.

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes Profesionales y después de haber analizado el trabajo de titulación en la alternativa Tesis titulado "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA PARA UN NIÑO CON AUTISMO", presentado por usted, le manifiesto que reúne los requisitos a que obligan los reglamentos en vigor para ser presentado ante el H. Jurado del Examen Profesional, por lo que deberá entregar ocho ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

Atentamente.



LIC. JESÚS ANTONIO ENG DUARTE
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

SEDE GUADALAJARA

Mayo, 2000

Lic. Jesús Antonio Eng Duarte
Presidente de la Comisión de
Exámenes Profesionales
Universidad Panamericana, Guadalajara
P r e s e n t e

El que suscribe, hace constar que la tesis "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA PARA UN NIÑO CON AUTISMO", presentada por la señorita **MARÍA RENATTA BAROCCIO LANCASTER-JONES**, para optar por el título de Licenciado en Pedagogía, ha sido concluida en esta fecha, por lo que se presenta a usted para su debida revisión ante la Comisión de Exámenes Profesionales.

Agradeciendo la deferencia de la Escuela a su cargo para la asesoría de la investigación realizada, quedo a sus órdenes.

Atentamente.

Lilia Araceli Uribe Tapia
LIC. LILIA ARACELI URIBE TAPIA
ASESOR DE TESIS

Índice

Introducción	1
Capítulo I El desarrollo normal del niño.....	5
1.1. 0-16 semanas	7
1.2. 28 semanas	9
1.3. 40 semanas	10
1.4. 52 semanas	11
1.5. 18 meses.....	11
1.6. 24 meses.....	12
1.7. 36 meses.....	15
1.8. Cuatro años.....	16
1.9. Cinco años.....	18
Capítulo II El autismo: Definición y Sintomatología.....	20
2.1. Definición de autismo.....	21
2.2. Sintomatología y conducta del niño autista.....	24
2.2.1. Discapacidad en la comunicación.....	28
2.2.2. El autismo en relación con otros síndromes o enfermedades.....	29
Capítulo III Etiología del autismo y métodos para su intervención.....	34

3.1. Causas del autismo.....	35
3.1.1. Teorías emocionales.....	35
3.1.2. Teorías organicistas.....	39
3.2. Métodos de intervención	43
3.2.1. Terapia medicamentosa.....	43
3.2.2. Intervención psicoterapéutica.....	45
3.2.3. Intervención psicopedagógica.....	46
3.2.4. Terapias de conducta.....	52
3.3. Especialistas para el tratamiento médico y psicopedagógico del autismo.....	53
Capítulo IV La familia del niño autista.....	55
4.1. Los padres en el autismo.....	56
4.2. El papel de los hermanos.....	59
4.3. El hijo único.....	63
4.4. El divorcio de los padres.....	64
4.5. EL trabajo y colaboración de los padres.....	65
4.6. EL programa de tratamiento y el papel de la familia.....	66
Capítulo V Estudio de caso y programa educativo.....	69
5.1. Análisis del caso.....	71
5.2. Programa educativo para Oscar Ramón.....	78

Conclusiones.....	87
Anexos.....	90
Bibliografía.....	95

Introducción

A lo largo del tiempo el concepto acerca del autismo ha evolucionado, pero a lo largo de todo este tiempo se han tenido varias ideas tales como:

S. XIII.- Leyenda de las ninfas

1799.- Jean Itard

1919.- Bleuer utiliza el término autista

1929.- Gesell hace un estudio sobre los niños salvajes.

1943.- Leo Kanner identifica características del autismo.

1959.- Teorías psicógenas (F. Tustin y B. Battleheim)

1964.- Teorías organicistas (L. Bender y B. Rimland)

1967.- Desmond y Chess (Rubeola congénita y autismo)

1978.- Asociación psiquiátrica mexicana:

- a) Diferencia las psicosis infantiles del autismo.
- b) El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo

Actualmente el autismo es considerado como un síndrome de disfunción neurológica, que se manifiesta en el área de la conducta, implica que un sistema cerebral (aún indefinido) es disfuncional y que esa disfunción es responsable de los síntomas clínicos que se toman en cuenta para el diagnóstico. (Congreso Internacional de Neurología Infantil, Argentina 1992) .

Sin embargo, la última palabra sobre el autismo aún no ha sido dicha, aún hace falta que se profundice en las investigaciones para determinar aspectos que no se han definido, tal como la clasificación del autismo como enfermedad, discapacidad o minusvalía, la cual aún no ha sido clarificada; el autismo en estos momentos es considerado como discapacidad, ya que recientemente se ha determinado que no se trata de una enfermedad, sino más bien de una discapacidad o restricción de la potencialidad de realizar una actividad de una manera normal.

La señal principal de que un niño padece autismo es la incapacidad de establecer vínculos afectivos o de socialización con las personas, lo cual se manifiesta en la mirada, las actitudes, la ausencia de sonrisa social y otros síntomas que se explicarán más adelante.

Las alternativas de tratamiento para el autismo son muy variadas, van desde la intervención médica, hasta la psicopedagógica y psicoterapia, pero en este trabajo se centrará en la pedagógica, la cual es la base del programa de intervención.

La aplicación de un programa de ayuda en el hogar como reforzador de la terapia que se le ha dado al niño, es importante ya que las conductas de socialización aparecerán con una mayor rapidez. Es importante que los padres se involucren de lleno en el tratamiento de su hijo, ya que es sabido que el hogar es la primera y principal fuente de socialización en la que el niño comienza a relacionarse con otros seres humanos y donde aprende la conducta de solidaridad y cooperación.

Es importante que este programa educativo contenga actividades atractivas para el niño durante las cuales los movimientos cesen y le permitan el aprendizaje de una manera amena y efectiva. La regla general es que estos niños se desempeñan mejor en las habilidades que no necesitan del lenguaje. Estas actividades constituyen su principal fuente de alegría en la vida, por lo que es importante adaptar el programa educativo a las necesidades y habilidades especiales que el niño tenga en particular, sin embargo en el presente caso, el niño a quien se aplicará el programa sí cuenta con lengua oral, por lo que también se incluirán aspectos que ayuden a mejorar la fluidez del lenguaje y disminuir la ecolalia.

Mediante el planteamiento de este programa no se pretende dar fórmulas o recetas para la solución de este problema, ya que éstas no existen en la vida real,

aunque algunos así lo afirmen, sino que se presentará un conjunto de actividades que, aunadas a los tratamientos que se han dado y se siguen dando al niño, puedan ser un factor que ayude a lograr los objetivos de una manera más eficiente.

CAPÍTULO I
El Desarrollo Normal
del Niño

El período de la infancia es sin duda, una etapa decisiva para la definición de la personalidad del adulto, ya que las experiencias vividas por el niño marcan la pauta de su evolución y la capacidad futura para la resolución de problemas cotidianos; por ello es importante poner énfasis en la necesidad de conocer las etapas de desarrollo de la persona con el fin de detectar cualquier anormalidad y en caso necesario, dar una solución al problema antes de que el deterioro pueda ser mayor y existan menos oportunidades de solución. Sin embargo, es necesario saber que las pautas de desarrollo no son una receta, la cual tiene pasos rígidos, sino que se trata de un proceso en el que interviene la individualidad, por lo que se evoluciona a ritmos diversos, que dentro de ciertos parámetros, no se aleja de la media, lo cual se conoce como <<normalidad>>.

Para comprender las características del desarrollo infantil debemos pensar en función de modos de conducta, etapas de madurez y tendencias de crecimiento, para esto, es necesario analizar los diversos factores que intervienen en el crecimiento y la maduración, tales como son el aspecto físico, afectivo, psicológico, motor, social, etc..

El desarrollo del niño puede ser dividido en etapas; en el presente trabajo se tomará el siguiente esquema: 0-16 semanas, 28 semanas, 40 semanas, 52 semanas, 18 meses, 24 meses, 36 meses, 4 años y 5 años, debido a que estas edades son clave y ocupan un lugar prominente en el diagnóstico evolutivo, así como ser etapas básicas de maduración. Las etapas de evolución por lo general siguen un patrón común en todos los niños, por lo que varios autores coinciden en los datos arrojados por sus investigaciones; el presente capítulo es una condensación de opiniones de

varios autores^{1 2 3 4 5} consultados, mismos que tienen una gran autoridad en lo que se refiere a desarrollo infantil.

1.1. 0-16 semanas

Al nacer, el niño tiene que realizar por sí mismo algunas tareas que antes eran hechas por su madre, las cuales se dividen en cuatro áreas de ajuste, que son la circulación de la sangre, la respiración, la digestión y la regulación de la temperatura; anteriormente se creía que las actividades eran realizadas por el neonato únicamente de manera refleja, pero las investigaciones han demostrado que aún dentro de los primeros días de nacido, el niño tiene capacidad de organización interna, preferencias y una alta capacidad de aprendizaje. La expresión del bebé recién nacido es distante, su mirada es espontánea, fija y vaga, reposa sobre su espalda, la cual por estar ligeramente redondeada, le permite rodar parcialmente a un costado. Tiene las manos fuertemente apretadas y ocasionalmente acerca a su boca alguna de ellas. Cuando el bebé se encuentra despierto, puede parecer que yace tranquilamente, pero de pronto es capaz de agitarse violentamente y llorar. Se pueden identificar 6 estadios dentro del comportamiento del neonato: sueño regular, sueño irregular, somnolencia, alerta inactiva, alerta activa y llanto, dividiéndose normalmente en ciclos diarios predecibles.

Al momento de nacer, el tamaño de la cabeza del niño representa una cuarta parte de su tamaño total, y es hasta las 16 semanas que el cuerpo comienza a crecer y estas proporciones cambian.

¹ GESELL, Arnold; *Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño*; Ed. Paidós

² ISAACS, Nathan; *El Desarrollo de la Comprensión según Piaget*; Ed. Paidós

³ MEIER, Henry; *Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño: Erikson, Piaget y Sears*; Amorrortu Editores

⁴ CRAIG, Grace; *Desarrollo Psicológico*; Ed. Prentice Hall

⁵ BEE, Helen, ET AL.; *El Desarrollo de la Persona a través de las Etapas de su Vida*; Ed. Harla

A las cuatro semanas aún no presta atención a un objeto colgante, pero si éste se coloca en su línea de visión, lo mira, y si se desplaza lentamente lo persigue con un movimiento combinado de cabeza y ojos. Cuando se le da un objeto, tal como una sonaja, el puño se cierra con fuerza, sin embargo, el objeto se cae inmediatamente, ya que el niño aún no tiene la fuerza suficiente para sostenerlo.

Al acercarse una persona, el bebé se inmoviliza y mira el rostro de la persona; si se hace sonar una campanilla a pocos centímetros de la oreja, el niño atiende y su actividad cesa o disminuye. Al hacer la tentativa de sentarlo, la cabeza cae hacia atrás con inclinación completa o notable. En posición sentada, la cabeza se vuelca hacia atrás de modo predominante, mientras que en posición de pie, sosteniéndolo por debajo de las axilas, el bebé extiende brevemente los pies y flexiona los dedos, pero la resistencia es poca o nula.

Sus vocalizaciones son sonidos guturales; se sobresalta fácilmente por ruidos o movimientos súbitos. Requiere de dos comidas durante la noche; debido a su inmadurez fisiológica, su respiración y termorregulación pueden ser irregulares, su vigilia aún no se diferencia claramente del sueño y en general su comportamiento parece variable. El llanto, somnolencia, irritabilidad y mal humor, reflejan sus dificultades, pero a su vez indican una integración a las relaciones interpersonales.

En cuanto al desarrollo social, a las 4 semanas reacciona al estímulo mediante la reducción general de la actividad corporal, a las 8 semanas su cara se anima, a las 12 semanas puede emitir sonidos como respuesta y a las 16 semanas se inicia propiamente la relación social, teniendo el niño la capacidad de sonreír y una amplia gama de respuestas emocionales a los estímulos que se le presentan. El niño de 0 a 16 semanas, tiene una alta capacidad de aprendizaje, puede reconocer los rostros

familiares, reconocer voces, imitar expresiones faciales y la habituación a la rutina familiar que lo involucra.

Al final de esta etapa, es decir, a las 16 semanas existe un marcado progreso en el control de la cabeza y los ojos, en posición supina; mantiene la cabeza en la línea media que favorece la postura simétrica de los brazos, las manos suelen estar encima del pecho o cerca de la cara. Inicia una sonrisa social, la mirada se fija con rapidez en todo objeto que se mueve dentro de su campo visual.

Es una edad verdaderamente social; sostiene los objetos y los lleva a la boca. En la tentativa de sentarlo, la cabeza pende levemente hacia atrás, vocalizando o sonriendo al alcanzar la posición sentada (con apoyo), manteniendo la cabeza erecta, pero no dirigida hacia delante.

Al colocarlo frente al espejo puede sonreír, pero generalmente sólo se mira; los brazos entran en actividad, tiende a tocar los objetos. En posición prona, mantiene las piernas extendidas del todo o a medias, se apoya sobre los antebrazos; tiene equilibrio inestable y muestra tendencias a rodar a un costado. Al interesarse por algo, muestra señales de excitación tales como realizar esfuerzo, acelerar la respiración, etc., puede incluso murmurar y reír fuertemente.

1.2. 28 semanas

En esta edad el niño ya tiene la capacidad de sujetar objetos y pasarlos de una mano a la otra, realizando un movimiento de prensión palmar-radial (movimiento de pinza, hecho con los dedos pulgar e índice) y frecuentemente lo lleva a la boca, debido a que se encuentra en un periodo de exploración más sistemática de las

cosas. Puede tomar hasta tres objetos pequeños (tales como cubos) a la vez y al presentarle un nuevo objeto, suelta los que tenía anteriormente.

Se sienta con apoyo o sin él manteniendo el tronco recto y la cabeza firme. Ocasionalmente pueden apoyarse para ponerse de pie con éxito, logrando incluso caminar sosteniéndose de algo como una baranda o un mueble. En esta edad, el niño ha desarrollado algún medio de locomoción, algunos gatean, otros se desplazan sentados o simplemente se arrastran.

Su lenguaje incluye el murmullo, chillidos y sonidos vocales combinados expresados con control. Reconoce la presencia de personas extrañas, "habla" a sus juguetes y se lleva los pies a la boca. Está en pleno proceso de autodescubrimiento, sabe refrenarse y se satisface con sus propias invenciones. Ante la imagen del espejo sonrío, vocaliza y acaricia el vidrio; comienza a participar en juegos sociales, tal como el que consiste en esconderse y aparecer repentinamente, despedirse, dar o quitar un objeto a un adulto.

1.3. 40 semanas

Existe buen control postural, adquiere la llamada maniobra de pinza (el pulgar se mueve en dirección del índice), lo cual le permite tomar el pasto, los cabellos, los cerillos, etc.. Puede mantenerse sentado, y pasar directamente de estar sentado a acostarse, se levanta sobre manos y rodillas y gatea; tomándose de una baranda, se impulsa hasta quedar parado, pudiendo incluso llegar a caminar si se le sostiene de ambas manos.

Gusta de rodar y lanzar la pelota y objetos pequeños, supliendo con su persistencia su falta de habilidad, suele esconderse tapándose los ojos

Vocaliza <<mamá>>, <<papá>> y una tercera palabra, imita sonidos (tos, chasquidos de la lengua,...), responde a <<no-no>> y a su nombre. Sostiene su biberón sin ayuda, palmea, mueve la mano expresando <<adiós>> o se dedica a hacer otro tipo de gestos, que son señales de aculturamiento. Las 40 semanas marcan una transición profética hacia una nueva transformación psicológica.

1.3. 52 semanas

Puede permanecer sentado y erecto sin ayuda. Intenta hacer torres de cubos, pero no lo logra porque se le caen. Entrega un objeto a alguien si se le pide; presenta movimientos precisos de pinza; aún no puede introducir una pelota pequeña dentro de un bote, pero sí puede lanzarla. Es capaz de garabatear por imitación en una hoja de papel; observa selectivamente.

Al observar su imagen en el espejo, palmea sobre el vidrio y ofrece objetos a la imagen. Su comportamiento postural incluye la torsión en posición sentada pasando a la de gateo, pararse sostenido de la baranda y trasladarse a lo largo de ella, así como caminar sostenido de una sola mano o sin ayuda. La capacidad de pararse y caminar le ofrece una nueva perspectiva visual, la locomoción le permite una exploración más activa, le gusta abrir cajones y puertas, abrir ventanas, explorar estantes, etc., lo cual estimula su desarrollo cognoscitivo y perceptual. Puede reconocer con la mirada los objetos nombrados. Coopera al vestirse metiendo los brazos a las mangas o levantando los pies para recibir el calzado y las medias.

1.4. 18 meses

Puede caminar solo y raras veces se cae, se sienta por sí mismo en una silla baja. Vuelve las páginas de un libro de 2 ó 3 por vez. Puede construir una torre con 3 ó 4

cubos; garabatea espontáneamente sobre una hoja de papel o imitando los trazos de otra persona. El niño nombra o señala correctamente un dibujo cuando se le pregunta. Acelera los pasos en la marcha, pero corre rígidamente; asciende por la escalera cuando se le sostiene de una mano, se trepa a una silla para adultos.

El lenguaje incluye hasta diez palabras simples. Come por sí mismo parte de su alimento con una cuchara, aunque no sin derramar. El control de esfínteres está regulado durante el día; coopera más plenamente cuando lo visten y logra cierto éxito en quitarse las prendas.

1.5. 24 meses

A los dos años las características físicas del niño son muy peculiares, ya que tiene piernas cortas, cabeza grande, presenta un desequilibrio estático y una inclinación hacia adelante al caminar y casi domina la postura erguida. Disfruta enormemente la actividad motriz gruesa, posee rodillas y tobillos más flexibles, por lo que puede correr y no necesita ayuda para subir y bajar escaleras, pero se ve forzado a utilizar ambos pies, pudiendo saltar desde el primer escalón sin ayuda; puede acercarse a la pelota y patearla.

Es capaz de imitar trazos sobre una hoja de papel (circular y vertical); puede nombrar algunos objetos, pero sabe diferenciar mayor cantidad de ellos. Sabe decir su nombre, y rara vez su apellido. Corre sin caerse, sube y baja la escalera solo, llevando ambos pies sobre cada peldaño.

Este período se caracteriza por un constante cambio y maduración mental, de los 18 meses a los 2 años se nota un crecimiento notorio con respecto al lenguaje, el cual se encuentra en un estado de creciente actividad, en promedio posee 300

palabras como vocabulario, existiendo el predominio de los nombres de cosas, personas, acciones y situaciones, aunque aún existe un rudimentario uso de los pronombres, limitándose a la primera y segunda persona; son comunes las oraciones de una palabra y las combinaciones cortas que comúnmente son sustantivo-verbo o frases simples formadas de 3 palabras, acompaña el habla con juegos y movimientos; es durante esta etapa que el soliloquio (hablar solo) se convierte en canto. Monologa verbalizando su experiencia inmediata refiriéndose a sí mismo por su nombre.

El niño de dos años da claras señales de estar convirtiéndose en un ser pensante; denota progreso en cuanto a su capacidad de atención, su memoria se ha ampliado y aún cuando siente predilección por las actividades físicas, puede pasar más tiempo realizando actividades en reposo que en las edades anteriores. A esta edad, el niño es capaz de reconocer muchas figuras simples siendo capaz incluso de insertarlas en su lugar correspondiente dentro de una tabla, sin embargo existe aún una gran interdependencia entre el desarrollo mental y el motor, realiza la mimetización con relación a las palabras (si el lobo de la historia abre la boca, él también lo hace).

Se nota una evolución en el control manual, el niño es capaz de dar vuelta una por una a las hojas de un libro, construye torres de 6 cubos, comienza a coordinar su mano para cortar con tijeras y ensartar cuentas con una aguja; sostiene el vaso a menudo con una sola mano, pide su comida, se alimenta solo, no sin derramar, pero inhibe el vuelco de la cuchara hasta el momento de introducirla en la boca, así como anuncia sus necesidades excretoras.

La vida emocional del niño a esta edad posee complejidad y profundidad, esto quiere decir que el niño de esta edad tiene una gran sensibilidad ante los estímulos, manifestándose en los celos, cuando el niño siente que va a ser desplazado del cariño

de alguna persona que es afectivamente importante para él, lo cual se expresa por medio de conductas imitativas de aquella persona que cree que ha ocupado su lugar; la rebeldía, que es cuando el niño se complace sabiendo que sus anhelos pueden más que las decisiones o deseos de sus padres, por lo que prueban la tolerancia de sus padres y educadores con respecto a las órdenes que le dan, pero es importante saber que el niño conoce intuitivamente la autoridad de sus padres. Tiende a expresar sus emociones saltando, aplaudiendo, llorando o riendo.

Con respecto a la personalidad social, utiliza la palabra <<mío>> para manifestar la propiedad sobre cosas y personas, cuando juega con otros niños, se concentra en sí mismo; sus contactos con otros niños son de tipo físico, por lo general el niño prefiere los juegos solitarios (lo cual le ayuda a tener una maduración mental) o se dedica al juego paralelo, jugando cerca y haciendo las mismas cosas, pero sin cooperación mutua, ya que sus contactos sociales son escasos. El niño de 24 meses no manifiesta demasiada predisposición social, su concepción de los demás es rudimentaria. Los detalles de la conducta personal-social están determinados por el ambiente, pero las fuerzas impulsoras y formativas tienen su origen en la propia constitución personal y cumplen un rol vital.

Aún está perfeccionando los aspectos fundamentales de la locomoción y el control postural. La coordinación manual fina continúa progresando a ritmo firme. Su dominio de las relaciones espaciales depende de la organización de su Sistema Nervioso Central, en especial de los complicados sistemas musculares que accionan los ojos, las manos y los dedos.

1.7. 36 meses

Esta etapa se caracteriza por una confusión intelectual, pero el desarrollo del lenguaje ha tenido progresos notables, cada vez es más consciente de sí mismo como persona entre personas. Le gusta la actividad motriz gruesa, requiere de muy poco esfuerzo consciente para pararse, puede mantenerse de pie con los talones juntos, puede mantener el equilibrio estando en cuclillas o parado sobre las puntas de los pies, su control postural está bien desarrollado. Le atraen los lápices y tiene una manipulación más fina de los mismos, posee una mayor capacidad de dibujar espontánea e imitativamente, estos dibujos serán menos difusos y más definidos; puede construir torres de hasta diez cubos; al ver un libro de imágenes, refiere la acción descrita.

Puede alcanzar una velocidad mayor al correr, dar vueltas más cerradas, subir las escaleras alternando ambos pies y pedalear un triciclo. Ya casi alcanza la posición erguida al caminar, tambaleándose y desequilibrándose cada vez menos. Sus discriminaciones son más numerosas y categóricas, distingue formas, colores y pesos; su coordinación motriz es mayor, tiene un buen sentido del orden y arreglo de las cosas, incluyendo el aseo.

Respecto al lenguaje, el niño de 3 años, ya puede armar y decir frases completas, el vocabulario se triplica con respecto a los 2 años, llegando a comprender un promedio de 1000 palabras. Con el niño de 3 años ya se pueden llevar conversaciones, tiene el deseo de agradar a las personas, no por sumisión, sino por una activa adaptabilidad; dependiendo del medio en el que se desarrolle, puede recitar rimas infantiles si se le alienta un poco.

Su noción del yo aún es rudimentaria, sus estallidos emocionales son breves pero puede experimentar ansiedad por tiempos prolongados así como sentir celos, como reflejo de un sentimiento de inseguridad en el niño cuando siente que va a ser desplazado del cariño de una persona que es afectivamente importante para él, manifestándose por medio de conductas imitativas de aquella persona que creen que ha ocupado su lugar, porque piensa que así recibirá las mismas atenciones que la otra persona; gusta de tomar decisiones y se complace sabiendo que sus deseos pueden mas que las decisiones o los deseos de sus padres, para probar hasta dónde llega la tolerancia de sus padres y educadores con respecto a las órdenes que le dan, aunque conoce de manera intuitiva la autoridad de sus padres.

Habla mucho consigo mismo como entrenamiento del lenguaje, pero también como si hablara con una persona imaginaria; su naturaleza social crece poco a poco. Demuestra interés y habilidad por vestirse y desvestirse, y es capaz de pasar toda la noche sin mojarse.

Respecto a la personalidad social, a esta edad el niño demuestra interés por la rutina doméstica, busca cooperar con su familia, reconoce la existencia de otros, sabe esperar su turno, efectúa trueques, coopera en el juego con otros niños y gusta tanto de realizar actividades colectivas como sin compañía.

1.8. Cuatro años.

Al niño de cuatro años puede considerársele dogmático debido a su manejo de palabras e ideas, llegando a aparentar más de lo que realmente sabe. Puede dibujar un hombre con dos partes, agrega tres partes al dibujo de una hombre incompleto. Ha adquirido fuerza y soltura para el manejo de las piernas, intenta acrobacias que

requieren un delicado equilibrio, puede mantenerse sobre un solo pie durante más de 8 segundos. Corre con mayor facilidad, puede realizar buenos saltos, sostenerse algunos segundos sobre un solo pie y brincar; al bajar la escalera, lo hace con un pie sobre cada peldaño; le gusta realizar pruebas motrices sencillas y aquellas que requieren coordinación motriz fina, tal como insertar objetos o abotonarse la camisa. Al dibujar, es capaz de dedicar su atención a un solo detalle, trazar un círculo haciéndolo en dirección de las agujas del reloj mostrando su lateralidad, aunque aún no es muy marcada.

Posee una gran capacidad de generalización y abstracción, ya comienza a sentirse a sí mismo, existe cierta vaguedad en su imaginación; platica fragmentariamente con su amigo imaginario. Cuando juega espontáneamente con los cubos, maneja igualmente la dimensión vertical que la horizontal. Es capaz de formular preguntas continuamente, le gustan los juegos de palabras, surgen los *por qué* y los *cómo*, no porque realmente le interesen, sino porque desea saber qué tanto se adaptan las respuestas a sus sentimientos; se divierte diciendo desatinos, no le gusta repetir las cosas y gusta de contar historias mezclando la realidad con la fantasía. En cuanto a la disciplina, tiene una tendencia a exceder los límites establecidos como signo de una separación evolutiva y deseo de independencia.

El niño de cuatro años representa una combinación de dependencia y sociabilidad, ya puede vestirse y desvestirse solo, atarse las agujetas de los zapatos, dormir ininterrumpidamente toda la noche e ir al baño solo. Se lava y se seca las manos y la cara, se cepilla los dientes. Esta edad corresponde a la etapa de ingreso al Jardín de Niños, para lo cual es necesario que el niño prescinda de su madre por un período aproximado de 3 ó 4 horas; esta separación le permite una maduración emocional y una mayor apertura a las relaciones sociales. En el Jardín de Niños, el juego satisface muchas necesidades en la vida de un niño, tal como la necesidad de ser estimulado y

divertirse, además de desarrollar habilidades sensoriales, físicas así como la capacidad de ampliar capacidades intelectuales con una mayor facilidad para el aprendizaje.

1.8. Cinco años

El fin de la primera infancia se acerca y el niño ya puede soportar sin problemas el alejamiento del hogar; es más reservado e independiente, tiene una comprensión más aguda del mundo, es más ágil y posee una mayor capacidad de control corporal, se conduce con mayor seguridad, es capaz de sostenerse sobre un pie y mantener el equilibrio sobre las puntas. Posee una mayor adaptabilidad social, presenta una mejor habilidad para la coordinación motriz fina, teniendo más precisión en el manejo de objetos, es capaz de dibujar figuras con mayor exactitud y lleva el compás de la música.

Tiene capacidad de orden, forma y detalle; tiene un mayor discernimiento; el sentido del tiempo y de la duración se halla más desarrollado así como la memoria. El niño de cinco años se muestra con menor tendencia a las historias fantásticas que los niños de edades anteriores, es más práctico, sensato, responsable, realista y exacto.

Respecto al lenguaje, el niño de 5 años habla sin articulación infantil, sus preguntas tienen más sentido porque tiene realmente el deseo de saber, en esencia el lenguaje está completo en estructura y forma, el vocabulario se ha enriquecido hasta llegar a tener un promedio de 2200 palabras. Puede contar hasta doce objetos, pide el significado de palabras que no comprende y puede escribir algunas letras de molde. Distingue la mano derecha e izquierda propias, pero no la de las demás personas, le falta capacidad sintética y aún no distingue lo físico de lo psíquico.

Demuestra capacidad de adaptación y obediencia, sabe decir sus datos en caso de emergencia, comienza a tener capacidad para la amistad, se muestra sociable y conversador, y también tiene un amigo imaginario; tiende a disfrazarse con ropas adultas. Sus juguetes favoritos para la calle son el monopatín y el triciclo, y para la casa lo son las tijeras y el lápiz. Tiene una mayor conciencia de la diferencia entre los sexos y las diferencias culturales.

CAPÍTULO II
El Autismo: Definición y Sintomatología

2.1. Definición de Autismo.

Un ejemplo de definición de autismo es el que podemos leer en el diccionario como: "Absorción en la fantasía como escape de la realidad". Obviamente existe una gran diferencia entre la definición tradicional que se encuentra en los diccionarios y el síndrome que se describirá en este documento. La diferencia viene del cambio de concepto de las palabras: en los años 30 ó 40, los psicólogos que observaron por primera vez a un cierto número de niños con los síntomas descritos lo llamaron "autismo infantil temprano", tomando prestada la palabra <<autismo>>, que había sido utilizada previamente por los psicólogos para describir a las personas que trataban de escapar de la realidad. Hoy en día, la mayoría de las discusiones sobre Autismo se centran en niños diagnosticados con "Autismo Infantil Temprano" refiriéndose a ello simplemente como <<Autismo>>.

La definición del síndrome descrito anteriormente está orientada a los niños, aunque el autismo no desaparece cuando se crece. La mayoría de la literatura sobre autismo trata de los niños, ya que educarles es un problema tan importante que se realiza más investigación y se publica más sobre los niños que sobre los adultos. Para efectos de este trabajo de investigación, se hablará de los síntomas del autismo centrado únicamente en los niños.

Una definición para el autismo puede ser que se trata de una "discapacidad cualitativa de interacción social", manifestada a través de al menos dos de los siguientes puntos:⁶

⁶ Cfr. American Psychiatric Association, versión española coordinada por M. Valdés Miyar; *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV)*; Masson, Barcelona, 1995

- a) Discapacidad notoria en el uso de comportamientos no-verbales, tales como mirar a los ojos, expresión facial, postura del cuerpo y gestos como medios para lograr la interacción social.

- b) Incapacidad de desarrollar relaciones con compañeros de su edad, de acuerdo con la etapa evolutiva en la que se encuentre.

- c) Ausencia de la búsqueda espontánea de compartir con las demás personas.

- d) Ausencia de reciprocidad social o emocional, de participación activa en juegos simples sociales (involucra a otros para utilizarlos como herramientas o ayudas <<mecánicas>>); preferencia por actividades solitarias.

Para la descripción del autismo, se han dado varias definiciones en las cuales los profesionales tienden a utilizar palabras diferentes para denominar este estado; una de las que se presentan es la siguiente:

"El autismo es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Ocurre aproximadamente en 15 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo. No se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa de Autismo".⁷

La definición dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud)⁸ refiere que el autismo incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento y se inicia por lo regular antes de los 30 meses de vida. Se presentan respuestas anormales a los estímulos de tipo visual y auditivo, hay retardo en el desarrollo del lenguaje el cual casi siempre se caracteriza por una ecolalia, inversión de pronombres e incapacidad

⁷ Definición dada por la Sociedad de Autismo de América Latina

para la utilización de términos abstractos, además de una severa dificultad para la comprensión del lenguaje hablado así como un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Surgen problemas muy graves en cuanto a las relaciones sociales antes de los cinco años e incluyen un defecto en cuanto a la mirada directa a los ojos, relaciones interpersonales y juego cooperativo. Con frecuencia se presentan comportamientos ritualistas pudiendo incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad de pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos parece disminuida; el índice de inteligencia va desde severamente por debajo de la media hasta superior, se desenvuelven mejor en aspectos relacionados con la memoria rutinaria o en habilidades espacio-visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.

El profesor Leo Kanner, en 1943, sugirió el nombre de "autismo infantil precoz", porque pensó que el síntoma característico y de mayor importancia era el retraimiento social que se presenta en los primeros años de la vida, y hacía referencia a observaciones hechas a niños que daban la impresión de vivir aislados del mundo exterior y rechazaban de forma activa todo tipo de comunicación, poniendo en juego toda clase de mecanismos de defensa. Se eligió la palabra autismo para referirse al estado retraído y absorto debido a la raíz griega de la palabra (*autos* significa *en sí mismo*).

También ha sido considerado un tipo de enajenación, por la tendencia a mostrarse ajenos al mundo y a las personas; su perturbación más obvia y fundamental es la incapacidad de relacionarse normalmente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida. El Dr. Kanner, también menciona que existe una incapacidad para establecer contacto afectivo normal y biológicamente preparado

⁸ Cfr. O.M.S., Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8, 1976), sección V, grupo 308.0. apud. GARANTO Alós, Jesús; *El Autismo*, p. 31

con las personas, que es innato en el niño que presenta este trastorno, así como hay niños que vienen al mundo con deficiencias de tipo físico o mental.

Antes del descubrimiento del Dr. Kanner, los niños que presentaban este tipo de trastornos eran considerados enfermos con desequilibrio emocional o retrasados mentales, pero se observó que, a menudo, estos, niños poseían habilidades que mostraban que no eran simplemente lentos en el aprendizaje y que no respondían al patrón de niños con desequilibrio emocional. Así que inventó una nueva categoría. Hans Asperger hizo esencialmente los mismos descubrimientos al mismo tiempo que Kanner, de manera independiente.

2.2. Sintomatología y conducta del niño autista

El autismo es un trastorno que tiene una serie de síntomas característicos difíciles de separar, pero para su mejor comprensión y asimilación a continuación se mencionarán aquellos rasgos objetivos que sean las características más destacables del síndrome según Kanner⁹:

1. Incapacidad de establecer relaciones con las personas
2. Retraso y alteraciones de la adquisición y el uso del lenguaje y el habla; tendencia al uso de un lenguaje no comunicativo con características peculiares tales como la ecolalia e inversión de pronombres personales.
3. Insistencia en mantener la rutina y el medio ambiente sin cambios; actividades ritualizadas, repetitivas y estereotipadas.
4. En ocasiones existe la aparición de habilidades especiales, en especial la memoria mecánica.
5. Buen <<potencial cognitivo>>.

⁹ Cfr. MAYOR, Juan; *Manual de Educación Especial*, p. 505

6. Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
7. La aparición de los síntomas viene desde la fecha del nacimiento.

Algunos elementos de esta descripción de síntomas siguen siendo válidos a pesar del avance en las investigaciones, tales como la presencia de conductas ritualistas y poco flexibles, o las deficiencias y/o alteraciones del lenguaje, pero existen otros elementos que, después de haber sido sometidos a revisión, han sido invalidados, por ejemplo, hoy en día se sabe que los autistas no presentan un buen potencial cognitivo, sino que por lo general se asocia el autismo con un problema de deficiencia mental, teniendo una relación de 75 casos de 100, de los cuales en el 50% de los casos, se asocia con una deficiencia mental severa o profunda, mientras que los casos de cocientes normales son del 1 al 5%. Otro de los aspectos de la descripción de Kanner que ha sido desechado es el de la fisonomía inteligente y aspecto físico normal; en la niñez es posible que sea así, pero con la llegada de la adolescencia el aspecto físico tiende a ser más deficitario y anómalo. Un factor más que ha sido refutado a Kanner, es el tiempo de aparición de los síntomas, ya que él afirma que es un trastorno que viene de manera innata, mientras que ahora se sabe que hay niños que desarrollan las alteraciones durante la primera infancia, después de unos meses de aparente normalidad.

Actualmente los investigadores coinciden en que "el autismo altera tanto los aspectos afectivos y emocionales, como los componentes cognitivos de la personalidad, afectando sobre todas las capacidades de simbolización, abstracción y lenguaje, y a la competencia de comunicarse y relacionarse con las personas y de comprenderlas psicológicamente"¹⁰.

¹⁰ Ibid. P.506

El surgimiento de los síntomas característicos se da por lo general antes de los 30 meses después del nacimiento y "se destaca la importancia de los rituales, la inflexibilidad cognitiva y comportamental y la resistencia a los cambios en el medio"¹¹. Para el autismo se han elaborado una serie de definiciones, algunas de las cuales incluyen los aspectos fundamentales y más notorios, mientras que en otras se incluyen alteraciones muy frecuentes tales como "las autoagresiones, las estereotipias, la carencia de imitación, juego y conducta exploratoria, las paradojas perceptivas y las dificultades de control y anticipación motora"¹². Algunos otros nombres que se ha dado a este trastorno son "psicosis infantil, perturbación emocional grave, niños sin comunicación o niños excepcionales".¹³ Otra denominación que se ha dado al autismo es la de "esquizofrenia infantil" por creer que se trata de una forma especial de esta enfermedad en los adultos, pero esta teoría se ha descartado debido a que la sintomatología difiere en varios puntos, tales como las deficiencias en el lenguaje, las cuales no son exactamente iguales en ambos síndromes, además de que cuando los niños autistas crecen, no se convierten en adultos esquizofrénicos.

Otro de las clasificaciones de los comportamientos típicos de los niños autistas es la hecha por la Asociación Nuevo Horizonte, la cual afirma que un niño autista típico suele tener alguno o algunos de los siguientes comportamientos¹⁴:

1. Falta de lenguaje.
2. Vocalizaciones sin lenguaje.
3. Retraso en el desarrollo del habla.
4. Ecolalia: lenguaje que consiste en repetir literalmente lo que se oye.

¹¹ Idem

¹² Idem

¹³ WING, Lorna; *Educación del Niño Autista*, p. 19

¹⁴ Asociación Nuevo Horizonte; *Preguntas más Frecuentes sobre Autismo*, Comportamientos Característicos del Autismo

5. Confusión entre los pronombres "Yo" y "Tú".
6. Falta de interacción con otros niños.
7. No mira a los ojos.
8. No responde a las personas.
9. Trata a las otras personas como si fueran objetos inanimados.
10. Falta de cooperación cuando se le carga.
11. Preocupación por sus movimientos de manos.
12. Aleteo de manos.
13. Dar vueltas sobre sí mismo.
14. Balanceo (por ejemplo, en una valla).
15. Andar de puntillas.
16. Fuerte rechazo a ciertos sonidos.
17. Fuerte rechazo a tocar ciertas texturas.
18. Rechazo a ser tocados.
19. Comportamiento muy pasivo o demasiado activo y nervioso.
20. Fuerte rechazo a ciertas comidas.
21. Comportamiento agresivo hacia otros.
22. Ausencia de interés por juguetes.
23. Interés por seguir patrones de comportamiento/interacción.
24. Deseo de conservar los objetos de una cierta manera.
25. Comportamiento repetitivo.
26. Comportamiento auto-agresivo.
27. "Islas de competencia", es decir áreas donde el niño tiene una habilidad normal o incluso extraordinaria. Ejemplos típicos:
 - Habilidad para dibujar.
 - Habilidad musical.
 - Aritmética.
 - Cálculo de fechas y calendario.
 - Memoria.
 - Entonación musical perfecta.

En ocasiones los niños autistas pueden ser especialmente aficionados a los juegos de construcción, a los rompecabezas, seleccionar y ordenar objetos. Estas capacidades de habilidad visual-espacial superior, podría explicarse debido a que los niños autistas extraen menos sentido del ambiente, por lo cual pueden notar detalles que para un adulto o un niño común, puede pasar desapercibido; tienen una memoria visual excepcional, que unida a la falta de interpretación de lo que ven, parece ser la razón de que algunos de ellos realicen dibujos excepcionales.

2.2.1. Discapacidad de Comunicación.

Otros síntomas característicos de los problemas del autismo son, una discapacidad cualitativa en la comunicación, que se manifiesta en un retraso, o ausencia total, del desarrollo del lenguaje hablado, sin buscar medios alternativos tales como los gestos o la mímica, uso del lenguaje estereotipado y repetitivo o lenguaje idiosincrático, ausencia de juegos de representación o imitación social apropiados al nivel de desarrollo dependiendo de la etapa evolutiva. Cuando hablan espontáneamente, colocan de vez en cuando las frases en orden incorrecto, también pueden confundir palabras, lo que implica que tienen cierta conciencia de los significados; muy pocos niños autistas llegan a hablar con un sentido gramatical, tienden a hablar con voz plana y monótona, pueden ser capaces de hablar sin interrupciones y aparentemente con dominio de un tema que les interesa, pero al introducir algo nuevo parecen ser incapaces de incluirlo en su conversación. Mientras que unos niños no parecen comprender en absoluto lo que se les dice, otros parecen entender bastante bien. Sus caras muestran poca expresión y no utilizan sus manos y cuerpo para comunicarse, sin embargo, utiliza algunas formas de comunicación no verbal, tales como llantos y gritos, los cuales pueden ser identificados por los padres dependiendo de la necesidad que expresan.

2.2.2. El autismo en relación con otros síndromes.

Una característica más de la conducta de los niños autistas es la ausencia de conductas de apego a las personas, ya que tienden a mantenerse alejados, incluso de sus padres y parecen ser incapaces de adaptar su conducta a la de otros, llegando incluso a "no mostrar algún tipo de reconocimiento cuando su padre regresa después de haber estado ausente"¹⁵.

El síndrome del autismo se caracteriza por conductas especiales que pueden o no corresponder a la sintomatología de otros problemas psicológicos como la esquizofrenia o la discapacidad intelectual, tales como interés anormal en conductas estereotipadas y repetitivas, así como un interés excesivamente focalizado sobre algunos objetos, apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales, movimientos corporales repetitivos tales como contorsiones de dedos y manos o de todo el cuerpo.

A veces se producen determinados síntomas que coinciden con el autismo tales como:

1. Sinestesia (una sensación inesperada que aparece cuando se estimula un sentido de una manera específica).
2. Anormalidades del Cerebelo visibles con un scanner MRI.
3. Niveles altos de serotonina en el cerebro.

El niño autista alcanza los logros motrices principales casi a la misma edad que el niño normal, aunque puede existir un leve retraso, sin embargo presentan, como se ha mencionado con anterioridad aspectos anormales de la conducta motriz, tales como caminar de puntillas, realizar movimientos repetitivos, etc.. Estos niños prestan

poca o nula atención a la estimulación externa, prefiriendo la estimulación repetitiva que ellos mismos se proporcionan; "la reacción del niño autista ante su experiencia sensorial es frecuentemente extraña, a veces actúa como si no experimentara los ruidos, pudiera ver, percibir olores y sentir el contacto de otras personas o cosas que le tocan (...), en otros momentos, mostrará que sus sentidos funcionan"¹⁶.

La característica principal del autismo, no se trata sólo de que haya una ausencia de relación del niño con las personas, sino también una falta de relación de las conductas con el mundo. Nos resulta difícil dar sentido a esas conductas y, salvo excepciones relacionadas con reforzadores inmediatos y muy concretos, tenemos una impresión global de falta de propósito y finalidad en la mayor parte de los comportamientos del pequeño autista, muestran carencias importantes en el desarrollo de "acciones dirigidas a metas". Sus acciones se quedaban, por así decirlo, "bloqueadas" en formatos de tipo acción-efecto-contingencia o "acción de efecto continuo"¹⁷.

Una investigación sobre el origen del autismo, Gisela Lösche (1990) proporciona un fundamento objetivo a la vaga impresión de "falta de sentido" que aparentan las conductas de los niños con síntomas propios del espectro autista. Cuando esas conductas se examinan de forma objetiva y se codifican rigurosamente, se observa una ausencia de desarrollo de aquellos cursos de acción que implican intencionalidad, propósito, creatividad inherente, proyección hacia el futuro, en resumen, actividades que tengan un sentido. Es curioso que, en el extremo contrario al de los pequeños autistas estudiados por Lösche, cuando leemos por ejemplo las reflexiones de un autista adulto de nivel intelectual muy alto y capacidades introspectivas muy sobresalientes, como David Miedzianik (1986), obtengamos la

¹⁵ LEWIS, Vicky; *Desarrollo y Déficit*, p. 172

¹⁶ LEWIS, Vicky; *Op. Cit.*, p. 153

¹⁷ Cf. RIVIÈRE, Angel; 5º Congreso de Autismo en Europa; *Documento: Actividad y Sentido*, 1997

misma impresión desoladora de dificultad para dar sentido. El libro autobiográfico de Miedzianik, en el que se describen con especial perspicacia ciertas vivencias del "autismo desde dentro", produce a veces sensaciones semejantes a las que se obtienen de la literatura existencialista más obsesivamente centrada en la vivencia de falta de sentido¹⁸. Algunas de las observaciones hechas en dicha investigación, y que concluyeron en una clasificación más de las conductas típicas del autismo fueron:

(1). Predominio masivo de conductas sin propósito de tipo acción-efecto-contingencia o acción con efecto continuo (ambulación sin rumbo, vueltas sobre sí, estereotipias, etc.. Inaccesibilidad a consignas externas. Falta de relación acción-contexto.

(2). Conductas funcionales de ciclo muy corto inducidas desde fuera. Los patrones funcionales son <<recortados>> y tienen que producirse con estrategias muy directivas. Cuando no se producen, tienden a predominar las conductas del patrón (1).

(3). Conductas autónomas y funcionales de ciclo medio (p.ej., copiar un texto), pero que no se relacionan con totalidades coherentes de motivos y acciones encaminadas a metas a más largo plazo.

(4). Conjuntos complejos de actividades de ciclo largo, que permiten logros educativos y laborales importantes. Sin embargo, esas actividades no se asimilan a una imagen prospectiva de un yo proyectado que dé un sentido último a los logros. En muchos casos, los logros como tales constituyen los últimos motivos, que tienden a ser superficiales y externos.

¹⁸ Idem

La mayoría de los niños autistas presentan un retardo intelectual, "los datos varían, pero parece existir acuerdo en que más de la mitad de los niños autistas tienen cocientes intelectuales por debajo de 50"¹⁹, sin embargo, una de las mayores dificultades a las que se enfrenta un niño autista, es la incapacidad de aprovechar sus experiencias ni utilizar las anteriores para comprender situaciones actuales o prever las futuras, parecen fijados en el presente, son incapaces de imaginar cosas o prever consecuencias.

Debido a las características de su problema, los autistas son incapaces de imitar movimientos hechos por otras personas, la única forma de lograr que un niño autista aprenda una nueva acción es hacerle experimentar con su cuerpo la acción deseada, una vez que ha experimentado por sí mismo la acción, es capaz de repetirla, lo cual revela una incapacidad de ver el mundo desde una perspectiva diferente a la propia.

Por lo cual, después de haber hecho una descripción de la sintomatología y conducta de los niños autistas, tomando en cuenta los resultados de las investigaciones de diversos autores, se puede concluir que las conductas más significativas dentro del síndrome autista son: ●

1. Falta de lenguaje
2. Ecolalia: lenguaje que consiste en repetir literalmente lo que se oye.
3. Falta de interacción con otros niños.
4. No mira a los ojos.
5. No responde a las personas.
6. Trata a las otras personas como si fueran objetos inanimados
7. Dar vueltas sobre sí mismo.

¹⁹ LEWIS, Vicky; Op. Cit., p. 156

8. Balanceo (por ejemplo, en una valla).
9. Andar de puntillas.
10. Rechazo a ser tocados.
11. Obsesión por la conservación de la rutina.
12. Comportamientos repetitivos y estereotipados.

Obviamente la conducta de los niños autistas depende de la gravedad y características de cada caso en particular, aquí únicamente se mencionan aquellas que son características del autismo, y que son, a opinión de los investigadores, las que se dan con mayor frecuencia, y que son típicas del síndrome aquí descrito.

CAPÍTULO III
Etiología del Autismo y Métodos para
su Intervención.

3.1. Causas del Autismo

En general, las teorías acerca de las causas del autismo se dividen en dos grandes corrientes; una defiende que el niño es totalmente sano y normal al nacer, pero que su desarrollo emocional está perturbado debido a la manera de criarlos, dentro de esta misma corriente se sostiene que las experiencias de aprendizaje son erróneas desde el momento del nacimiento del niño, por lo cual se le condiciona para que su conducta se desarrolle de manera anormal. La segunda corriente sugiere que los niños que sufren de trastornos de tipo autístico, presentan alguna anomalía orgánica a nivel cerebral, lo cual les provoca alteraciones en el comportamiento.

3.1.1. Teorías emocionales

Las primeras relaciones entre madre e hijo, que son las que facilitan determinadas experiencias, tienen una gran incidencia en los primeros momentos de la vida hasta que el niño comienza a caminar, que es propiamente cuando, siguiendo el curso normal del desarrollo, el niño se individualiza; sin embargo, dentro de esta etapa, dentro de las primeras relaciones podía ocurrir un fracaso en la formación del yo, lo cual trascendería hasta una desadaptación y una desintegración de las estructuras personalógicas del niño, tales como una detención o una regresión a un estado primario del desarrollo en el cual se fija.

Existe un período normal del desarrollo en el que aparece el autismo de la primera infancia como paso normal en el que el niño, por ser muy vulnerable, se protege del encuentro con el mundo exterior, período en el que el niño no tiene conciencia de éste. El niño normal sale de este estadio debido a una tendencia innata

de discriminación, mediante la utilización de funciones mentales como el reconocimiento, la clarificación, la creación del objeto y la empatía; funciones a partir de las cuales el niño puede elaborar una representación interior de la realidad y tomar conciencia de sí mismo, y por lo tanto entrar en contacto con el mundo exterior y con las demás personas de manera que resulte enriquecedor para ambas partes. Cuando estas funciones se encuentran altamente perturbadas es cuando se habla de autismo patológico, en el cual no se produce el esperado contacto e interacción con el entorno, sino que, el niño se encuentra, como lo menciona Tustin,²⁰ en un estado de regresión a un estado dominado por la sensación, sin tener la capacidad para llegar a la percepción, lo cual trae como consecuencia un deterioro de las funciones cognitivas y afectivas.

En un primer momento, el niño y la madre forman una unidad total, llegando incluso a una indiferenciación, si la pérdida de este estado fusional llega a darse en un momento en el que el niño no ha integrado suficientemente los elementos que le permitan distinguir entre lo que es él y lo que no, esa experiencia será vivida como pérdida de sí mismo, por lo cual se desencadena la activación de una serie de mecanismos de defensa propios del autismo para evitar la intrusión de la separación. Las teorías que sugieren causas emocionales para el autismo²¹, sostienen tres razones para sustentar sus afirmaciones: primero, que los niños autistas presentan una gran cantidad de problemas de conducta, entre las cuales se incluye la capacidad para interrelacionarse con las demás personas y mostrar afectos de manera normal; segundo, cuando el profesor Kanner escribió primero sobre estos niños, la mayor parte de los psiquiatras de esa época estaban centrados en la importancia de las experiencias infantiles en el estudio de las diversas enfermedades mentales, es por ello que se atribuían causas emocionales a síntomas emocionales; tercero, varios autores que se dedicaron al estudio del autismo, señalaron que los padres de niños

²⁰ Cfr. GARANTO A, Jesús; *El Autismo*, p. 70

²¹ WING, Lorna; *La educación del Niño Autista*, p. 48

con este tipo de trastornos, tenían personalidades anormales, señalaban que las madres rechazaban a sus hijos y por lo tanto se comportaban de manera dura y fría con ellos, mientras que otras eran madres sobreprotectoras que sofocaban a sus bebés. El profesor Kanner y sus colegas expresaron que no eran precisamente las personalidades de las madres las que llegaban a afectar al niño a tal grado, sino los padres que por lo general se consideraban extraños, ya que eran excesivamente intelectuales, rígidos, apartados y sin sentido del humor, es decir, personas dedicadas a su trabajo más que a sus hijos.

Actualmente se han desechado las dos primeras razones antes descritas debido a que las investigaciones han demostrado que los niños que presentan problemas para la comprensión del mundo, tienen problemas emocionales como una consecuencia secundaria al problema principal, además actualmente los psicólogos y psiquiatras ya no se sienten tan seguros con respecto de las causas emocionales para las enfermedades mentales.

En cuanto a las personalidades de los padres, tanto los primeros investigadores como los actuales, describieron sus impresiones personales, por lo que estos datos pudieron hacerse de manera prejuiciada, además de que fueron muy pocos los investigadores que separaron los grupos de estudio de los niños psicóticos, del grupo de los niños autistas, por lo que las características de los padres no fueron divididas según el tipo especial de trastorno que presentaba el niño. Sólo un número muy reducido de estudios analizaron la personalidad de los padres de niños con autismo, y encontraron que el coeficiente intelectual de la mayoría de ellos era superior al término medio, pero presentaban los mismos problemas de los padres de niños con cualquier impedimento físico.

El hecho de que los padres de niños autistas presentaran una inteligencia superior y que fueran más educados y con un nivel ocupacional más elevado fue utilizado como argumento, un tanto subjetivo, de que tratan a sus hijos de manera impersonal y que se interesan muy poco por ellos; sin embargo, estudios posteriores han demostrado que los padres de los niños autistas, se encuentran más comprometidos con el cuidado y atención de sus hijos que aquellos padres que tienen un hijo con discapacidad intelectual, además que no se ha demostrado que en las casas cuna o en los orfanatorios, donde el cuidado del niño tiende a ser más bien impersonal, produzca que los niños que viven allí presenten estados autísticos.

Las causas emocionales también son llamadas psicogénéticas, las cuales tienen sus raíces en las teorías psicoanalíticas, y presuponen que el niño autista nació siendo un niño normal, pero que debido a causas y factores familiares adversos durante algún período de su desarrollo, se desencadena el cuadro autista. Los factores que intervienen en la génesis del autismo, según Cantweel, Baker y Rutter (1984) son²²:

1. Trastorno psiquiátrico parenteral o característico de personalidad anómala de los padres.
2. Cociente intelectual y clase social de los padres.
3. Interacción anómala entre padres e hijos.
4. Intenso estrés y sucesos traumáticos en una fase temprana de la vida del niño.

Las teorías emocionales sobre las causas del trastorno autístico realmente resultan insostenibles y son pocos los autores que las sostienen aún. Es necesario resaltar que los estudios sobre la conducta de los padres de los niños autistas, fue hecho después del diagnóstico del niño, es decir, que se confunden las causas con las consecuencias, debido a que en la mayoría de los casos las alteraciones en la

²²BAUTISTA, Rafael, Et Al.; Necesidades Educativas Especiales, p. 253

conducta de los padres se presentaba a raíz de la convivencia con el niño autista y no por el contrario, la conducta autista debido al comportamiento de los padres.

3.1.2. Teorías Organicistas

A lo largo de las investigaciones de las causas del autismo, se ha discutido la posibilidad de que las causas se deban a trastornos a nivel físico u orgánico, ya que se afirma que un tercio de estos niños presentan alteraciones a nivel cerebral y del sistema nervioso, además del autismo. Esta afirmación se debe a la observación que se ha hecho de las dificultades que presentan en la coordinación a nivel motor, así como los problemas que tienen para la comprensión y uso del lenguaje.

Un investigador radiografió a varios niños con autismo y detectó que la maduración ósea estaba demorada²³. Los niños con autismo pueden conservar sus rasgos infantiles durante más tiempo que los niños normales, sin embargo, la pubertad se presenta en los límites de edad acostumbrados. En los niños autistas son acostumbrados los patrones poco usuales en el sueño, es decir, suelen necesitar menor número de horas de sueño que los niños normales sin demostrar cansancio durante el día.

Algunos investigadores se han interesado en las causas básicas posibles para el autismo, tales como una anomalía hereditaria o una lesión, infección o algún otro hecho perjudicial que hubiera durante el nacimiento o después de él. Dichos métodos incluyen un detallado análisis de las historias familiares, de los cromosomas de los niños así como de sus parientes, y la averiguación acerca de problemas durante el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida.

²³ WING, Lorna; Op. Cit., p. 51

Una vez detectada la anormalidad, haría falta preguntarse cómo es que aquel factor produce los efectos de la manera que lo hace, podría ser por medio de algo que afecte directamente al cerebro o indirectamente por medio de alguna anormalidad química corporal, para esto es necesario realizar estudios sobre la bioquímica del cuerpo, así como exámenes neurológicos especiales. Sin embargo, algo que sería difícil, debido a que los estudios sobre el funcionamiento cerebral aún son poco satisfactorios, es localizar la zona del cerebro que sería afectada por una lesión.

Dentro de las causas orgánicas para el autismo, también se encuentran los factores de tipo hereditario o influencias de tipo genético; por ejemplo, hay una mayor probabilidad que dos gemelos monocigóticos (idénticos) tengan el autismo que los dicigóticos. En el primer caso, hay una coincidencia en el 100% de los genes; mientras que en el segundo, hay una coincidencia de sólo el 50%, la misma que se da entre hermanos no gemelos.

Dentro de las teorías organicistas, el síndrome autista es considerado como efecto de una alteración orgánica en lo que se llama el "equipamiento de base" (inmadurez del SNC, vegetativo o motor)²⁴, que imposibilita a los niños establecer relaciones normales y equilibradas con ellos mismos y su medio ambiente; dicha alteración parece ser de tipo químico-orgánico, y no necesariamente se manifiesta desde el primer momento.

Algunos investigadores han señalado que aproximadamente un tercio del total de estos niños presentan alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas, que podrían aportar claridad en el problema etiológico; debido a la gran importancia que presentan los estados emocionales (adrenalina, noradrenalina, serotonina, etc.); la única región del cerebro que podría verse afectada por un traumatismo precoz, y por

ende, provocar autismo, es el tálamo (Coleman, 1979)²⁵, el cual es una región vascularizada por la arteria cerebral posterior, un desperfecto pre o perinatal en estos vasos, tal como compresión, hipoxia o deshidratación, entre otros, podría provocar pérdida de neuronas en este centro y por lo tanto, provocar autismo.

Dentro de la teoría de disfunciones cerebrales como causa del autismo, las opiniones de los investigadores se dividen, unos señalan que la lesión sería una desorganización efectiva dentro del período intrauterino, mientras que otros se inclinan a pensar que la causa sería una lesión mas bien localizada en el lóbulo temporal, frontal y en los núcleos grises centrales (Damasio, 1978). También se ha señalado que las infecciones perinatales son una potencial etiología que podría explicar la edad en la que aparece el síndrome autista.

Aunque no existe en la mayoría de los casos una causa fisiológica evidente, se acepta que el déficit cognoscitivo tiene un papel crucial en la génesis del mismo. Tampoco se sabe si se debe a un agente etiológico o a una combinación de varios, entre las teorías que se postulan destacan:

1. Teorías genéticas (síndrome del cromosoma X frágil).
2. Anomalías bioquímicas (esclerosis tuberosa, fenilcetonuria no tratada, etc.).
3. De tipo infeccioso (rubeola, encefalitis, etc.).
4. Teoría de la disfunción cerebral del hemisferio izquierdo.
5. Teorías inmunológicas.

Sea cual sea la causa, aún los defensores de las teorías organicistas afirman que es imposible evidenciar una disfunción cerebral sin la implantación de electrodos y sin utilizar técnicas histopatológicas que examinen en profundidad el SNC,

²⁴ Cfr. GARANTO A., Jesús; *Op. Cit.*, p. 63

²⁵ *Idem.* P. 64

incluyendo el sistema límbico; en otras palabras, las causas del autismo aún son una cuestión difícil de definir debido a la dificultad de identificación precisa de desórdenes orgánicos.

Existen varios teóricos organicistas que coinciden en señalar la existencia de un trastorno base que impide la integración de estímulos visuales, auditivos y olfatorios, lo cual traería como consecuencia, según las teorías del procesamiento de la información, un procesamiento superselectivo en el autismo, ya que son más sensibles a nivel de oído, tacto y vista, a estímulos o sensaciones tenues o débiles que a las fuertes y deslumbrantes, ante las cuales parecen no inmutarse.

También existen pruebas de que un virus puede causar el autismo; existe un riesgo aumentado de tener un hijo autista si la madre estuvo expuesta al virus de la rubéola durante el primer trimestre del embarazo. El citomegalovirus también se ha asociado con autismo. Además, se especula que los virus asociados con las vacunas como la vacuna contra la rubéola y el componente pertussis de la inyección DPT, pueden causar autismo.

Aunque no existen pruebas científicas actualmente, hay una preocupación creciente de que las toxinas y la contaminación ambiental puedan causar el autismo. Existe una gran frecuencia de autismo en una aldea de Leomenster, Massachusetts, en donde estuvo una vez ubicada una fábrica de lentes para sol; es interesante notar que la proporción más alta de casos de autismo se encontraba en las casas ubicadas a favor del viento de las chimeneas de la fábrica.

3.2. Métodos de Intervención

A continuación se explicarán de manera general las distintas terapias y métodos que son válidos en función de la configuración que el cuadro autista presenta en cada niño en concreto; es decir, que cada uno de éstos no es excluyente entre sí, sino que pueden darse de manera combinada con el fin de lograr una sinergia que conduzca a una optimización de los resultados.

Sin embargo, debe analizarse cuidadosamente el caso, tanto del niño autista como de su familia y el entorno en el que se desarrolla, con el fin de elegir la terapia o terapias que mayormente se adapten a sus necesidades, posibilidades y que puedan desembocar en resultados de manera más efectiva.

Puesto que el autismo es un síndrome de etiología múltiple, el mejor tratamiento sería aquel que estuviera específicamente diseñado para un paciente en particular, basado en su diagnóstico individual.

3.1.1. Terapia medicamentosa.

A pesar de que no existen tratamientos medicamentosos que resuelvan satisfactoriamente el problema del autismo, sólo en determinados casos puede hacerse la administración de neurolépticos con el fin de reducir sintomatologías que entrañen problemas para el niño o para las personas que le rodean, es decir, síntomas que conllevan una gran aparatosidad; tales como los casos en los que el niño golpea su cabeza con fuerza y de manera repetitiva contra ciertos objetos o se muerde los dedos, o cuando agrede a otros niños de manera inesperada y con el fin de hacer un daño real, etc..

En estos casos concretos los neurolépticos reducen los niveles de ansiedad, agresividad y excitabilidad, y al mismo tiempo posibilitan un abordaje psicoterapéutico de los problemas subyacentes a tales sintomatologías. La medicación más ampliamente recetada para los niños autistas es el Metilfenidato, conocido usualmente con la marca de Ritalin²⁶ (un estimulante que se usa para tratar los trastornos por déficit de atención/hiperactividad); otro medicamento con el que se ha obtenido respuesta es con la administración de la vitamina B₆. Sin embargo, no existen ensayos controlados para demostrar su eficacia para los individuos que sufren del autismo.

La terapia medicamentosa, es constantemente objeto de abuso por parte de los terapeutas, sin tomar en cuenta que al mismo tiempo en que controlan ciertas sintomatologías, desestructuran la configuración personalógica, es decir, se priva al sujeto de los mecanismos de defensa que le permiten existir a su manera, de ahí la importancia de llevar, junto con la terapia médica, una psicoterapia que reestructure la configuración de su personalidad, y le permita ponerse en contacto con su entorno y le proporcione elementos positivos para entrar en comunicación con los otros.

Es necesario que la administración de fármacos sea prescrita por un especialista que tenga un profundo conocimiento de los mismos, tanto como del niño al que se habrán de recetar, así como realizar frecuentes controles sobre sus repercusiones; "si no existe una indicación de tratamiento basado en el estudio de la bioquímica del paciente o si esta modalidad de tratamiento individualizado no ofrece una utilidad significativa, esta intervención puede ser poco oportuna para ese problema determinado"²⁷.

²⁶ FERNÁNDEZ, Ricardo; *Educación Especial*, p. Autismo

²⁷ COLEMAN, Mary, *Et. Al.*; *El Autismo: Bases Biológicas*, p. 157

3.2.2. Intervención psicoterapéutica

Este tipo de intervención se refiere a todas las terapias de orientación analítica, que muchas veces en el autismo no pueden darse de manera ortodoxa, debido a que presuponen la utilización del lenguaje y el desarrollo de la capacidad simbólica, capacidades de las que carecen visiblemente los niños autistas, sin embargo, muchos de sus conceptos y recursos son perfectamente utilizables en este tipo de casos.

Dicha psicoterapia puede hacerse mediante la interpretación del lenguaje corporal, comportamientos manifiestos y la simple manera de <<estar>>; todo esto hecho a través de una observación minuciosa por medio de un análisis objetivo que nos aporte información global acerca del contexto global del niño autista.

Este tipo de terapia implica la acogida, atención, ayuda para aceptar y elaborar sentimientos, empatía, manejo de transferencias y contratransferencias²⁸, que son los pilares con los que el terapeuta se apoyará para reestructurar, recomponer el fragmentado mundo afectivo del niño autista, con el fin de conducir sus ansiedades, fantasías, miedos, tensiones, quebrantamientos simbólicos, amenazas, etc..

La terapia inicia con un descubrimiento de lo que es el contexto que rodea al niño, ya que de lo contrario, éste aparece como una amenaza que provoca vivencias persecutorias, ayudando al niño a responder a su entorno de manera realista, rompiendo con los mecanismos de defensa que le aíslan del mismo. La psicoterapia procura poner orden en la parte oculta del "iceberg" autístico interviniendo a nivel psíquico, dentro de la sintomatología del niño

²⁸ Cfr. GARANTO A. Jesús; Op. Cit., p. 81

3.2.3. Intervención psicopedagógica

En este tipo de intervención, la atención debe estar centrada en el niño como sujeto que necesita ayuda y que tiene que crecer a partir de él mismo y de su medio ambiente, en un sentido global de persona humana, unidad total y absoluta, por lo que es imposible tomar en cuenta aspectos aislados de la persona o de su problema, o simplemente "parchar" una serie de deficiencias, que solamente están expresando algo más profundo de la personalidad del niño, sino que es necesario dirigir los esfuerzos a niveles más profundos, en el origen de la situación general en la que se haya sumergido el niño.

Es importante comenzar por una serie de conductas sociales básicas, que son los hábitos de cuidado personal, una vez establecidos, el educador, ya sean los maestros o padres de familia, pueden continuar con las enseñanzas más complejas. Lo que realmente se busca es que el niño llegue a ser él, y que los responsables de esos niños dejen de desear por ellos; la meta es lograr su autonomía como sujetos únicos y diferentes a los demás, para lo cual es necesario no perder de vista las situaciones y rasgos específicamente personales de cada caso.

Para lograr esto, en la realización de actividades, es indispensable que exista una ausencia de imposición en cuanto a las actividades a desarrollar, se busca lograr la independencia y la capacidad de decisión en el niño, por lo que es importante comenzar por estos pequeños detalles, ya que una imposición sería mandar al fracaso cualquier otro esfuerzo que conduzca a la autonomía del niño.

Un punto de gran importancia en el manejo de métodos psicopedagógicos, es el no transmitir la ansiedad al niño, la cual puede ser causada al ver que los avances que se habían logrado se perdieron aparentemente debido a la aparición de un

estado regresivo, ya que la detección por parte del niño de esta ansiedad, podría deteriorar la relación y disminuir la posibilidad de resultados óptimos en el desarrollo.

Dentro de las habilidades que hay que desarrollar, es decir, el marco terapéutico, es necesario incluir aspectos físicos, de estructura arquitectónica, distribución, habilitación, espacio, etc. así como "el material humano que le rige y le da vida"²⁹.

Es necesario estructurar el tiempo y el espacio, es decir, darles una significación, que el niño lo tome como una identidad de algo propio y único, para lo cual se aplican una serie de actividades concretas que sirvan como puntos de referencia para estos niños que se encuentran totalmente desestructurados, pero sin caer en actividades rutinarias, que llevarían a estereotipar sus acciones, mecanizando su existencia.

Algo de gran utilidad son las actividades motrices, porque le da al niño la oportunidad de usar el tacto y los movimientos para aprender, se realizan actividades motrices guiando los miembros del niño utilizando de manera acertada el recurso del refuerzo y del desaliento; otro recurso es el uso de diagramas y modelos para comunicarles la idea sin depender únicamente de las palabras.

A pesar de que la gama de actividades con la que se puede trabajar con los niños autistas es muy amplia, es importante tomar en cuenta que lo que se busca desarrollar es un ser humano completo, no solamente cierto tipo de habilidad o conocimiento.

²⁹ Ibid., p. 86

Dentro de las terapias o intervenciones psicopedagógicas existen dos grandes divisiones entre las metodologías que suelen utilizarse para el tratamiento del autismo, las cuales son:

1. Métodos globales: Dentro de esta división se encuentran:

- a) Método Montessori: Su postulado principal consiste en "liberar el potencial de cada niño para que se autodesarrolle dentro de un ambiente estructurado"³⁰, realizándose ésto a través de la educación motriz, el cual incluye el cuidado de sí mismo así como el desarrollo y coordinación de los movimientos; la educación de los sentidos (discriminación de formas, colores, sonidos, sabores, etc.), así como la educación de las aptitudes para el lenguaje. Es importante destacar que este método se utiliza en niños con necesidades educativas especiales, haciéndole modificaciones que se consideren pertinentes dependiendo del caso particular.

- b) Método Le Bon Depart: Se trata de un método audiovisual y motriz en el que se conjugan el ritmo musical, la visualización y reproducción gráfica y el movimiento corporal (motricidad gruesa). A través de este método el niño desarrolla coordinación motriz al realizar distintos gestos para reproducir la gráfica siguiendo determinado ritmo de una canción; adquiere también conciencia de su imagen corporal y de su lateralidad, a través de las sensaciones kinestésicas y de los puntos de referencia que va tomando en relación con su propio cuerpo, aprende la estructura parcial de las formas, adquiere sentido del ritmo ya que todos los ejercicios acostumbran hacerse cantando, con el fin de lograr la estructuración temporal; finalmente, se puede afirmar que el niño mejora sus relaciones sociales por la adquisición de estos

³⁰Ibid. p. 115

elementos y por la integración armoniosa al grupo, ya que puede adquirir un sentimiento de seguridad que permite una mayor socialización porque se siente a gusto dentro del grupo y dentro de su mismo cuerpo.

c) Método Carl Orff: Es un método de educación musical para niños en edad escolar, el cual puede ser adaptado para niños autistas, ya que estimula la comunicación no verbal a través de canciones, movimientos y ritmos. El desarrollo del lenguaje se lleva a cabo a través de la comunicación a base de signos, sin que de esta manera se perjudique la adquisición del habla. Su aplicación puede ser también útil en la adquisición de la imagen corporal, relaciones espaciales, expresión motórica gruesa, lateralidad, etc..

2. Técnicas reeducativas: En un nivel menos globalizante es importante que el profesional dedicado al estudio del autismo tenga conocimientos sobre estas técnicas con el fin de que pueda adaptarlas según las necesidades del caso. Dentro de estos métodos se encuentran:

a) Musicoterapia: Según Platón la música era considerada como "el arte educador por excelencia"; ayuda al niño a manifestar sus emociones, su mundo más íntimo, permitiendo una toma de conciencia del mismo. Se pretende que a través de la música el terapeuta pueda comunicarse con el niño, favorecer sus asociaciones, ayudarlo a salir de sí mismo y afrontar la realidad, trabajar sus emociones y provocar una transferencia, debido a que el simple hecho de rechazar o elegir una determinada pieza musical es significativo ya que forma parte del mundo interno del sujeto. Es obvio decir que la musicoterapia irá necesariamente combinada con otras técnicas terapéuticas de acuerdo con el niño al que se está tratando. La incidencia de la pieza musical estará en función de la receptividad del sujeto, del estado psicosomático y de las

características de su sensorialidad y afectividad; la pauta de la música que se utilizará será dada por el niño, por lo cual es necesario que el terapeuta sea observador de las características del paciente así como conocedor de la utilización de la música dentro de la psicología.

- b) **Psicomotricidad:** Dentro de la psicomotricidad se relacionan aspectos anatómicos, neurofisiológicos, mecánicos y locomotrices. En este aspecto se destaca la importancia del movimiento corporal para el desarrollo psicológico, debido a que es a través del movimiento como el niño establece los primeros vínculos afectivos y emocionales con su entorno. Se toma en cuenta el tono muscular como regulador de actitudes, generador de emociones; y la importancia de la sensibilidad interoceptiva y propioceptiva que forman la base de la vida efectiva adulta. La psicomotricidad es considerada una terapia debido a que tiende a la reestructuración de la personalidad por una reeducación de los elementos deficitarios, es decir, una rehabilitación de los síntomas. Es considerada como un elemento insustituible de la educación vivenciada, ya que busca la reestructuración de las relaciones entre el niño y las personas que le rodean; a través de las situaciones espontáneas (expresión de deseos y motivaciones íntimas) y a nivel sensoriomotriz se van abordando distintas nociones, a través de la atención y observación se logra el nivel perceptivo y posteriormente el análisis y la organización perceptiva, hasta llegar de manera paulatina hasta la abstracción. Debido a que el niño autista tiene dificultades de expresión y comunicación, el lenguaje corporal ha perdido para él toda significación, por lo que es necesario volver a las fuentes originarias de la comunicación (lenguaje corporal, psicomotor, psicotónico) como única forma de entrar en contacto con las estructuras originales de la personalidad.

- c) Ludoterapia: Consiste en establecer vínculos emocionales con el niño y remover su <<caótico>> mundo interior, posibilitado al mismo tiempo el aprendizaje de nuevos comportamientos y conceptos. Existen algunos juegos exploratorios en los que los niños han de interesarse por los estímulos exteriores (madres, medio físico, su propio cuerpo, etc.), y por medio de esta aprehensión progresiva de la realidad, paulatinamente se produce la maduración interna, y aumenta el número de posibilidades de actividades al descubrir el niño qué es lo que puede llegar a realizar con las cosas. Dentro de esta terapia es necesario descubrir las situaciones que propicien el juego así como aquellas que lo imposibiliten, teniendo en cuenta la seguridad como el elemento que más facilita este tipo de actividad, ya que un niño que se siente abandonado, ignorado, etc., lo más probable es que no jugará, al sentirse dentro de un ambiente extraño. Debido a que el niño autista siente un desinterés por la realidad que lo rodea, la principal tarea del educador es tratar de conseguir que el niño autista acepte estímulos sensoriales por medio de los "juegos de contacto"; este tipo de juego comienza con una intervención pasiva por parte del niño para culminar en una participación activa dentro de las actividades lúdicas; sin embargo, es necesario tomar en cuenta que la actividad espontánea del niño autista se reduce a acciones estereotipadas, ya que la mayoría de las veces es incapaz de llevar a cabo un juego simbólico, por lo que una instauración del mismo será un índice de progreso.
- d) Dibujo: Este elemento es de gran valor, ya que no importa la perfección o la técnica con la que esté hecho, el dibujo revela su mundo más íntimo, así como su comprensión o interpretación del mundo, además de que nos ayuda a entrar en contacto con otras personas. El dibujo también puede actuar como elemento terapéutico y pedagógico, debido a que a través de él el terapeuta es capaz de entrar en contacto con el niño, en este caso en particular, con el

niño que sufre un trastorno de tipo autista, ya que es a través de los trazos hechos por el niño como el terapeuta conoce la interpretación del mundo del niño, así como su mundo interior. La técnica del dibujo es idóneamente aplicable entre los 5 hasta los 12 años de edad, pero es importante tomar en cuenta si el niño ha alcanzado la técnica necesaria para que el dibujar le cause placer, y se logre a través de él, un medio fecundo de comunicación.

3.2.3. Terapias de conducta

Este tipo de terapias buscan modificar la conducta, una vez establecidas las leyes que la rigen, por medio de reforzamientos o modelamiento de conductas que por aproximaciones sucesivas, conduzcan a la conducta deseada o a la extinción de las no deseadas³¹.

La modificación de la conducta desea estructurar nuevos modos positivos de conducta y reducir aquellos que resultan indeseables o inadecuados a través de una manipulación directa de la conducta, esto debe ser introducido en las situaciones vivenciales y experienciales con el fin de aprender nuevas conductas o cambiar aquellas que resulten inconvenientes.

Mediante esta metodología se establecen las "líneas base" de conducta y posteriormente se determina de manera detallada las conductas que desean reforzarse o extinguirse, así como la técnica a utilizar, para formar de esta manera el programa que más se adecue al caso particular.

³¹ Ibid., p. 89

El procedimiento que se sigue generalmente en este tipo de terapias es el que sigue:

1. Llevar a cabo una observación minuciosa de los comportamientos del niño, tanto los visuales como los verbales, con lo cual se forma un repertorio el cual es categorizado.
2. A partir de la observación y registro que se hicieron, se establecen los niveles de base en el lenguaje y contacto visual.
3. Se da el reforzamiento de:
 - a) Las respuestas verbales imitativas.
 - b) Respuestas verbales ante los objetos-estímulo.
 - c) Respuestas verbales ante la formulación verbal y la presentación del objeto-estímulo correspondiente.
 - d) Del contacto visual.
4. Establecido el programa, se verifica el progreso obtenido.

3.3. Especialistas para el tratamiento médico y psicopedagógico del autismo

El autismo es un trastorno que se manifiesta en muchas áreas de la personalidad del niño, tal como el lenguaje, la socialización, la formación de hábitos, etc., para lo cual es necesaria la intervención de diversos especialistas calificados para un mayor éxito en la terapia. Entre los especialistas necesarios para un tratamiento global de este trastorno se encuentran:

1. **Pediatra:** Médico que se especializa en diagnosticar y tratar niños con condiciones del desarrollo desde el nacimiento hasta la adolescencia.
2. **Psiquiatra:** Médico que se concentra en diagnosticar y tratar enfermedades mentales desde una perspectiva biológica y psicológica y que puede prescribir medicamentos como parte del tratamiento.
3. **Psicólogo:** Se especializa en entender el comportamiento, emociones y habilidades cognitivas de la persona. Puede recomendar estrategias para ayudar en el crecimiento y desarrollo o ayudar con comportamientos desafiantes.
4. **Neurólogo/Neurólogo Pediátrico:** Médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las condiciones del sistema nervioso.
5. **Genetista:** Médico que se especializa en el estudio de condiciones relacionadas con la herencia.
6. **Pedagogo:** Se encarga del establecimiento de programas de desarrollo cognitivo para el niño de acuerdo con sus capacidades con el fin de que pueda ser integrado a la enseñanza regular .
7. **Terapeuta del lenguaje:** Se encarga de dar al niño las herramientas necesarias para el buen desarrollo de los medios de comunicación oral.

Cualquiera que sea el tipo de intervención que se utilice con el niño, es indispensable la cooperación de la familia, especialmente de los padres, ya que al involucrarse de manera directa en el cuidado del niño y el reforzamiento del tratamiento en casa, se incrementan las respuestas positivas a este tratamiento.

CAPÍTULO IV
La familia del niño autista

Los niños con autismo representan un desafío tanto para los profesionales que trabajan con ellos como para los padres. Sin importar cuán profunda y duradera sea la influencia de cualquier programa educativo, debe reconocerse la eficacia que los factores del hogar tienen como mediadores de tal influencia. La forma más evolucionada de involucrar a los padres está diseñada para promover su participación en la enseñanza activa y directa de sus hijos, por lo general esto requiere que los educadores decidan qué es lo más conveniente para realizar con el niño y hacerlo congruente con el programa escolar vigente.

A través del tiempo varias teorías respecto a la estructura familiar han sido sostenidas y posteriormente eliminadas, por lo que ahora ya no se plantea de la misma manera el problema de la estructura funcional de la familia. Es importante analizar este tipo de estereotipos de estructura familiar y su consiguiente evolución a través del tiempo debido a que una de las corrientes de las causas del autismo se basa en la ausencia o deficiencia de cuidados familiares, y específicamente maternos.

4.1. Los padres en el autismo

Antiguamente se consideraba que la presencia de la madre en el hogar, durante todo el tiempo constituía el núcleo familiar y aunque la madre ha seguido siendo el pilar de la familia, por su permanente vigilancia y su afecto hacia los miembros, sin embargo, actualmente debido al elevado número de mujeres que trabajan, se plantea el problema de la lactancia artificial y la custodia de los hijos durante las horas de trabajo.

A menudo se han descrito las relaciones entre la pareja y el niño como una relación casi permanente con un miembro de la familia, pero no es el caso más frecuente de la sociedad actual. "La situación de las madres que trabajan constituye

un ejemplo de breves separaciones recurrentes y de cuidados maternos dispensados por diferentes figuras maternas³².

M. Rutter (1971), a través de estudios epidemiológicos y una revisión de la literatura rechaza la noción de que un contacto ininterrumpido entre madre e hijo (completa dedicación de la madre al cuidado del hijo), sea necesaria para la salud mental del niño y que la utilización de guarderías pudiera ocasionar un daño permanente, además de que ha sido comprobado que los niños no sufren por tener varias figuras maternas, debido a que las guarderías no interfieren necesariamente en el afecto normal que existe entre madre e hijo.

Las investigaciones hechas por B. Caldwell y J. Richmond han demostrado que los niños educados en colectividad (grupos de guardería) reciben muchos más estímulos que los educados en determinadas familias, desarrollándose del todo normalmente, estableciendo vínculos afectivos estables con el entorno. A. Clancier y R. Jaccard establecen que la permanencia ininterrumpida de la madre en el hogar no constituye obligatoriamente un ideal, ya que a veces se retrocede en el plano intelectual y afectivo por lo que se vuelven incapaces de tener con ellos intercambios a un nivel suficiente para ayudarlos a convertirse en adultos, es necesario comprender que un diálogo abierto entre padres e hijos sobre las realidades de este mundo es útil para su desarrollo.

A partir de estas investigaciones acerca de la importancia de la presencia de los padres en la crianza de los hijos, se infiere que la ausencia de los mismos por períodos limitados de tiempo, no necesariamente es causa para un trastorno relacional, y específicamente del autismo. La relación con los padres, como ya ha sido señalado es de vital importancia, sin embargo no es indispensable una cercanía

³² AJURIAGUERRA, J; *Manual de Psiquiatría Infantil*, p. 780

permanente, en la que se descuiden otros aspectos de la vida familiar y de la vida personal de los padres.

Es comprensible que la familia con un niño autista sufra un proceso doloroso al enterarse del diagnóstico, por lo cual necesariamente ocurre un cambio de actitud, debido a que todos sus planes y esperanzas para el futuro del niño (y el suyo propio) tendrán que ser modificados. Los padres de un niño con autismo tienen que enfrentar muchos problemas de orden práctico y otros de tipo emocional; muchos de éstos son comunes con los problemas que tienen los padres con un hijo que tiene cualquier trastorno, sin embargo, otros son exclusivos de los padres de los autistas.

Es difícil para los padres el resistirse a la idea de que han fracasado, debido a que las anormalidades físicas o psicológicas parecen provocar vergüenza y culpa las cuales no tiene un por qué racional, sin embargo no por ello dejan de ser comprensibles y con posibilidad de solución.

Sin embargo, para los padres la preocupación va más allá de las circunstancias sociales, ya que la dependencia del autista para con sus padres continúa en la adolescencia e incluso en la vida adulta; las muestras de la conducta difícil probablemente se tornen menos visibles, sin embargo las muestras de agresividad resultan más vergonzosas en los adultos que en los niños pequeños, por lo que los padres deben estar al pendiente de su hijo desde que es un niño hasta que es un adulto debido a que la maduración mental no se da de manera normal, por lo que un autista, a pesar de que tenga un cuerpo adulto, en su mente continúa siendo un niño encerrado en su mundo, dependiendo del caso, en mayor o menor grado..

4.2. El papel de los hermanos

A pesar de que las relaciones con los padres, y particularmente con la madre, constituyen la formación de los primeros vínculos del niño con la realidad, debido a que son la primera fuente de socialización, la hermandad constituye para el niño una transición entre el restringido medio familiar y la sociedad propiamente dicha, es decir, es una especie de aprendizaje social cuya eficacia está en función de la actitud de los padres, ya que éstos corren el riesgo de obstaculizarlo, ya sea por una preferencia marcada hacia uno de los hijos, o por una desunión de la pareja conyugal.

El contacto con los hermanos tiene varias implicaciones; Ch. Badouin ha dicho que "la fraternidad es en principio rivalidad, pues los hermanos nacen enemigos"³³. Según P. Cahn el niño desea que la madre sea exclusivamente para él y la existencia de hermanos ocasiona una rivalidad fundada en la experiencia de una frustración y generadora de envidia. El mecanismo de la relación fraterna dependerá esencialmente de dos factores: la actitud de la madre (agente y causa de la frustración) al mismo tiempo, los determinantes psicosociales del niño frustrado (posición ordinal entre los hermanos, importancia del número de hermanos, sexo y edad). Esta rivalidad entre hermanos se debe al sentimiento por parte del niño de que no está recibiendo suficiente afecto, y es lo que motiva a la ambivalencia odio-amor que caracteriza las relaciones entre los hermanos, según un estudio metodológico sobre "la familia agente etiológico de la enfermedad mental" realizado por J.P. Spiegel y N.W. Bell³⁴, refiriéndose a ciertos comportamientos de los padres y confrontándolos con reacciones particulares del niño, sin embargo sigue siendo necesario un estudio más a profundidad sobre la relación del comportamiento de los

³³ Ibid., p. 783

³⁴ Cf. Ibid., p. 785

padres con las alteraciones conductuales de sus hijos, especialmente cuando se trata de una alteración como el autismo.

El niño, sin embargo, reacciona de diferente forma ante el nacimiento del primer hermano que al de los siguientes; G. Mauco y P. Rambaud admiten que los primogénitos sobrepasan claramente a los segundogénitos en el plano intelectual, sin embargo, también se ha comprobado que el primogénito figura con frecuencia entre los niños que presentan dificultades. La situación afectiva del primogénito no es fácil, debido que al principio es hijo único y se presenta como único beneficiario del afecto de los padres y que repentinamente debe compartirlo con su nuevo hermano con el que debe, además, adoptar una actitud cariñosa. También es clásico considerar que el benjamín es el niño más mimado, sin embargo algunos autores han observado que frecuentemente este niño se encuentra claramente abandonado por su padre.

Las relaciones fraternas en el caso de los niños autistas, presentan dos caras, en una de las cuales se presenta el surgimiento de reacciones de envidia y rivalidad entre ellos debido a que, por su discapacidad, el niño autista requiere de cuidado y atención especial, con el fin de contribuir a su desarrollo y fomentar su integración a la sociedad por medio de la estimulación de sus capacidades intelectuales, afectivas, sociales y motoras, por lo que el tiempo de atención que requiere un niño autista por parte de su madre es notablemente superior al tiempo que requiere normalmente un niño con capacidades normales; la segunda de las posibles reacciones de un niño hacia su hermano autista es mostrarse cariñoso y con espíritu de ayuda, contribuyendo la estimulación del niño autista, en cualquier área, y como antes se mencionó, especialmente en el ámbito social, por lo que se amplía la posibilidad de brindar atención a los demás miembros de la familia al reducir un tanto por ciento el tiempo de dedicación de la madre al niño, es decir como pueden encontrarse niños profundamente afectados por el hecho de tener un hermano autista, existen otros

que disfrutan enormemente la oportunidad de ayudar a su hermano a salir adelante, buscan enseñarle cosas nuevas y los hacen participar de sus actividades. Algunos niños que tienen un hermano con alguna desventaja suelen tener actitudes que corresponden a niños de mayor edad, es por ello que los padres deben poner especial atención en que el niño además de ayudar a su hermano, tenga tiempo suficiente para realizar sus actividades infantiles, con el fin de que la niñez no se vea interrumpida por el hecho de tener un hermano con discapacidad.

Los hermanos pueden llegar a tener problemas por tener un hermano afectado con autismo, sin embargo, es más difícil encontrar pruebas de los efectos que se producen sobre los miembros de la familia que tienen un hermano en desventaja. En diversos estudios que se han hecho, se han arrojado resultados de que hay algunos niños a los que les afecta perjudicialmente tener un hermano incapacitado, mientras que hay otros que se manejan bien logrando a la larga resultados y experiencias benéficas. Las causas de esta diferencia aún no han sido determinadas con precisión, sin embargo parece ser que una familia en la que existe el apoyo y la aceptación para el niño con autismo, brinda una mayor oportunidad para demostrar el amor a sus hijos, y por lo tanto los hijos tienen una mayor capacidad para darse amor y apoyo entre sí, sin importar si tienen o no alguna deficiencia.

A pesar de lo bien que los hermanos puedan hacer frente a la experiencia de tener un hermano autista, tienen que enfrentar una serie de problemas específicos, tales como la falta de atención por parte de los padres debido a que el hermano con discapacidad absorbe todo su tiempo y energía; sin embargo, es responsabilidad de los padres el ser conscientes de que todos sus hijos necesitan también una gran cantidad de afecto e interés, para lo cual es necesario que hagan una buena organización del tiempo, con el fin de no descuidar sus actividades profesionales, hogar, matrimonio e hijos.

Otro problema que pueden presentar los hermanos es la incertidumbre que sienten al saber que no pueden invitar amigos a su casa debido a su hermano, para solucionar esto los padres deben ser conscientes de que ocultando el problema no va a desaparecer, por lo cual es recomendable que los padres permitan que los amigos de sus hijos vayan a jugar a su casa y respondan con claridad y sencillez a las preguntas que puedan hacer los amigos de sus hijos.

En algunos casos, los niños autistas pueden ser agresivos y violentos, y destruir los juguetes de sus hermanos, quienes lógicamente se molestan y encuentran eso algo difícil de soportar, por lo que es necesario que los padres hagan entender al niño que no debe tocar juguetes que no sean de su pertenencia, así como será necesario que las pertenencias de los hermanos queden fuera del alcance del niño autista; de esta manera se darán cuenta de que se respetan sus derechos y tolerarán de mejor manera cuando haya una pérdida ocasional, además de que aceptarán jugar con su hermano autista y ayudarlo a utilizar los juguetes.

Algunos niños pueden llegar a tener conflictos internos al dudar de la posibilidad de tener o llegar a tener síntomas como los de su hermano, o los adolescentes pensar en la posibilidad de llegar a tener un hijo con autismo. Es importante que la familia esté bien informada al respecto, ya que, aunque las investigaciones aún no han llegado al nivel de profundidad deseable, han revelado que es escasa la posibilidad de llegar a tener un segundo hijo con autismo, ya que no se han identificado factores que revelen que existen elementos hereditarios en este trastorno, y si los hay, la probabilidad es muy poca.

El análisis sobre las implicaciones que trae el tener un hermano con desventaja nos lleva a reiterar la importancia de lograr que el niño autista logre una interacción

social razonable lo más pronto posible, debido a que el que exista un miembro especial en la familia no debe ser causa de que haya trastornos serios y duraderos en el resto de la familia, en especial en los hermanos, que son los que se encuentran con una personalidad en formación.

4.3. El hijo único.

A pesar de los problemas que puedan surgir a partir de una relación fraterna, no dejan de ser menores que las dificultades que presenta un niño que tiene ausencia de las mismas, es decir, un niño que es hijo único. Según A. Van Krevelen "el hijo único resulta ser un débil, insuficientemente dotado para enfrentarse con un mundo hostil; en su lucha por la vida, es un lamentable combatiente."³⁵ Según Leo Kanner este tipo de niño tiene problemas particulares, debido a que es frágil, tímido, tiránico con los suyos, frecuentemente tiene problemas para integrarse a un grupo y para adaptarse con sus compañeros, además de que con regularidad reacciona con desconcierto o rebeldía hacia las situaciones que se le presentan.

El hijo único a menudo utiliza un vocabulario demasiado rico para su edad, e ideas que no encajan en esa edad, debido a su contacto casi exclusivo con adultos, tienen un carácter posesivo y altamente competitivo, llegando incluso al narcisismo, si bien debido al aislamiento y al contacto con adultos, también debido a la ausencia del aspecto formativo de la rivalidad fraterna.

El hijo único se culpa inconscientemente de no tener hermanos ni hermanas; fantasea que destruyó hermanos y hermanas potenciales para explicarse a sí mismo su situación como parte de su desarrollo psicológico, y teme las represalias de sus adversarios.

³⁵ Ibid., p. 787

Szymanska y Koritowska en 1950 descubrieron que el 42% de los niños afectados de perturbaciones caracterológicas eran hijos únicos; posteriormente una investigación de J. Burstin reveló que el porcentaje era de 15.26% únicamente, sin embargo no hay un síndrome clínico único y especial de los hijos únicos, quienes tampoco presentan cuadros neuróticos definidos. Ser hijo único constituye uno de los muchos factores que, en determinados pacientes, puede llegar a síntomas neuróticos o a una formación del carácter psiconeurótico; en el caso específico del autismo las estadísticas han revelado que la epidemiología en cuanto al orden de presentación en hermanos, los primogénitos aumentan la probabilidad teniendo como consecuencia el temor de los padres a un nuevo niño con problema, por lo que se convierte en hijo único acentuando los problemas que conlleva este fenómeno.

4.4. El divorcio de los padres

Otro problema familiar que puede repercutir en el desarrollo del niño es el divorcio de los padres, en el que se vive una familia desintegrada. Las consecuencias que trae esto para un niño autista son grandes, debido a que por lo común el nacimiento de un niño con discapacidad es causante de que uno de los padres, generalmente la madre, es la que tiene que hacer frente a la situación, debido al abandono del padre. A pesar de su encapsulamiento, el niño autista resiente esta situación, convirtiéndose en un problema aún más difícil de resolver porque se aumenta una agresión más por parte del medio externo a la que reacciona con violencia y hostilidad, o por el contrario con reacciones depresivo acompañadas de angustia, o bien bajo la forma de pesadillas, terrores nocturnos.

4.5. El trabajo y colaboración de los padres

Una vez analizados los tipos de familia y las cuestiones que pueden influir en el desarrollo del niño autista, es importante señalar cómo es que los padres pueden proporcionar una ayuda muy valiosa en la evolución de su hijo. Como ya se mencionó anteriormente, los padres sufren una angustiosa carrera por encontrar alguien que les explique el por qué de su hijo autista y que les infunda esperanzas de recuperación y frecuentemente sufren grandes decepciones debido a promesas que se van truncando, sin embargo es difícil que aquellos padres que se encuentran sumidos en el derrotismo, puedan hacer algo para brindar una ayuda importante a su hijo, por eso es importante acentuar la irremplazable colaboración que ellos pueden aportar en el abordaje psicoterapéutico y psicopedagógico del niño.

Los padres pueden colaborar por medio de sus observaciones acerca del comportamiento del niño, pudiendo aportar detalles específicos y valiosos, también, por medio de sus comportamientos no disociados (que ambos padres se comporten igual hacia el niño). Es importante que el terapeuta que trata al niño intente "ganar a los padres para la cooperación"³⁶, y para ello es necesario³⁷:

- a) Detener su ansioso peregrinaje
- b) Ayudarles a que sean realistas, es decir, avivar su esperanza al mismo tiempo en el que se les hace caer en la cuenta de que no esperen maravillas ni la recuperación total de su hijo.
- c) Trabajar los problemas relacionales que la presencia del niño autista les plantea.
- d) Desculpabilizarlos, no olvidar el enorme daño producido por las teorías psicoanalíticas en las que se culpabiliza a los padres por la problemática de sus hijos.

³⁶ GARANTO A., Jesús; Op. Cit., p. 128

³⁷ Idem.

e) Reconocimiento de absolutamente todo lo que hacen por el niño, por poco o incluso inadecuado que nos pueda parecer³⁸.

Es importante implicarles en una tarea educadora y terapéutica creando un ambiente familiar integrador y acogedor en el que en la familia exista un único proyecto y una misma conducta hacia el niño con autismo, es decir, que los padres no entren en competitividades y contradicciones (conductas disociadas). Significa implicarles también en el tratamiento rehabilitador en el mismo seno familiar y en consonancia con el plan de trabajo que de una manera compartida e integradora llevan los miembros del equipo de intervención psicoterapéutica-pedagógica del centro al que asiste el niño.

Con las pertinentes orientaciones, las cuales se harán de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, en el cual se establecerán unos objetivos claros a los que se tenderá de manera gradual, así como supervisión y asesoramiento constantes, los padres pueden contribuir positivamente a la realización de los planes en cada una de las áreas o aspectos del desarrollo; esta colaboración e implicación de los padres será más necesaria en el caso de lugares o escuelas en las que haya una carencia de personal especializado.

4.6. El programa de tratamiento y el papel de la familia

En la aplicación de programas de desarrollo para autistas, es necesario que siempre se tenga presente que en todo momento el desarrollo del niño será torpe, lento y que en ocasiones en alguna de las áreas no se percibirá logro alguno o que puede producirse de repente una situación inesperada, sin embargo, cualquier situación de la vida cotidiana puede ser aprovechada para incidir en la recuperación

³⁸ BAUTISTA, Rafael, *Et. Al.*; *Necesidades Educativas Especiales*, p. 267

del niño autista, circunstancias que no servirán de nada si no tienen como trasfondo un clima emocional, relacional y afectivo suficientemente estable y rico dentro de la familia.

A las familias que se cierran en su ambiente patologizante, es decir, aquellas que no ven más allá de su caso, es positivo ponerlos en contacto con otras familias que tengan problemas similares, con el fin de que contrasten y conozcan otras formas de afrontar los problemas. Otra aportación positiva para el caso es la creación de las escuelas de padres en las que se les capacite en aspectos generales, tales como sería una información acerca de lo que es el autismo, sus causas y consecuencias, así como aspectos específicos como podrían ser aspectos de conductas y técnicas para el manejo y educación de los niños con este trastorno.

En algunos casos extremos en los que el ambiente de la familia provoca un constante entorpecimiento entre padres y terapeutas, Garanto³⁹ es partidario de la familia sustitutoria o bien de los equipos familiares terapéuticos, sin embargo, antes de llegar a ello sería mucho más positivo la recuperación social, pedagógica y terapéutica de la familia entera, pero desafortunadamente en algunos de los casos esta situación se presenta como utópica, ya sea debido a una falta de sensibilidad o a la carencia de recursos de todo tipo para abordar este tipo de situaciones de manera coherente e incisiva, debido a que los recursos disponibles no llegan ni siquiera a cubrir el abordaje adecuado de estos niños dentro de centros especializados convenientemente atendidos y planificados.

También se requiere tomar en cuenta a los hermanos del niño autista, a quienes en ocasiones se relega, argumentando que ellos están sanos y por lo tanto no necesitan tanto de la atención de los padres, situación por la cual vienen las

³⁹ Cfr. GARANTO A. Jesús; *Op. Cit.*, p. 131

consiguientes hostilidades, más o menos encubiertas, hacia el hermano autista, con frecuentes tensiones relacionales, competitividades, comportamientos anormales cuyo fin es captar la atención y el aprecio de los demás. Es muy importante ayudarlos, pero también pedirles su cooperación, sin que llegue a ser obsesiva, ya que en algunos casos la atención al hermano autista llega al punto de olvidar su propia existencia y proyecto de vida.

CAPÍTULO V
Estudio de Caso y Programa Educativo

Dentro del complejo mundo del autismo, existe una gran variedad de síntomas y conductas típicas de este síndrome, pero no en todos los casos este problema se presenta con las mismas características y al mismo nivel de profundidad. Dentro del autismo hay muchas variantes en cuanto a personalidad y conducta, debido a que en la naturaleza cada individuo es diferente a los demás, es por eso que hay tantos tipos de autismo como niños autistas en el mundo. Es por ello que es imposible realizar un programa educativo, o de cualquier otro tipo, que sea un modelo aplicable a todos y cada uno de los casos sin hacer las modificaciones pertinentes de acuerdo con el caso particular al que se le va aplicar dicho programa.

Para efectos de este trabajo se propone un programa educativo para un niño en particular, el cual fue realizado con base en un estudio de caso en el que se analizaron cada uno de los elementos y características particulares de un alumno del CITIA (Centro Interdisciplinario para el Tratamiento e Investigación sobre el Autismo).

Inicialmente se analizan las características propias del caso estudiado, destacando los logros que se han alcanzado gracias a las diversas terapias e intervenciones que ha recibido, y a continuación se presenta el programa educativo que se propone para ese caso. Es importante señalar que aunque el programa se establece como un modelo, en este caso es adaptable a niños con síndrome de Asperger que presenten características semejantes a las del caso analizado, tomando en cuenta que es necesario adaptarlo a las características únicas y específicas de cada persona.

5.1. Análisis del caso.

Nombre del niño: Oscar Ramón A. A.

Edad: 10 años, 10 meses

Lugar de nacimiento: Guadalajara

Fecha de nacimiento: 14 de julio de 1988

Ocupación del padre: Chofer de una empresa.

Ocupación de la madre: Hogar.

Posición socioeconómica: Media baja.

Características del niño:

a) Pedagógicas: Verbaliza, tiene comprensión del mundo que le rodea, reconoce colores y formas, clasifica por color, tamaño y forma. Presenta repertorios básicos de atención e imitación, inversión pronominal. Lee y escribe, tiene habilidad numérica por encima de la media, con una gran facilidad para sumar cantidades grandes, sin embargo no puede distinguir entre dos números el mayor, no reconociendo los signos "> ó <". Dentro del aspecto conductual presenta, falta de capacidad de interacción social, hiperactividad y agresividad, se altera fácilmente, tiende a tirar los objetos que se le ponen enfrente y a amenazar a las personas con violencia cuando ha habido algún estímulo que le moleste, lo cual también puede desencadenar ataques de risa o ecolalia, manifestada en la repetición constante de los regaños hechos a él o algún miembro de su familia. Su caso es considerado "Asperger" o autista de alto rendimiento. Entre los movimientos estereotipados de Oscar se encuentra el girar agujetas a gran velocidad, movimiento con el cual se estimula.

- b) Médicas: Presenta reacción exagerada a la explotación sensible de la piel de la cara y en general. En el par craneal VII existe una reacción exagerada a las sustancias ácidas; el resto de los nervios craneales se presentan sin alteración. El balance psicomotor con pequeña disritmia o torpeza en los movimientos, existiendo un predominio de la mano y el pie derechos. Reconoce las partes del cuerpo y el espacio. Comprende el lenguaje oral, el escrito y los símbolos*. Su medicación actual consta de: Ritalín, Carbamacepina y Tiorizadina.
- c) Lenguaje: Entiende ademanes, debido a que cuenta con una lógica coloquial. Presenta ecolalia retardada de palabras y frases, especialmente los regaños del día anterior o los realizados en el camino a la escuela.
- d) Sensorial: Reacción exagerada a los sabores dulce y ácido; el ruido capta su atención, es sensible al cepillado y a la vibración, así como al cambio de actividad, ante el que se irrita fácilmente.
- e) Trabajo Social: Familia disfuncional formada por los padres y cuatro hijos. Debido a su trabajo de chofer el padre está constantemente fuera, por lo que hay escaso contacto con Oscar y con la familia en general; poco a poco el padre ha ido saliendo de su desinterés, sensibilizándose cada vez más de la importancia de su presencia para la evolución del niño.

El diagnóstico de autismo fue hecho en la clínica Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por un neurólogo. Los antecedentes terapéuticos antes de llegar al CITIA fueron:

* Dentro de la clasificación este aspecto correspondería al área pedagógica, sin embargo, se ha respetado la clasificación existente en el expediente del niño.

1. CDH (Centro de Desarrollo Humano) de los 2 a los 5 años: Se notó una mejoría en cuanto a la capacidad para interactuar con la familia.
2. Terapia del abrazo.
3. Terapia conductual.
4. Actividades escolares: A los 4 años ingresa a un Jardín de Niños regular, mejora la interacción con niños de su edad.
5. La madre lo ha enseñado a leer y a escribir.

Para determinar las causas que han provocado el autismo a Oscar Ramón, se han analizado un gran abanico de posibilidades que pudieran ser causantes directos o elementos que contribuyeron a que este síndrome se presentara, entre los elementos encontrados están:

FACTORES	HALLAZGOS
Familiars	Primo hermano fallecido que presentaba deficiencia mental y probablemente síndrome autista; primo hermano paterno con retraso mental e hiperactividad. Se concluye que hay antecedentes familiares relacionados con el autismo.
Personales	Lactancia materna de 1 año 2 meses, ablactación de 5 meses, biberón hasta los 2 años. Varicela a los 5 años, toxina contra parásitos cada 6 meses. Crisis convulsivas desde los 40 días hasta los 7 años, los cuales con antecedentes importantes relacionados con daño cerebral.
Predisponentes prenatales	Vacuna antitetánica durante el embarazo, relacionada con un deterioro en el desarrollo del sistema nervioso.

FACTORES	HALLAZGOS
Predisponentes perinatales	Duración del trabajo de parto: 5 horas. Presentación cefálica, uso de fórceps sin motivo aparente, anestesia por medio de raquea; llanto a los 35", se desconoce la coloración. Se concluye que el uso de fórceps es causal de traumatismo obstétrico con probable secuela neurológica.
Predisponentes posnatales	Dos días en observación por el uso de fórceps, la madre argumenta que el niño aparenta sordera. Se sospecha del tratamiento obstétrico en relación con los síntomas autistas.
Análisis del desarrollo motor y lenguaje	Desarrollo motor y lenguaje poco retrasados; requirió terapia para iniciar el habla (3 años). La madre refiere que es muy activo, hace berrinches y chupa todo lo que ve; actúa como más pequeño. Presenta miedo a los animales, es irritable y destructor.
Análisis de la exploración física.	Se observa a un niño alerta y cooperador, con ecolalia y ojeras marcadas.

El desarrollo del niño aparentemente fue normal, las conductas normales fueron presentadas a la edad correspondiente, con excepción del aspecto del lenguaje, el cual presentó un retraso notable en el tiempo de su aparición, por lo que tuvo que ser desarrollado por medio de terapia del lenguaje, desde los balbuceos hasta el establecimiento de conversaciones, sin embargo, éstas continúan sin tener

mucha coherencia con la realidad, centrándose en temas obsesivos que en el momento inquietan o interesan a Oscar.

El desarrollo de Oscar se describe en el cuadro que se presenta a continuación, determinando la conducta y la edad de su aparición, así como las anormalidades detectadas desde el momento de su nacimiento y las que, con el transcurso del tiempo, han sido descubiertas.

Área de desarrollo	Conducta y tiempo de aparición
Psicomotor y lenguaje.	Reflejo de succión: normal Balbuceo: 3 meses Sostiene la cabeza: 3 meses Sentado con apoyo: 5 meses Sentado solo: 7 meses Gateo: 10 meses Bipedestación: 12 meses Camina solo: 18 meses Control de esfínter vesical: 3 años Control de esfínter anal: 3 años Primeras sílabas: 3 años (Terapia del Lenguaje) Palabras: 3 años Frases: 3-4 años Conversación: 4-5 años Anomalías: Confusión de pronombres, actúa como más pequeño, muy activo, aparenta ser sordo desde recién nacido, sólo quería estar en la cuna, y se alteraba si lo movían.

Dentro de las múltiples pruebas que han sido aplicadas a Oscar Ramón se encuentran:

1. Escala de actividad del niño para el diagnóstico de la hiperactividad⁴⁰, la cual arroja los siguientes resultados:

a) Habla excesivamente	2
b) Interrumpe comida sin razón	1
c) Se levanta y se sienta	1
d) Balancea el cuerpo	2
e) Juega con objetos	2
f) Habla incesantemente	2
g) Interrumpe a los demás	1
h) Busca atención de los padres	2
i) Muestra perseverancia	2
j) Dificultad para iniciar el sueño	1
k) Inquietud mientras duerme	1
l) Inquietud en los vehículos	2
m) Inquietud durante las compras	1
n) Inquietud en la iglesia, cine, etc.	2
o) Inquietud durante las visitas	2
p) Desobediencia constante	1

⁴⁰ Los valores que se manejan equivalen a: 1= Ocasionalmente 2= Frecuente

En el Mini-Inventario CENNA de conducta y lenguaje del niño autista⁴¹ se percibe lo siguiente:

a) Conductas estereotipadas	F
b) Resistencia al cambio de actividad	O
c) Escrutinio visual detallado	O
d) Ordena y arregla objetos	F
e) Déficit en expresión y sonrisa social	F
f) Déficit en contacto visual	F
g) Ignora a otras personas	O
h) Ensimismamiento	F
i) Se comporta como sordo	O
j) Déficit gestual	F
k) Ecolalia	O
l) Habla en tercera persona	O
m) Empleo frecuente de clichés ecolálicos	F
n) Se tapa oídos intermitentemente	F
o) Olfatea objetos y partes del cuerpo	F
p) Atracción por música y comerciales de televisión	F

Las características conductuales que se observan son:

1. Si sufre un accidente grita o llora, no pide ayuda.
2. Juega con otros niños, juega y dice la lotería.
3. Reconoce manifestación de sentimientos de otras personas.
4. En ocasiones no hace caso de los niños o no concluye el juego.
5. Ausencia de actividad imaginativa.

⁴¹ Los valores que se manejan son: O= Ocasionalmente F= Frecuente

6. Deterioro en inicio y mantenimiento de una conversación.
7. Movimientos estereotipados de las manos.
8. Enojo si la mamá guarda un juguete que él quería.
9. Enojo si le cambian al radio a la mitad de una canción que le guste (gusto por la música).
10. Insistencia en seguir rutinas con gran precisión.
11. Restricción en conjunto de intereses (preocupación excesiva por un aspecto determinado).
12. Poca tolerancia a la frustración (berrinches).

Gracias a los tratamientos e intervenciones que se han dado al niño, así como la dedicación e interés por parte de su madre, Oscar Ramón ha tenido grandes avances y progresos que han permitido que mejore su interacción tanto con los miembros de su familia como con las personas en general; sin embargo, Oscar Ramón no es un niño con el que pueda llevarse a cabo trabajo de equipo debido a su agresividad al hacer algo que le moleste.

5.2. Programa Educativo para Oscar Ramón.

La educación es el "perfeccionamiento intencional de las potencialidades específicamente humanas"⁴². Un programa educativo consiste en una serie de pasos ordenados que tienen como fin cumplir con un objetivo que ha sido fijado con anterioridad con base a un estudio profundo en el que se ha hecho una detección de necesidades.

⁴² GARCÍA Hoz, Víctor; *Principios de Pedagogía Sistemática*, p. 25

El objetivo de todo programa educativo consiste en conducir al educando a un estado de perfeccionamiento, pero no al que el educador quiera, sino que es el propio educando el que debe desear llegar a ese estado, es por eso que se habla de un perfeccionamiento intencional.

A pesar de que es común pensar que por el hecho de tener el mismo síndrome dos niños son iguales o por lo menos muy parecidos, lo cual es un gran error, entre dos niños autistas existen enormes diferencias tanto en cuanto a personalidad, carácter, síntomas o manifestaciones del autismo, grado de respuesta a los tratamientos, etc., motivo por el cual no puede aplicarse un mismo programa educativo para dos casos por más similares que parezcan.

El programa que se presenta a continuación está diseñado con base al estudio del caso de Oscar Ramón, y específicamente para las conductas que él manifiesta; y para ser aplicado en otro caso, este programa deberá ser modificado casi en su totalidad, adaptándolo a las necesidades del nuevo caso y tomando solamente los elementos que puedan ser compatibles con otro caso distinto.

El programa integra cuatro áreas de desarrollo de la persona: la pedagógica, la social, la física o motora y la de comunicación, las cuales incluyen los aspectos siguientes.

- a) Pedagógica: Se refiere a todos aquellos aspectos cognitivos del niño en el que se desarrollan sus capacidades intelectuales, es decir, los conocimientos académicos que suelen aprenderse en la escuela primaria o en el preescolar, tales como las matemáticas, ciencias naturales, español, etc.. Dentro del programa se incluirán aspectos de coordinación visual-

espacial, manejo de números (suma, resta, etc.), utilización de símbolos, ubicación espacio-temporal, coordinación psicomotriz fina, etc..

- b) Social: este aspecto se refiere a la interacción con los demás y a la aceptación de sí mismo; a través del análisis de las conductas de tipo social, puede conocerse parte del aspecto psicológico, ya que la conducta es la expresión del yo interno, los aprendizajes sociales son aquellos que tienen los niños dentro y fuera de la escuela, que les ayudan a considerarse a sí mismos y a los demás con creciente respeto, que les ayuden a adquirir la capacidad de resolver los problemas de la vida y crear una mejor comprensión de la convivencia con los demás. En el caso de Oscar Ramón la conducta social se ve afectada por una incapacidad de interacción normal con las personas que le rodean, lo cual se ve reflejado en conductas agresivas y violentas tanto hacia las personas como a las cosas que le rodean, después de haber experimentado una sensación o un suceso que le desagrada o que de alguna manera lo haya alterado.
- c) Comunicación: Esta dimensión se refiere al desarrollo del lenguaje y las formas de expresión que el ser humano usa para mantenerse en contacto con las personas que le rodean y de esa manera poder externar lo que sienten, lo que piensan, lo que necesitan, etc.. Hay diversas formas de lenguaje, entre las que se encuentran el oral, que es el más común y el más utilizado por los seres humanos, sin embargo, otras formas de lenguaje son utilizadas con gran frecuencia ya sea como complemento del lenguaje oral o como sustituto de él, estas formas de lenguaje incluyen: los gestos, las señas, los sonidos, movimientos corporales, etc., a través de los cuales puede darse a entender lo que se desea comunicar. Los niños autistas tienen severos problemas en lo que se refiere a la comunicación,

por lo que es indispensable poner especial atención al desarrollo de esta área con el fin de lograr un avance en las demás, ya que es bien sabido que la educación se logra por medio de una transmisión de conocimientos la cual tiene que hacerse por medio de un lenguaje, por lo tanto al niño autista se le debe ayudar a adquirir un lenguaje con el fin de proporcionarle una herramienta que le permita la adquisición de conocimientos y le dé una llave para relacionarse con el mundo que le rodea.

- d) Física: Pretende desarrollar la psicomotricidad del niño, es decir, la coordinación de movimientos físicos que permitan al niño la integración de su esquema corporal, esto se logra con base en ejercicios y juegos que comprometan actividad física y coordinación de los movimientos corporales. En muchas ocasiones el niño autista tiene problemas de coordinación de movimientos, y en el caso concreto de Oscar, presenta una disritmia, es decir, cierta torpeza en la realización de los movimientos corporales, tales como la danza, movimientos de cintura, de brazos, saltos, etc..

Toda educación, para poder ser llamada como tal, necesita tener un requisito fundamental: ser integral, lo cual quiere decir que debe abarcar todos los aspectos de la persona, por lo que para efectos del presente programa no se ha hecho la división explícita definiendo objetivos y actividades para cada una de las áreas antes mencionadas, sino que se han fusionado dentro de un mismo programa que alcanzará su objetivo mediante el desarrollo de aspectos dentro de esas áreas o aspectos de la personalidad del niño.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA
PARA UN NIÑO AUTISTA**

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la relación interpersonal del niño con sus padres desarrollando las diferentes áreas de la personalidad

DURACIÓN DE LA APLICACIÓN: 1 año

PERSONA QUE LO APLICARÁ: Madre del niño

LUGAR DE APLICACIÓN: Casa del alumno

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la relación interpersonal del niño con sus padres desarrollando las diferentes áreas de la personalidad.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Disminuir la disritmia del movimiento, mejorando las nociones espacio-temporales por medio de la implantación de actividades de psicomotricidad gruesa.
2. Relacionar los conocimientos básicos de lengua escrita y matemáticas para su aplicación en la vida diaria.
3. Disminuir la ecolalia debida a situaciones afectivas que alteran el comportamiento del niño y su relación con las demás personas.
4. Mejorar la relación interpersonal del niño con sus padres, familiares más cercanos y compañeros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL
1.1. Mejorar la comprensión de nociones espaciales.	1.1.1. Jugar a la familia de Felipe para identificar la noción espacial dentro-fuera. 1.1.2. Jugar a "¿Dónde viven los animales?" para diferenciar arriba-abajo. 1.1.3. Jugar a Gigantes y Enanos para identificar la diferencia entre arriba y abajo. 1.1.4. Participar en el paseo en automóvil con el fin de mejorar las nociones de lateralidad derecha-izquierda.	Juego Lego Cartas con ilustraciones Ninguno Carrito de juguete
1.2. Favorecer la comprensión de las nociones temporales.	1.2.1. Jugar al elefante y el conejo para distinguir entre rápido y despacio.	Ninguno
1.3. Mejorar la comprensión de movimientos con un ritmo.	1.3.1. Seguir el ritmo de los tambores por medio de los bailes africanos. 1.3.2. Hacer gimnasia de acuerdo a las órdenes del instructor. 1.3.3. Jugar a la marcha de los soldados siguiendo el ritmo de la música.	Un tambor y una sonaja Ninguno Música para marchar
1.4. Incrementar la coordinación ojo-mano en los juegos de construcción.	1.4.1. Coordinar los movimientos para poder jugar al cubo en el vaso. 1.4.2. Hacer una torre de cubos lo más alta posible. 1.4.3. Ensartar estambre en la sopa para hacer collares, pulseras, etc.	Un vaso y un cubo Cubos de madera o plástico Sopa de coditos y estambre

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL
1.5. Mejorar la coordinación de los movimientos combinados de manos y piernas.	1.5.1. Jugar al paseo en automóvil para mejorar la coordinación de movimientos. 1.5.2. Interactuar en un juego de basket imaginando que es un día en la NBA.	Carrito de pedales Balón y canasta de basket ball
2.1. Desarrollar la pronunciación y la fluidez en la expresión.	2.1.1. Conversación sobre temas libres, haciendo las correcciones pertinentes.	Ninguno
2.2. Comprender la lectura de cuentos y fragmentos de libros.	2.2.1. Describir de qué se trata la lectura o el cuento que se leyó.	Libros y cuentos
2.3. Predicción de secuencias en el contenido de lecturas.	2.3.1. Participar en el juego "¿Qué sigue en esta historia?".	Libro de cuentos y tarjetas con dibujos
2.4. Contar del uno al cien de manera corrida.	2.4.1. Participar con sus familiares en el juego de la Oca contando y repasando los números en orden ascendente hasta el 100.	Juego de la Oca
2.5. Agrupar objetos según diversos criterios.	2.5.1. Agrupar las figuras geométricas según su forma, tamaño y color. 2.5.2. Identificar cuáles son los parientes de los animales de los dibujos.	Figuras geométricas de diversos colores Tarjetas con dibujos de animales
3.1. Respetar turnos al participar en una conversación.	3.1.1. Realizar conversaciones cotidianas tomando en cuenta los comentarios del niño.	Ninguno
3.2. Interactuar en las conversaciones familiares que se dan cotidianamente.	3.2.1. Hacer una mesa de discusión en la que se den turnos para que cada miembro de la familia de su opinión.	Ninguno

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL
3.3. Inventar cuentos con un familiar y/o amigo siguiendo una secuencia lógica.	3.3.1. Participar en el juego de "¿Qué sigue en la historia?" siguiendo una secuencia lógica.	Ninguno
3.4. Participar en juegos de pregunta y respuesta respetando los turnos.	3.4.1. Jugar al pintamonos, respetando las reglas y los turnos. 3.4.2. Jugar al chitón, respetando las normas del juego.	Pintamonos, pizarrón y gis. Ninguno
3.5. Narrar relatos o sucesos pasados respetando la secuencia temporal.	3.5.1. Platicar eventos pasados (en el fin de semana, vacaciones, el día anterior, etc.) secuencialmente.	Ninguno
4.1. Incrementar la colaboración del niño en trabajos de grupo.	4.1.1. Armar un rompecabezas en equipo	Rompecabezas
4.2. Favorecer el respeto de las reglas en el juego.	4.2.1. Jugar al burro castigado con una baraja.	Baraja española
4.3. Fomentar el respeto de los turnos durante las actividades.	4.3.1. Participar en el juego de mesa damas españolas.	Juego de damas españolas
4.4. Favorecer la tolerancia ante decisiones que le incomoden.	4.4.1. Relatar un cuento por medio de una secuencia en la que se siguen turnos. 4.4.2. Participar en el juego Parchís para convivir con sus compañeros.	Hoja de papel y lápiz Parchís
4.5. Reconocer el significado de las luces de los semáforos.	4.5.1. Jugar a un paseo por la ciudad obedeciendo al semáforo.	Semáforo de cartón y carrito de pedales.
4.6. Aplicar los conocimientos de la suma al comprar artículos en la tienda.	4.6.1. Jugar al mercado para aplicar los conocimientos sobre la suma y el valor del dinero.	Productos marcados con un precio, monedas y billetes.

Conclusiones

El autismo es una discapacidad de adquirir y mantener contactos sociales de manera normal, por lo cual es necesario dar un tratamiento adecuado para que el niño con este padecimiento pueda ir integrándose poco a poco a la sociedad, logrando tener relaciones sociales y afectivas exitosas.

El autismo es un síndrome que ataca a pocas personas, y es importante que sea detectado por medio de un diagnóstico atinado para diferenciarlo de otros síndromes parecidos. La epidemiología del autismo en el estado de Jalisco es la siguiente:

1. Prevalencia: 4.4. por cada 10 000 nacimientos.
2. Potencial en Jalisco: 2 640. Zona metropolitana: 1 320
3. Asociación con el sexo: Cuatro varones por cada mujer.
4. Asociación con epilepsia: Del 30 al 40% (espasmos infantiles y crisis psicomotoras).
5. Asociación con clase social: Misma predisposición en cualquiera.
6. Asociación con la raza: Igual en todas las razas.
7. Orden de presentación en hermanos: Los primogénitos aumentan la probabilidad.
8. Asociación con discapacidad intelectual: 75% con discapacidad intelectual, 20% CI normal y 5% CI superior.

Como ya se mencionó antes, para el tratamiento del autismo existen varias alternativas de tratamiento, que son la intervención médica o terapéutica, la psicoterapia, la estimulación psicopedagógica y las terapias de conducta. Estos tipos de alternativas de terapia no pueden darse de manera aislada, sino que para lograr resultados alentadores es indispensable el trabajo interdisciplinario sobre el niño.

En el caso analizado en este trabajo el niño recibe atención de manera interdisciplinaria, es decir, el niño es atendido en el área médica, pedagógica o cognitiva, psicomotricidad, sensorial, etc., con el fin de lograr un desarrollo y una educación integral.

Toda persona tiene derecho a una educación de calidad, lo cual quiere decir que esta educación debe ser integral, lo que significa que debe abarcar todas las esferas de la personalidad del individuo para llevarlo a un estado de perfeccionamiento de acuerdo con sus capacidades y limitaciones específicas.

Para el caso específico del autismo es necesario en ocasiones la atención personalizada debido a la incapacidad de interacción social con los compañeros, por lo que muchas de las actividades se hacen únicamente con el niño y el terapeuta, maestro o padre de familia.

Todo programa educativo para un niño que padezca de autismo, debe estar centrado en sus necesidades y características específicas, es decir, un programa no puede ser aplicado a dos niños sin hacer modificaciones y adaptaciones al caso particular, es por eso que se requiere de un estudio profundo del caso para definir objetivos y elegir las actividades pertinentes que permitan que las capacidades del niño se desarrollen al máximo.

Anexos

La explicación de los juegos mencionados en las actividades se hará a continuación, sin embargo, es importante mencionar que pueden hacerse tantas actividades diferentes o variantes de las mismas como el objetivo lo permita, las actividades que se mencionan en el programa son sólo ejemplos de juegos que pueden hacerse para cumplir con el objetivo específico correspondiente.

1.1.1. La familia de Felipe:

Para este juego es necesario un juego lego o cualquier otro material con el que pueda armarse una casa de juguete y cuatro monitos que representarán a Felipe y su familia. El objetivo del juego es que el niño reconozca la diferencia entre afuera y adentro, por lo que al niño debe preguntarse, poniendo los monos en diversos puntos de la casa:

¿En donde está el papá de Felipe, afuera o adentro de la casa?

¿Dónde está el jardín?, ¿Dónde está la recámara?, etc.

1.1.2. ¿Dónde viven los animales?:

Se elaborarán cartas con ilustraciones de animales que viven en la tierra (leones, perros, osos, hormigas, etc.) y animales que viven en las alturas (aves, monos, etc.), y se pedirá al niño que clasifique por grupos los animales que viven arriba o abajo.

1.1.3. Gigantes y enanos:

En fin de este juego es que el niño logre diferenciar arriba y abajo, para lo cual se pedirá al niño que cuando se le dé la instrucción "Gigante", se pare sobre las puntas de sus pies, y cuando se le diga "Enano", se ponga en posición de cuclillas. Este juego puede hacerse de manera individual con el niño quitando puntos cada vez que se equivoque o de manera grupal, descalificando a quien se equivoque.

1.1.5. Paseo en automóvil:

Para este juego se utilizará un carrito de juguete y se pedirá al niño que lo gire hacia la derecha o hacia la izquierda de manera alternada, el carrito puede ser de control remoto o de cualquier tipo, pudiendo utilizarse incluso un carrito de pedales.

1.2.1. El elefante y el conejo:

Para este juego en el que el niño identificará lo que es despacio y rápido, cuando al niño se le diga que es un elefante, debe caminar pesado y despacio, y cuando se le diga que es un conejo, debe hacerlo rápido y ligero.

1.3.1. Los bailes africanos:

Para este juego se harán movimientos libres (mover la cintura, bailar sobre un pie, mover la cadera, etc.), siguiendo el ritmo de la sonaja y el tambor.

1.3.2. La gimnasia:

Para esta actividad se hará una rutina en la que se incluirán movimientos básicos tales como saltos, sentadillas, movimientos de cintura hacia un lado y otro, movimientos circulares de cadera, movimientos de cuello hacia el frente y atrás y hacia un lado y otro, etc.

13.3. La marcha:

Siguiendo el ritmo de la música marcial, el niño deberá marchar, dándole instrucciones de girar a la derecha, a la izquierda, alto, etc.

1.4.1. El cubo en el vaso:

Para este juego se coloca un vaso sobre una mesa, el niño se coloca a la distancia de su brazo extendido, cerrando un ojo debe calcular en qué punto debe soltar el cubo para que caiga dentro del vaso. Una variante de este juego es que el niño se coloque a 3 metros de la mesa y de instrucciones a otra persona (derecha,

izquierda, adelante, atrás), para determinar cuando debe soltar el cubo para que caiga dentro del vaso.

1.5.1. El paseo en automóvil

Utilizando un carrito de pedales el niño coordinará los movimientos de manos y piernas al conducir el auto.

2.4.1. El juego de la Oca:

Para este juego debe adquirirse el juego de la oca y seguir las instrucciones del mismo.

2.5.2. Los parientes de los animales:

Una vez hechas las tarjetas con imágenes de diversos felinos, perros, aves, etc., de diferentes razas y tipo, el niño deberá clasificar las mismas en una misma familia (gatos, perros, etc.).

3.4.1. Pintamonos:

Pasa una persona al frente y dibuja cualquier objeto o situación y los demás deben adivinar qué es lo que está dibujando, el ganador será aquel que adivine primero, y pasará al frente a dibujar y así sucesivamente.

3.4.2. Chitón:

Lleva la misma lógica que el pintamonos, pero no se dibuja, sino que se actúa o se describen las situaciones por medio de movimientos corporales. En este juego la regla principal es que no se puede hablar.

4.2.1. El burro castigado:

Se utiliza una baraja española, la persona que va teniendo el turno coloca una carta en medio de la mesa de juego diciendo "as", la que sigue coloca otra carta diciendo "dos", la siguiente "tres", y así sucesivamente hasta llegar al "rey" y

volver a comenzar con el as. La persona que coloque una carta que corresponda a la que dice, pierde y toma todas las cartas del centro; el ganador será aquel a quien se le acaben primero las cartas.

4.3.1. Las damas españolas

Para este juego es necesario adquirir el juego de damas españolas y seguir el instructivo de juego incluido en él.

4.4.2. Parchís

En este caso hay que seguir las reglas del juego que vienen incluidas en el mismo.

4.5.1. Un paseo por la ciudad:

Manejando el carrito de pedales, el niño deberá seguir las instrucciones del semáforo de cartón al cual se le pegarán intercaladamente círculos de papel lustre de colores rojo, verde y amarillo en los lugares correspondientes.

4.6.1. El mercado:

Se etiquetarán productos con un precio, el niño será quien atiende el negocio para lo cual deberá saber cuanto cuesta el producto, saber cuanto le pagan y cuanto debe dar de cambio, también puede ser él quien vaya a comprar para saber cuanto debe pagar y cuanto deben regresarle.

Bibliografía

1. AGURIAGUERRA, J; *Manual de Psiquiatría Infantil*; Ed. Masson, Barcelona 1991.
2. American Psychiatric Association, versión española coordinada por M. Valdés Miyar; *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV)*; Masson, Barcelona, 1995
3. Asociación Nuevo Horizonte, <http://aut.tsai.es>, 24 de marzo de 1999
4. AUTORES VARIOS; *Biblioteca de Educación Especial*; Ed. Ceac, Barcelona 1991, pp. 298
5. BAUTISTA Rafael, Et. Al.; *Necesidades Educativas Especiales*; Ed. Aljibe, Colección "Educación para la Diversidad"; Granada 1993, pp. 411
6. BEE, Helen, et.al.; *El Desarrollo de la Persona a través de las Etapas de su Vida*; Ed. Harla, México 1987
7. BENJAMÍN, Barbaranne J.; *Un Niño Especial en la Familia*; Ed. Trillas, México 1994, pp. 85
8. CABRERIZO, Pilar, Et. Al.; *Tu hijo diferente*; Ed. Hacer Familia, Madrid 1990, pp. 196
9. CLARIZIO - McCOY; *Trastornos de la Conducta en el Niño*; Ed. Manual Moderno, México 1988, pp.697
10. CRAIG, Grace; *Desarrollo Psicológica*; Ed. Prentice Hall, México, 1989
11. GARANTO Alós Jesús; *El Autismo*; Ed. Herder, Barcelona 1990, pp. 155

12. GARCÍA Hoz, Víctor, et al; *Principios de Pedagogía Sistemática*, Ed. Rialp, Madrid 1987, pp. 693
13. GESELL, Arnold; *Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño*, Ed. PAIDOS, México 1994
14. GILLGHAM, Helen; *Como Ayudar a los Niños a Aceptarse a sí Mismos y a Aceptar a los Demás*, Ed. Paidós, Barcelona 1991
15. ISAACS, Nathan; *El Desarrollo de la Comprensión según Piaget*, Ed. Paidós, España, 1960
16. LEWIS, Vicky; *Desarrollo y Déficit*, Ed. Paidós, Madrid 1987
17. MAYOR, Juan, et al; *Manual de Educación Especial*, Ed. Anaya, Colección "Textos Universitarios; Madrid 1988, pp. 647
18. MEIER, Henry; *Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño: Erikson, Piaget y Sears*; Amorrortu Editores, Argentina, 1989
19. MENDIGUCHÍA, Francisco J; *Problemas Psicológicos de los Hijos*, Ediciones Palabra S.A., Madrid 1993, pp. 240
20. RONDAL, Jean; *Trastornos del Lenguaje 2*, Ed. PAIDÓS, Barcelona 1991, pp. 536
21. SALVIA, John, YSELDYKE, James; *Evaluación en Educación Especial*, Ed. Manual Moderno, México 1987, pp. 559

22. TUSTIN, Frances; *Estados Autísticos en los Niños*, Ed. PAIDOS, Barcelona 1992, pp. 303
23. WING, Lorna; *La Educación del Niño Autista*; Ed. PAIDOS, Barcelona 1985, pp. 175

TESIS ELECCIONADA

TESIS ECONOMICAS DE CALIDAD



ENRIQUE GLEZ. MARTINEZ N° 25 LOCAL 1

TELS. 614 83 90

TEL/FAX 614 01 34

MORELOS 565

TEL 614 38 34

SIEMPRE A SUS ORDENES

