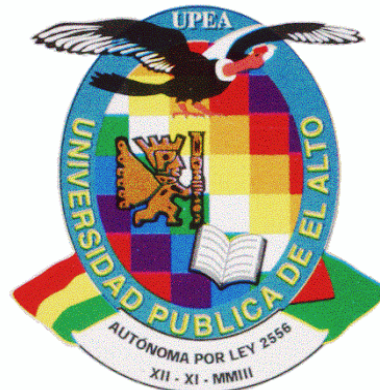


UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
ÁREA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



MONOGRAFÍA

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE TÉCNICO
UNIVERSITARIO SUPERIOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TEMA:

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA A NIÑOS CON AUTISMO

POSTULANTES:

UNIV. NORA LIMACHI QUISPE

UNIV. ROSALIA MAMANI MAMANI

TUTOR: LIC. EDGAR LUIS MAMANI SÁNCHEZ

EL ALTO- BOLIVIA

2017

PRESENTACIÓN

El presente trabajo monográfico trata sobre la temática de intervención psicopedagógica a niños con autismo en el cual nos llamó mucho la atención consideramos importante hacer que este tema pase a ser reconocido por las persona y así evitar que más niños empiecen a adquirirlo ya sea por falta de atención que reciben los niños de parte de sus padres puede ser por intoxicaciones alcohólicas en el caso de las madres embarazadas o de los niños en proceso de desarrollo o adquirirlo por genética.

Parte de nuestro tema de monografía es identificar los problemas conductuales en los niños autistas y cuantos niveles de autismo existen lo que queremos en general es conocer a los niños autistas y su forma de desenvolverse y a comunicarse con la sociedad. Se hace referencia a los Trastornos del Espectro Autista (TEA), especialmente a trastorno del autismo. Inicialmente encontramos un marco teórico donde se detallan las características de los TEA y algunos trastornos generalizados del desarrollo, los primeros síntomas, cómo detectarlo y la importancia de la atención temprana. Se resumirán los modelos etiológicos más comunes que explican las causas del autismo, las características fenotípicas y neurobiológicas y también, los métodos de intervención más útiles en un aula de educación infantil. Las posibles causas del trastorno del autismo todavía no están claras por ello el interés de resumir los posibles modelos etiológicos en este trabajo. Además, como educadores debemos conocer los modelos de intervención más positivos y beneficiosos para los niños con autismo, por ello se dedica un apartado para dicho tema.

DEDICATORIA

Dedicado a la Universidad Pública de El Alto por habernos dado la oportunidad en el estudio y de formarnos como profesionales.

*En especial a nuestros padres y a toda la familia, porque siempre nos han apoyado (Nora Limachi Q.)
(Rosalía Mamani M.)*

Agradecer a mis padres porque siempre me han apoyado en lo moral y en lo económico durante estos cinco años de estudio.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios.

A la Universidad Pública de El Alto por habernos abierto las puertas de este prestigioso templo del saber.

A los docentes por habernos inculcado los conocimientos en todos estos años de estudio en la universidad.

*Agradecer a nuestros padres y a toda la familia porque siempre nos han apoyado en lo moral y en lo económico durante estos cinco años de estudio.
(Nora Limachi Quispe) (Rosalía Mamani M.).*

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen	VI
CAPITULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA	2
3. OBJETIVOS	3
3.1. OBJETIVO GENERAL	3
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. JUSTIFICACIÓN	4
5. METODOLOGÍA	5
5.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADOS	5
5.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	5
CAPITULO II	
2. DESARROLLO CUERPO DE LA MONOGRAFÍA	6
2.1. ANTECEDENTES	6
2.2. ¿QUÉ ES EL AUTISMO?	6
2.3. CARACTERÍSTICAS	7
2.4. DIAGNÓSTICO	8
2.5. AUTISMO	10
2.5.1. Etiología del Autismo	11
2.5.2. Causas del Autismo	12
2.5.3. Trastornos Generalizados del Desarrollo	12
2.5.4. Clasificación del Autismo	12
2.5.5 Características Generales	13
2.5.6 Abordaje Conductual del Niño Autista	15
2.5.7. Niño discapacitado	17

2.6. TRATAMIENTO	19
2.7. LA FAMILIA DEL AUTISTA	21
2.8. LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO AUTISTA	25
CAPITULO III	
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	41

RESUMEN

El autismo se define como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética desde edades tempranas. Se manifiesta con una serie de síntomas basados en trastornos en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos.

El presente trabajo es un estudio bibliográfico que pretende acercar al lector al concepto de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), en concreto al Autismo. TEA es generalmente traducido como Trastorno del Espectro Autista, pero una traducción más correcta se realiza añadiendo los términos “del autismo”, es decir, Trastorno del Espectro del Autismo.

Además de explicar algunas de sus características fenotípicas y neurobiológicas, se darán a conocer diferentes modelos etiológicos sobre las causas del autismo en la edad infantil, y se expondrán los métodos más utilizados y eficaces, para intervenir con ellos en un aula de Educación Infantil.

Para construir una institución educativa, inclusiva y acogedora, debemos conocer en qué consiste el autismo y sus trastornos relacionados. La principal motivación para la realización de este trabajo, ha sido conocer este trastorno en profundidad, ya que la incidencia de niños con autismo y otros trastornos TEA en la actualidad es alta, y merece un conocimiento del mismo por todos los futuros educadores.

El diagnóstico precoz es primordial casi para cualquier tipo de trastorno o enfermedad, en el caso de los TEA, es importante y necesario, ya que cuanto antes puedan aplicar medidas y métodos para ayudarles, más fácil podremos hacer su vida y su futuro, ya que las intervenciones tempranas influyen de manera significativa en su crecimiento y desarrollo. El tratamiento en la intervención

temprana provoca que los efectos sean menos graves y que los beneficios sean posiblemente más duraderos en el tiempo.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El autismo es una discapacidad crónica, congénita, cuyos síntomas no se observan sino a partir de los 36 meses de edad. De allí que el diagnóstico del trastorno autista es por tanto clínico y no biológico, ya que está basado en los recuerdos de padres, familiares o docentes que se relacionen con los niños. La inquietud de los padres o tutores surge cuando el niño o la niña no se vuelven activos o sociables; hasta que finalmente son diagnosticados como autistas, al no ajustarse a patrones de conductas y comportamiento esperados en su desarrollo. Estadísticamente se estima que el autismo afecta de dos a diez personas por cada diez mil habitantes, siendo que por cada cuatro autistas del sexo masculino, hay una del sexo femenino pudiéndose encontrar en todos los niveles sociales.

Hace relativamente unos cuantos años la capacidad de aprendizaje de los niños con autismo ha avanzado progresivamente, debido a que años atrás los métodos y técnicas de enseñanza han ido evolucionando a causa de los avances tecnológicos y científicos ocurrientes en el mundo.

Desde el punto de vista académico, la revisión documental servirá de apoyo al conocimiento de los profesionales y estudiantes del área de educación para la prevención, diagnóstico y tratamiento para los niños autistas.

Por tanto el desarrollo del trabajo especial de grado que se presentará a continuación consta de tres capítulos conformados de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Se encuentra la introducción, el planteamiento del problema, los objetivos, general y específicos, la justificación del estudio, la metodología y el método.

En el Capítulo II: Se describen los antecedentes de la monografía, el desarrollo y cuerpo de la misma con bases teóricas de manera estructurada.

En el Capítulo III: Se hace referencia a las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA

A nivel mundial quinientos sesenta millones de personas padecen algún tipo de discapacidad, estos son llamados pacientes especiales; dentro de ellos se tiene que el autismo constituye un grupo importante, ya que hoy en día la incidencia es de 1 por cada 500 nacimientos, lo cual representa cifras abrumadoras.

En relación a lo anterior la estadística refleja que respecto al trastorno autista en Estados Unidos e Inglaterra indica su ocurrencia en 4,5 de cada 10.000 niños nacidos vivos; por lo que se debe considerar que estos cálculos de prevalencia varían considerablemente dependiendo del país, debido a discrepancias relacionadas con los criterios para los diagnósticos o influencias ambientales.

El autismo es un trastorno neurológico que comienza en la niñez, manifestando características en la conducta bien definidas e importantes para el diagnóstico; incluyendo déficit en la interacción social, carencia en las actividades perceptomotoras, anomalías en el desarrollo de las habilidades cognitivas, trastornos sensoriales y conservación de la uniformidad. (Padrón, 2004, p.13).

En consecuencia el autismo es la enfermedad más común dentro del grupo de perturbaciones del desarrollo, conocido como trastornos del espectro autista; caracterizándose por una escasa interacción social, problemas en la comunicación verbal y no verbal, actividades e intereses gravemente limitados, inusuales y repetitivos. De allí que este concepto ha ido cambiando y en la actualidad se habla

de síndrome autista, para designar una alteración evolutiva del desarrollo que puede definirse como dificultades de la comunicación verbal y gestual, variaciones de la interacción social recíproca, repertorio muy restringido de actividades e intereses, y patrones repetitivos de conducta.

Al respecto Kanner (1943) considera que el rasgo fundamental del síndrome de autismo es la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones; considerando que desde el principio hay una extrema soledad autista, algo que en lo posible desestima, ignora o impide la entrada de todo lo que le llega al niño desde fuera. A su vez contempla un conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas.

En este sentido las instituciones educativas, tienen como principal función educar y formar a los niños que padecen del trastorno autista y a su familia dentro del proceso integral; para así lograr su adaptación en el mundo en que ha de desenvolverse, ya que las dificultades de previsión que padecen los niños con autismo constituyen uno de los déficits más importantes a la hora de entender e intervenir ante conductas desconcertantes, sensación de desconexión. De ahí surge la necesidad de idear métodos que ayuden anticipar el futuro, dando a conocer cuáles son las lesiones en los autistas, para diseñar estrategias que prevengan estas manifestaciones bucales de mayor prevalencia.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso de intervención psicopedagógica en niños y niñas con el síndrome de autismo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las causas que generan el autismo.
- Identificar los niveles de autismo que se presentan en los niños y niñas.
- Describir las características del síndrome de autismo en los niños y niñas.

4. JUSTIFICACIÓN

Los desórdenes del espectro autista, y especialmente el autismo, constituyen un fenómeno misterioso para la mayoría de quienes se han acercado a él por las más diversas razones. Las distintas teorías explicativas del autismo intentan dar cuenta de aquello que ocurre dentro de estas crípticas y selladas mentes que nos niegan la entrada. La aparente falta de conducta volitiva y con sentido, la ausencia de intención comunicativa, de contacto social, de comunicación no verbal, de seguimiento de la mirada, de juego imaginativo y espontáneo, etc. (García, en Herleein, 2000), son signos que han despertado el interés de los curiosos más ingenuos hasta los investigadores científicos más experimentados.

En este marco es que la presente monografía se presenta como un esfuerzo por aportar información que contribuya a incrementar el conocimiento teórico y sintomático descriptivo de las características distintivas de las alteraciones específicas del cuadro del autismo, esperando poder contribuir así tanto a la comprensión del cuadro como a los diagnósticos diferenciales con cuadros aparentemente similares como lo son, por ejemplo, los trastornos específicos del lenguaje.

En el presente trabajo se reconoce la existencia de bases neurobiológicas explicativas al cuadro del autismo, por lo que se hace necesario dar énfasis en lo cognitivo, psicopedagógico. Ello implica una jerarquización de importancia de las diferentes explicaciones sino únicamente, el interés en enfoques que corresponden a niveles teóricos distintos.

El trabajo de monografía es de gran relevancia ya que plantea resultados y conclusiones que se encuentran únicamente en el plano de los supuestos teóricos, y no se basan en hallazgos neurobiológicos, sino única y exclusivamente al abordaje de funcionalidades alteradas en el cuadro autista.

5. METODOLOGÍA

El tipo de método que se utilizó en la elaboración de la monografía será el método descriptivo, porque se realizó la revisión bibliográfica para posteriormente sistematizar la información describiendo las características del autismo y los procesos de intervención.

5.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADOS

Inductivo – deductivo: Dio la posibilidad de partir del análisis del tema de estudio general, para ir deduciendo los elementos esenciales para crear una teoría, que podrá servir para próximos estudio acerca de la temática.

5.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la elaboración de la monografía se acudió a la investigación bibliográfica documental donde se encontró escritos que sustentan el presente trabajo.

También se recurrió a recopilación de información mediante búsqueda de medios tecnológicos como son el Internet, Blogger, Webquest, artículos científicos, etc.

CAPITULO II

DESARROLLO CUERPO DE LA MONOGRAFÍA

2.1. ANTECEDENTES

El término autismo proviene, etimológicamente, de la palabra griega autos que significa “sí mismo”, y que hace referencia a la expresión de ausentismo que presenta este padecimiento¹.

Fue utilizado por primera vez en el año 1911 por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler para referirse a un trastorno del pensamiento. Pero no fue sino hasta 1943, gracias a la investigación y descripción del término hecha por el psiquiatra austriaco Leo Kanner, que el síndrome adquiere la categoría de diagnóstico médico.

2.2. ¿QUÉ ES EL AUTISMO?

El autismo es un síndrome neuropsicológico complejo que se agrupa dentro de los llamados trastornos generalizados del desarrollo (TGD). Es un conjunto de síntomas que caracterizan un trastorno degenerativo del desarrollo bio-psico-social como son las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados.

Aún cuando el psiquiatra Kanner lo define como “una innata alteración autista del contacto afectivo”, puede decirse también que el autismo es la concentración de la atención de una persona en su propia intimidad, demostrando un desinterés hacia el mundo exterior y hacia quienes la rodean.

Actualmente se identifica al trastorno del espectro autista (TEA) de varias maneras: síndrome de Kanner, autismo infantil precoz, autismo anormal primario, autismo encapsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico

de la niñez con rasgos autistas y retraso mental asociado con autismo. Al autismo se clasifica en 5 tipos:

2.3. CARACTERÍSTICAS

Según Artigas en el 2001, las características de los síntomas se agrupan en tres categorías:

1) Alteraciones en la interacción social: generalmente tienden a aislarse y no responder a estímulos específicos, no muestran disposición a la interacción con otras personas y no prestan atención a lo que sucede a su alrededor.

2) Alteraciones en el lenguaje y la comunicación verbal y no verbal: el niño autista es incapaz de utilizar el lenguaje con sentido, o de procesar la información que recibe del medio, presenta una ausencia del habla parcial o total, y en aquellos que hablan solo se presenta la ecolalia.

3) Patrones de comportamiento, intereses o actividades: muestran una conducta o movimientos repetitivos o rituales específicos antes o durante la realización de alguna actividad; se resisten al cambio de las cosas, cualquier variación en el ambiente o en las acciones provoca una alteración o malestar; y pueden presentar también una conducta auto-lesiva.

Otras características comunes en el comportamiento del autista son:

- Marcada falta de reconocimiento de la existencia o de los sentimientos de los demás.
- Ausencia de búsqueda de consuelo en momentos de aflicción.
- Ausencia de capacidad de imitación.
- Ausencia de juego social.
- Marcada anormalidad en la comunicación no verbal.

- Ausencia de actividad imaginativa.
- Marcada anomalía en la emisión del lenguaje con afectación.
- Movimientos corporales estereotipados.
- Preocupación persistente por parte de objetos.
- Limitación marcada de intereses, con concentración en un interés particular. (P. 82)

2.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de autismo se basa en la conducta, y la interpretación de la significación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico. La primera fase consiste en la detección, donde las observaciones hechas por los padres sobre el desarrollo del niño serán de gran ayuda para su diagnóstico.

Las manifestaciones del autismo son muy amplias al igual que inconstantes por lo que, según los criterios de diagnóstico del DMS-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), requieren de la valoración de las tres categorías sintomatológicas descritas anteriormente; las cuales deben empezar a manifestarse antes de los tres primeros años de edad del niño.

El DSM-IV (APA 1994) indica que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar alguna de las características A, B, y C que se mencionan a continuación:

A) Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).

1.- Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales, adecuadas al nivel de desarrollo.

c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2.- Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.

c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.

d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel de desarrollo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).

d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B) Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

2.5. AUTISMO

Al Cuxart, F. el 2003 describe que el autismo es una discapacidad crónica, congénita, cuyo síntomas no se observan sino a partir de los 36 meses de edad. De modo que el diagnóstico del trastorno autista es por lo tanto clínico y no biológico, basado en los recuerdos de padres, familiares o docentes que se relacionen con ellos.

Por tanto en la mayoría de las historias clínicas se recogen anécdotas de bebés, no exigentes, contentos, que no lloran para que le den alimentos; ya que la inquietud en sus cuidadores surge cuando el niño o la niña no se vuelven activos o sociables hasta finalmente ser diagnosticado como autista, al no ajustarse a patrones de conductas y comportamiento esperados en su desarrollo. En algunos casos, un bebé autista no mantiene contacto visual, no muestra interés o

curiosidad por estímulos externos. Su desarrollo puede ser incluso normal en los primeros meses (Cuxart: F. 2003).

Debido a que los niños y niñas autista difieren ampliamente en sus habilidades y en sus conductas, porque cada síntoma puede manifestarse de diferentes maneras en cada niño o niña, ya que el proceso de desarrollo no es uniforme, en particular en lo que se refiere en las habilidades de comunicación, sociales y cognoscitivas (Cuxart: p. 38).

2.5.1. Etiología del Autismo

El origen del autismo aún en nuestros días no se conoce con certeza, existen diferentes intentos de explicación y aún se están realizando numerosos estudios.

De allí una de las explicaciones habla de la presencia de una conflicto entre madre e hijo, de tipo psicodinámico o por ansiedad de tipo existencial por parte del niño.

En este orden de ideas Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). refiere que es un trastorno funcional no orgánico, basado en un daño cerebral donde existen signos de lesiones neurológicas como: deficiencia mental, anomalías en el EEG, movimientos estereotipados y epilepsia de forma repentina. Aparecen lesiones en el hemisferio izquierdo por la destrucción de células y aumento de espacios que se llenan de fluidos y otra serie de anomalías. También se menciona una etiología de tipo genética, por ejemplo la presencia del síndrome de X frágil explicaría la mayor incidencia de varones en el autismo. La presencia de infecciones víricas, donde las madres no tuvieran defensas inmunológicas. Aunque seguramente que esto sucede por una serie de causas encadenadas entre sí.

2.5.2. Causas del Autismo

- Dieta.

- Cambios en el tubo digestivo.
- Intoxicación con mercurio.
- Incapacidad del cuerpo para utilizar apropiadamente las vitaminas y los minerales.
- Sensibilidad a vacunas. (Dabrowska: 2010).

2.5.3. Trastornos Generalizados del Desarrollo

- **Síndrome de Asperger:** es similar al autismo, pero con desarrollo normal del lenguaje.
- **Síndrome de Rett:** es muy diferente del autismo y sólo ocurre en las mujeres.
- **Trastorno Desintegrativo Infantil:** es una afección poco común por la que un niño aprende destrezas y luego las pierde hacia la edad de 10 años.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS), llamado autismo atípico.

2.5.4. Clasificación del Autismo

Es importante hacer mención que no todos los niños autistas actúan de la misma forma:

- Hacer girar o retorcer a sus juguetes, otros nunca lo hacen.
- Disfrutan cuando están rodeados de personas y otros prefieren jugar solos.
- Les gustan cuando se les hacen cosquillas, mientras que a otros no les gustan que se les toque.
- Unos son más autistas con respecto a otros.

- Algunos presentan signos ligeros de autismo y otros, presenta un autismo severo. (Dabrowska: 2010. P. 26).

Autismo Ligero: cuando el niño presenta sólo algunos signos y no se muestran como muy serios. Pueden por ejemplo tener problemas en mirar cara a cara, contacto visual (ojo a ojo) y contar objetos.

Autismo Severo: cuando les es casi imposible mirar a la gente a la cara, incluso comunicarse por señas, parecen estar envueltos en su propio mundo, aislados. . (Dabrowska: 2010. P. 35).

2.5.5 Características Generales

En relación a las características del autismo Rimland, B. 1964. expone que la mayoría de los padres de niños autistas empiezan a sospechar que algo no está bien cuando el niño tiene 18 meses y buscan ayuda hacia los 2 años de edad.

De allí que los niños con autismo se caracterizan por presentar dificultades en:

- Juegos actuados.
- Interacciones sociales.
- Comunicación verbal y no verbal.

En definitiva algunos niños con autismo parecen normales antes de 1 ó 2 años de edad y luego presentan una regresión súbita y pierden las habilidades del lenguaje adquiridas con anterioridad. Asimismo se nota que las personas con autismo pueden:

- Sensibles en cuanto a la vista, oído, tacto, olfato o el gusto, como por ejemplo, puede negarse a vestir ropa picante y se angustian si se los obliga a usar estas ropas.

- Angustia inusual cuando se le cambian las rutinas.
- Efectuar movimientos corporales repetitivos
- Muestran apegos inusuales a objetos.
- Los síntomas pueden variar de moderados a severos.
- Es incapaz de iniciar o mantener una conversación social.
- Se comunica con gestos en vez de palabras.
- Desarrolla el lenguaje lentamente o no lo desarrolla en absoluto.
- No ajusta la mirada para observar objetos que otros están mirando.
- No se refiere a sí mismo correctamente tal es el caso de usted quiere agua, cuando en realidad quiere decir yo quiero agua.
- No señala para dirigir la atención de otros hacia objetos.
- Repite palabras o memoriza pasajes, como comerciales.
- Utiliza rimas sin sentido.
- Tiene dificultad para hacer amigos.
- No participa en juegos interactivos.
- Es retraído.
- Puede no responder al contacto visual o a las sonrisas o puede evitar el contacto visual.
- Puede tratar a otros como si fueran objetos.
- Prefiere pasar el tiempo solo y no con otros.
- Muestra falta de empatía.
- No se sobresalta ante los ruidos fuertes.
- Presenta aumento o disminución en los sentidos de la visión, oído, tacto, olfato o gusto.
- Los ruidos normales le pueden parecer dolorosos y se lleva las manos a los oídos.
- Puede evitar el contacto físico porque es muy estimulante o abrumador.
- Frota superficies, se lleva objetos a la boca y los lame.
- Parece tener un aumento o disminución en la respuesta al dolor.
- No imita las acciones de otras personas.
- Prefiere el juego ritualista o solitario.

- Muestra poco juego imaginativo o actuado.
- Se expresa con ataques de cólera intensos.
- Se dedica a un solo tema o tarea.
- Tiene un período de atención breve.
- Tiene intereses muy restringidos.
- Es hiperactivo o demasiado pasivo.
- Muestra agresión a otras personas o a sí mismo.
- Muestra gran necesidad por la monotonía.
- Utiliza movimientos corporales repetitivos. (P. 80)

2.5.6 Abordaje Conductual del Niño Autista

Las teorías anteriormente mencionadas centran sus esfuerzos en la desaparición, o control, de las alteraciones de la personalidad. Mientras que (Rodríguez, E.: 2004).lo asocia con aislamiento, incomunicación y obsesiones; con el fin de poder aplicar posteriormente las técnicas educativas comunes a los demás niños.

Sin embargo no se trata de hacer desaparecer las alteraciones para que aflore el desarrollo normal del niño y que este pueda adaptarse al mundo que le rodea; se trata de facilitar su desenvolvimiento en éste, realizando en su entorno las adaptaciones necesarias y desarrollando al máximo las posibilidades cognitivas del niño. Esto se realizará con el fin de que el déficit cognitivo tenga la menor repercusión posible en su adaptación al mundo en que ha de desenvolverse.

En resumidas cuentas las características conductuales del paciente autista hacen del individuo que lo padece, un paciente con necesidades especiales, por lo que su manejo representa un reto para el educador.

De manera que algunas de las estrategias que se utilizan para el aprendizaje y la modificación de conductas en niños autistas son el reforzamiento positivo, el moldeamiento, que generalmente se utilizan a diario; sin embargo la técnica más novedosa que actualmente es usada con niños autistas en la enseñanza estructurada. (Rodríguez: 2004 P. 86).

En resumen el desarrollo en el conocimiento social de los niños autistas, no se logra por los medios en los que los demás lo logran. El niño autista no es que no esté dispuesto para aprender el conocimiento social, sino que desconoce cómo hacerlo, ya que no puede aprenderlo a través de medios naturales.; por esta razón se hace necesario programar la enseñanza. (Duffy, 2005, p.34).

En los últimos años se ha desarrollado el uso de agendas en los contextos de aprendizaje de los niños autistas, tratándose de procedimientos que implican el registro (gráfico o escrito) de secuencias diarias de actividades, y frecuentemente el resumen simple de sucesos relevantes en el día, lo cual facilita la anticipación y comprensión de las situaciones, incluso a autistas de nivel cognitivo relativamente bajo. Por tanto se tiene que las agendas generan efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños autistas, favoreciendo la motivación para el aprendizaje y contribuyen a dar orden a su mundo.

Es así que las dificultades de previsión que padecen las personas con autismo constituyen uno del déficit más importante a la hora de entender e intervenir ante conductas desconcertantes, sensación de desconexión, y en la presencia de estados de ansiedad, nerviosismo e incluso problemas de conducta.

De ahí la importancia de idear métodos que ayuden a anticipar el futuro, ya que avisar verbalmente los acontecimientos que van a ocurrir no resulta útil para la mayoría de los niños autistas.

Cabe destacar que un programa efectivo que se usa en la enseñanza estructurada es el método Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados (Teacch), fundamentado en preparar a las personas autistas para vivir y desenvolverse más efectivamente en todos los roles de su vida, reduciendo o removiendo los comportamientos autistas. (Tortosa y Medida, 2003, p.100).

Como lo plantean Bristol y Schopler (1993), (citados por Padrón, 1996) actualmente se enfatiza el trabajo independiente, que se logra a través de una enseñanza estructurada con programas estrictamente individualizados; utilizando las fortalezas visuales y espaciales del niño con autismo.

En resumen el método teacch se basa en elementos visuales (fotografía, miniaturas, pictogramas, palabras), utilización de agendas y del modelaje, ofreciendo a las personas con autismo las guías que necesitan para saber qué es lo que van a hacer, cómo, con quién, cuánto tiempo va a estar en esa actividad. Este método sería de gran utilidad a la hora del abordaje conductual del niño autista en la consulta odontológica, donde a través del uso de pictogramas se puede explicar cada actividad que se realizará, aprovechando las fortalezas vasomotoras que presentan estos pacientes. (American Society of autismo, ASA, 2000).

2.5.7. Niño discapacitado

Es aquel que tiene un estado mental, físico, clínico social que le impide alcanzar todo su potencial, en comparación con otros niños de su misma edad.

C) El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

El diagnóstico del autismo puede dificultarse a causa de varias razones como son: la publicidad que se ha hecho sobre el tema, la cual no es comprensible en toda ocasión; la gran cantidad de aplicaciones que han recibido los criterios de diagnóstico, es decir la complejidad de sus características y la dificultad para identificarlas y distinguirlas de otros síndromes; la falta de signos o rasgos físicos visibles que aseguren el padecimiento de algún trastorno, y la ausencia de indicadores psicobiológicos que puedan tomarse en cuenta para afirmar o negar el diagnóstico.

Sumada a estas razones existe también la complicación que representa la sintomatología del autismo, ya que suele encontrarse también en otras enfermedades y por lo general presenta diferentes grados en las distintas etapas del desarrollo. Además de la variedad de definiciones y de su poca precisión, está la heterogeneidad de la población y la gran variedad de instrumentos utilizados para el diagnóstico, La obtención de un diagnóstico temprano es crítica., dado que la edad óptima para comenzar una intervención intensiva del comportamiento es antes de los 5 años de edad y los mayores éxitos se han logrado en niños que inician un tratamiento entre los dos y tres años. Esto puede deberse al hecho de que un cerebro en desarrollo es más flexible a esta edad; y el ejercer una intensa, repetitiva y activa interacción sobre el comportamiento del niño, tal vez influya en los circuitos neurales, corrigiéndolos antes de que las correlaciones neurobiológicas del comportamiento autista se conviertan en algo relativamente permanente.

2.6. TRATAMIENTO

Es muy importante obtener un diagnóstico certero, ya que el autismo puede llegar a confundirse con el Síndrome de Asperger o el Síndrome de Rett, porque aunque estos desordenes comparten algunos síntomas requieren de tratamientos distintos.

Aun con el autismo el tratamiento difiere de paciente a paciente, puesto que existen distintos grados dentro del mismo. Aunque no se han encontrado las causas ni el tratamiento específico para el TEA, sí se han realizado descubrimientos relacionados a la eficacia de los métodos de tratamiento que existen y cuáles pueden utilizarse para síntomas y conductas específicas.

Se ha descubierto también que las características del que presenta el autismo pueden ser minimizadas mediante diversas técnicas de educación especial que se apoyan interdisciplinariamente en la psicología, psiquiatría, medicina, biología, pediatría, trabajo social, etc. Para Rodríguez, B. en el 2007. Entre los métodos de terapias para tratar el espectro autista se encuentran, como las más conocidas, las siguientes:

- Terapia conductual: conocido también como método Lovaas, ABA o Skinner, y se basa en la enseñanza de repetición con premios y castigos. Consiste en estimular la conducta deseable implementando controles positivos (premios), y suprimir una conducta incorrecta mediante el castigo.

Mayormente se aplica la tendencia de refuerzo, presentando al niño la oportunidad de jugar y obtener premios en lugar de “el trabajo”.

- TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communicationhandicapped Children): el objetivo de este tratamiento es mejorar la adaptación del individuo con TEA mediante la contribución a la mejora de sus habilidades y la modificación y estructuración del entorno para adaptarse a los déficits autísticos.

Funciona mediante un sistema de enseñanza estructurada que interviene por medio de la comunicación, intentando desarrollar a través del intercambio de información verbal o no verbal. Los beneficios del TEACCH son la mejora de la comprensión del mundo desde el punto de vista del autista, así como la reducción de la ansiedad y el control del entorno permitiendo el aprendizaje.

□ PECS (Picture Exchange Communication System): es un método de comunicación visual y de lecto-escritura para personas no verbales. Consiste en el intercambio de símbolos ya sea para hacer una petición ó elección, ó responder a una pregunta.

Estos símbolos pueden ser útiles para incrementar la comprensión del lenguaje, ayudar con rutinas de instrucciones ó guías de comportamiento, y para la comunicación interactiva.

Existen también tratamientos en base a medicamentos o métodos naturistas que pueden controlar algunos síntomas específicos:

□ Tratamiento químico y/o fármaco: este tratamiento se aplica a casos en los que el individuo padezca además alguna disfunción, como puede ser la epilepsia. Deben administrarse bajo estricta vigilancia y bajo la supervisión de un neurólogo pediatra.

□ Dieta libre de Gluten y Caseína: consiste en la restricción de alimentos que contengan estos compuestos que se encuentran principalmente en los lácteos y harinas de trigo. La función de esta dieta es evitar que los opiáceos que contienen estas sustancias mimeticen las acciones de los neurotransmisores fisiológicos como las endorfinas, que al pasar del intestino a la sangre llegan al cerebro que es donde interfieren con su desarrollo.

□ **Vitaminosis:** con este tratamiento se provee de las vitaminas que carecen los niños con TEA, frecuentemente son las vitaminas del complejo B (B6 y B12).

Entre otros tratamientos, también se recurre a terapias de sonidos como son el método Tomasis y Berard, o a terapias con animales como la Delfino-terapia, equino terapia, entre otras. (P. 46)

2.7. LA FAMILIA DEL AUTISTA

Atender personas con condición de autismo es impensable sin incluir plenamente a la familia. Los familiares no son solo quienes reciben el impacto del diagnóstico sino quienes conviven la mayor parte del tiempo con la persona afectada, debiendo ser, durante el proceso de estimulación y habilitación, los principales terapeutas. En épocas no muy lejanas, los profesionales trabajan dejando a la familia al margen, con un modelo de relación terapeuta-paciente casi excluyente. Sin embargo, además de vulnerar el derecho de la familia a participar activamente en esta relación, se ha demostrado ya suficientemente que si ella no se involucra en los tratamientos y educación del niño o niña, los resultados quedarán muy por debajo de las expectativas.

El ya muy bien conocido modo de reaccionar de los allegados a una persona ante su pérdida, consistente en negación, depresión y finalmente aceptación (o resignación), es similar a la que pasan los padres de un autista cuando se les confirma la condición de autismo del hijo. Naturalmente que influye el conocimiento que puedan tener aquellos de lo que es el autismo, que generalmente suele ser más inclinado a concebirlo como una enfermedad grave, una especie de catástrofe que cambiará la vida del niño y de ellos para siempre en forma negativa. Ha sucedido muchas veces que si los padres son personas de condición socioeconómica baja y con escasa formación intelectual, no solamente que hagan pocas preguntas, sino que además no sean informados con tanta disposición y detalle como lo exigen padres más preparados y de mejor nivel

social. Qué duda cabe de que se trata de una discriminación inaceptable que debe ser desterrada de la actividad profesional de cualquiera que brinde servicios a niños. (Fantova, F.2000.)

Al recabar información para realizar una historia clínica del niño, es de importancia indagar aspectos de la vida familiar como:

Quiénes forman la familia. Qué preparación académica poseen sus componentes. Cómo son los patrones de comunicación intrafamiliares. Si hay antecedentes de violencia intrafamiliar o de patologías mentales entre sus miembros. Las expectativas que tanto el padre como la madre tienen sobre el hijo o hija autista. Cuál ha sido el estilo de crianza hasta ese momento. Cuáles son las condiciones económicas y urbanas en las que viven. Las facilidades de atención médica y terapéutica que existen en el área donde habitan. Qué se puede esperar de los familiares en cuanto a su participación activa en la habilitación y educación del niño. Cómo se comportan durante las entrevistas. Cómo reaccionan cuando se les transmite el diagnóstico.

Toda la información así recogida, nos servirá para tener un conocimiento cabal de la familia, cuáles son sus puntos fuertes y sus puntos débiles, lo que permitirá entonces planificar con mayor objetividad y eficacia la atención que se les debe dar como parte del proceso terapéutico del autista.

Es indudable que las posibilidades de un niño de crecer sano y convertirse en una persona productiva, son mucho más prometedoras si vive en el seno de una familia sana, y en el caso de los que tienen una condición discapacitante, se hace aún mucho más importante. Los menores que presentan problemas de discapacidades están más expuestos a sufrir malos tratos, negligencia afectiva y abandonos que los que no las tienen. Además, la llegada de un niño “no típico” a una familia que no ha desarrollado lazos afectivos y patrones de comunicación saludables, puede ser motivo de conflictos entre padres por recriminaciones

mutuas, problemas que pueden acabar en separaciones más o menos abruptas. (Fantova: 2000).

Consecuencias frecuentes en alguno de los padres, sobre todo en los primeros meses después de recibido el diagnóstico, son las perturbaciones anímicas como la depresión, los estados de ansiedad, la irritabilidad, el alejamiento afectivo, los problemas de sueño y el resentimiento. Ante tales situaciones, será parte de las atenciones el referir al padre o madre afectado a recibir ayuda psicológica individual, lo cual no siempre es fácil de lograr, ya que muchas veces, especialmente los padres varones, se resisten a aceptar que padecen algún trastorno de índole mental. Otras veces, la disfuncionalidad familiar previa o causada por la nueva circunstancia, será motivo de exponer a los familiares la necesidad de una consejería o una terapia para todo el grupo (excluyendo a los niños muy pequeños).

Llegados a este punto, creo conveniente recordar algunos conceptos sobre familia sana y familia disfuncional, los cuales he retomado de otra obra mía titulada *Psiquiatría Infantil y Juvenil con Orientación para Docentes y Padres de Familia*.

La familia sana, donde se vive en armonía y con un mínimo de conflictos se caracteriza por: Una clara definición de roles. Normas bien establecidas y definidas. Relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y la generosidad. Ejercicio de la autoridad parental de manera firme, consistente y humana. Ausencia de violencia física o psicológica. Tolerancia y paciencia. Comunicación frecuente y afectuosa. Fomento de la independencia en los hijos. Aceptación de las diferencias individuales y del valor propio de cada uno de los miembros. Capacidad para superar rápidamente las crisis que pueden originarse en el proceso de crecimiento y desarrollo familiar. Adaptación a los cambios producidos por ese proceso.

Las familias disfuncionales exhiben rasgos variables y de diferente intensidad como:

Estilo disciplinario autoritario por parte de los padres, más frecuentemente el padre (o el padrastro). En estos casos las normas se imponen de forma dictatorial, sin posibilidad de explicaciones o diálogo, muchas veces arbitrariamente y los castigos suelen ser habituales, severos y desproporcionados. El ambiente que se crea en estos hogares es restrictivo y tenso. Los hijos se sienten nerviosos, atemorizados e inseguros, pero otras veces, si son de un temperamento más asertivo, pueden reaccionar con agresividad derivada hacia otras personas (hermanos, compañeros, la madre), o también, especialmente las adolescentes, con depresión o intentos impulsivos de suicidio. (Minuchin: 1977).

Si queremos conseguir buenos resultados en el intento de ayudar al autista, es fundamental crear lazos de amistad con los familiares con quienes convive, pues de esa manera habrá más disposición de parte de ellos para colaborar y hacer los cambios necesarios. Naturalmente que no siempre sucede así, incluso cuando hayamos sido muy afectivos con los familiares y les hayamos dado toda clase de facilidades, porque siempre encontraremos con algunos padres muy conflictivos o poco dispuestos a comprometerse. Es en estos casos cuando se hace necesaria la intervención de otros profesionales como las trabajadoras sociales y autoridades de la niñez. (Pérez: 2008).

Es importante también orientarlos de cómo debe ser el trabajo en equipo de estos profesionales y de porque no es necesario que sean muchos, sino los realmente necesarios en cada momento de la evolución del proceso de habilitación. Hay que dar garantías a los familiares de que el equipo de trabajo estará laborando en coordinación y armonía por el bien de su hijo y de ellos.

El siguiente paso es elaborar un programa de trabajo contando con la participación de los familiares, tanto para obtener información que nos permita decidir qué áreas o conductas tenemos que priorizar, tanto como para que participen trabajando en conjunto con los terapeutas y educadores, no solamente en la institución, sino también en el ambiente doméstico y comunitario, por lo que se requerirá que

reciban entrenamiento y explicaciones claras sobre cómo realizar esta labor. Recuérdese que al describir el Inventario de Conductas y Destrezas para Niños con Necesidades Especiales, se decía que los padres deben dar información respecto a lo en él se pregunta o se intenta examinar. Lo mismo tiene que hacerse con la Escala de Síntomas del Espectro Autista. (Rodríguez: 2007).

2.8. LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO AUTISTA

La habilitación del niño que muestra signos y síntomas de trastornos en su desarrollo, se inicia con las estrategias y métodos de estimulación temprana, lo cuales no se deben diferir hasta la espera de un diagnóstico médico definitivo, aunque sí es importante saber si hay algún tipo de pérdida sensorial, especialmente visual o auditiva. Los niños con autismo precoz son susceptibles a los efectos de un buen programa de estimulación, que impida que se sigan produciendo más circuitos neuronales anómalos y que propicie que las áreas cerebrales mejor formadas, puedan compensar en gran medida las anomalías funcionales ya existentes. Hoy sabemos que La experiencia temprana puede modificar las conexiones entre las neuronas; que las experiencias iniciales pueden tener efectos duraderos sobre la capacidad del cerebro para aprender y guardar información; que si determinadas conexiones no se establecen desde el inicio de la vida, se desconectarán para siempre y que las que se han estructurado de manera anómala, pueden también continuar así produciendo efectos en otros circuitos funcionales si no se actúa temprano. (Mebarak: 2009).

Un investigador de la Universidad de California en Irvine, explica que debido a que el autismo no es un trastorno degenerativo, bajo condiciones apropiadas, los síntomas mejoran con el tiempo, probablemente porque la persona autista aprende a filtrar información sensorial por rutas neuronales alternas, lo que le permite comprender mejor el ambiente que la rodea y de esa manera, se le facilita el aprendizaje. Por eso, la intervención temprana, en niños cuya condición de

autismo se ha identificado antes de los 2 años de edad, mejora notablemente el pronóstico. (Mebarak: 2009. P. 43).

Las condiciones para obtener mejores resultados mediante la intervención temprana se fundamentan en que debe ser de inicio precoz, continuada durante los primeros cinco años de la vida, frecuente (diaria o varias veces por semana), con un enfoque amplio (hacia todos los aspectos de la vida del niño), con la participación directa y continua de los padres, mediante programas individualizados al principio y después combinados con participación en grupo y llevada a cabo por profesionales capacitados para dirigir y supervisar el proceso.

La estimulación temprana implica un plan de trabajo que cubra todas las áreas del desarrollo previa evaluación de las mismas; el conocimiento de las áreas que requieren de mayor estimulación; la inclusión de la familia (padres, hermanos); que se desarrolle en medio de un ambiente ameno, entusiasta, afectivo y creativo; el refuerzo del apego madre-hijo y de la unión familiar; la atención a las preocupaciones de los padres, ayudándolos a superar sus sentimientos de angustia, temor e impotencia que genera la situación de un niño afectado de alguna condición biológica congénita; y la detección de situaciones en el niño o en la familia que requieran de referencia a otras especialidades. (Fuentes: 2004).

La edad crítica en la que es más importante la estimulación temprana son los tres primeros años de la vida, continuándose posteriormente con las actividades que se desarrollan en los centros pre escolares que llamamos por sus tres niveles, maternal, pre kínder y kínder (de Kindergarten o jardín de infancia en alemán), o en algún centro de habilitación especial si el niño no está en condiciones de asistir a un centro infantil no especializado. La experiencia pre escolar ayuda al niño a fortalecer sus capacidades cognitivas, lingüísticas, motoras, sociales y también a empezar a adquirir la disciplina básica para seguir con éxito los niveles siguientes de la vida escolar. Los niños con autismo infantil, si han recibido una estimulación efectiva en sus tres primeros años, estarán más preparados para integrarse a un

centro infantil, donde puede seguir superando las limitaciones que tengan en su funcionalidad. (Doyle: 2005).

Objetivos generales de la habilitación y educación especial

El trabajo de habilitación y de educación con niños autistas trata de conseguir su desarrollo armónico y aproximar su funcionamiento a un nivel más adecuado, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, para poder lograr una inserción social y laboral satisfactoria.

Objetivos más específicos

- Estimular las funciones cognoscitivas, comenzando por desarrollar la capacidad de atención y de seguimiento de instrucciones, sencillas primero y más complejas después.
- Promover las capacidades lingüísticas.
- Enseñar las habilidades de la vida diaria.
- Eliminar o reducir las conductas repetitivas o estereotipadas y otras conductas anómalas que interfieren con el aprendizaje y la socialización.
- Mejorar las destrezas psicomotoras y las capacidades sensorio-perceptivos.
- Favorecer el bienestar emocional del paciente.
- Dar apoyo psicológico y orientación a los familiares para lograr una mejor comprensión del problema y una educación en el hogar más efectiva.
- Facilitar el aprendizaje de los conocimientos escolares, ya sea en aulas de educación especial o en plan de inclusión.
- Preparar al joven autista para la vida adulta y para su integración a la vida social y laboral.

Principios generales

La atención que se brinde a los niños sometidos a habilitación y educación especial, debe basarse en unos principios generales sin los cuales no se estaría obteniendo buenos resultados. Me estoy refiriendo ahora a la atención que se ofrece en centro de educación especial como el IPHE y a la que se dan en las aulas especiales o de recursos en las escuelas del sistema educativo regular. En otro capítulo se tocará el tema de la educación escolar en un sistema de inclusión educativa.

1. El tiempo que el niño pase en el centro tiene que ser lo más parecido a un día de clase en una escuela regular. La atención basada en períodos cortos de 30, 45 o 60 minutos, después de los cuales el niño es regresado a su casa, no es práctica para las personas que necesitan desplazarse desde lejos y por lo tanto no les compensa el esfuerzo ni el gasto económico, pero además, esas sesiones tan breves no ayudan a un verdadero progreso del niño.
2. Los familiares deben ser incorporados a las actividades, tanto dentro como fuera del centro. Ellos no solamente participan en el trabajo de su hijo o acudido, sino que también se involucran en el trabajo de otros como ayuda al docente.
3. Las actividades de los niños durante el día, deben ser variadas con intermedios de pausa y ocio, tal y como se hace en cualquier escuela.
4. Si un alumno presenta conductas muy perturbadoras y se hace difícil mantenerlo en el aula, los docentes deben elaborar estrategias, junto con los profesionales de apoyo (psicología, trabajo social) y los padres, para lograr que ese alumno o alumna reduzca tales conductas, pudiendo permanecer cada vez más tiempo hasta poder quedarse el horario completo.

5. Cada niño necesita tener una evaluación previa que indique sus fortalezas y debilidades, de manera que se le pueda elaborar un plan individual con metas a corto, mediano y largo plazo.

6. Se debe evitar hasta donde sea posible, que los niños sean atendidos mucho tiempo de forma individual, sin que se beneficien de compartir experiencias educativas con otros niños. Cada docente puede tener a su cargo entre 6 y 10 niños a los que atiende simultáneamente. Más de diez alumnos no parece ser muy conveniente en el caso de un aula de un centro de educación especial o un aula de recursos de una escuela regular.

7. El proceso de habilitación y educación implica que los alumnos aprendan a desempeñarse en ambientes diferentes al doméstico y escolar, por lo que las visitas didácticas a lugares de la comunidad tienen que ser frecuentes y bien organizadas.

8. La evaluación de los progresos de los alumnos tienen que darse de manera formal al menos dos veces durante el año escolar: a mediados y al final. En la evaluación se consignan mediante los instrumentos que se hayan utilizado para el examen inicial, como han progresado las diferentes conductas y destrezas que se han estado trabajando.

9. Los docentes y los profesionales de apoyo, trabajarán como un equipo en una modalidad transdisciplinaria. El equipo transdisciplinario se caracteriza por el contacto personal entre los miembros del equipo (telefónicamente cuando no se pueda en persona), la conciencia de una tarea común, el consenso en el establecimiento de una metodología de trabajo, el diálogo abierto y franco, mediante una comunicación positiva y constructiva, la capacidad para la solución de conflictos emergentes, la participación plena y reconocida de cada uno de los miembros y el conocimiento por cada uno de los integrantes del equipo sobre la labor de cada una de las disciplinas representadas por los demás.

10. Carácter de transitoriedad de la atención en el centro o el aula especial. La finalidad debe ser la de preparar al alumno para que pueda ser incluido en el sistema educativo regular. Habrá individuos autistas que no lo logren debido a sus limitaciones más profundas, necesitando de un programa aparte que los prepare para la vida social y productiva que pueda compensar la ausencia de una formación escolar o vocacional regular. (Clemente: 2009)

Estrategias generales

1. Colocar a los niños por niveles de edades cercanas: menos de 6 años, 6 a 8, 9 a 11, 12 a 14, y 15 a 17. Esto permitirá seguir las líneas generales de los planes curriculares que las autoridades educativas hayan establecido para los diferentes niveles escolares.
2. Método altamente estructurado (lugar y tiempo), lo que no quiere decir rígido. Estructurado hace alusión a un ambiente organizado, donde el niño puede orientarse sabiendo cómo es la secuencia de actividades, para lo cual se deben utilizar como apoyos los horarios escritos y los calendarios. Dentro de la organización hay cabida para cierto grado de flexibilidad de acuerdo a los intereses del alumno y a su fatigabilidad.
3. Aulas no saturadas de objetos y muebles de manera que la circulación de las personas se puede dar con fluidez, además con anaqueles para guardar mochilas y otros enseres.
4. Los materiales de enseñanza debe guardarse en un mueble destinado a tal fin y que pueda cerrarse con llave, dejando al alcance de los alumnos los que necesitará para las actividades que se vayan a desarrollar.
5. Las mesas de trabajo deberán tener el espacio adecuado para que puedan trabajar conjuntamente tres o cuatro niños y un adulto.
6. Enseñanza de límites claros (espaciales y temporales). El alumno aprende cuando se inicia y cuando termina una determinada actividad y a saber dónde tiene que desarrollarla y donde no es el lugar apropiado, así como a mantenerse

dentro del recinto sin evadirse, o al revés, en áreas abiertas cuando no debe estar en el aula.

7. Lenguaje claro, sencillo y concreto dirigiéndose individualmente al niño siempre que se le quiera dar indicaciones. Se necesita verificar la comprensión de las instrucciones y supervisar su ejecución, aunque en un principio se requiera de algún tipo de instigación física, como llevarlo de la mano.

8. Incorporar métodos de comunicación aumentativa y alternativa para mejorar las capacidades de comunicación. Con los primeros se intenta potenciar las habilidades verbales y, con los segundos, desarrollar otras vías de comunicación no verbal o lenguaje alterno, que puede basarse en imágenes, pictogramas, programas cibernéticos y otros.

9. Intentar comprender el significado de los cambios conductuales, los cuales pueden obedecer a circunstancias pasajeras del día, o a situaciones de estrés que vienen actuando desde mucho antes. Los cambios de conducta como las rabietas, las resistencias a trabajar, las agresiones al docente o a los compañeros, se originan también cuando no se están tomando en cuenta los intereses y necesidades del alumno, lo que ocasionan estas respuestas negativas por no poder expresar su disconformidad verbalmente.

10. Aplicar métodos de reforzamiento positivo y anticipación. No utilizar métodos aversivos en lo posible. En el libro citado de Mckay y Arrocha se amplía más sobre estos métodos, pero diré aquí que muchas de las conductas negativas y de las dificultades del aprendizaje de los niños con autismo, se logran evitar si descubrimos los estímulos o circunstancias que las preceden anticipándonos de manera que podamos evitarlas o cambiarlas.

11. Moldear conductas que sean difíciles de lograr. Hay conductas y habilidades que para los que no tienen discapacidades resultan muy fáciles de adquirir, pero para los niños con problemas de atención, cognitivos, psicomotores y lingüísticos, no lo son, y se tornan más difíciles de conseguir a medida que aumentan de complejidad, es decir, que implican más secuencias de acciones que se deben aprender. Muchas veces habrá que dividir las habilidades complejas en unidades más pequeñas para que el alumno las vaya logrando poco a poco.

12. Favorecer la aceptación en el grupo y vigilar por posible acoso de parte de otros. Generalmente, en un ambiente de centro especial, el acoso o las agresiones son menos frecuentes que en los ámbitos escolares regulares, pero siempre puede haber un niño que no controle bien su agresividad, siendo necesario estar vigilantes ante los primeros indicios de que va a aparecer. Vale aquí también lo ya dicho antes sobre la anticipación: si aprendemos a conocer cuando y por qué se dan las agresiones de un alumno, podremos adelantarnos para evitarlas.

13. Conocer cómo procesa el niño la información para utilizar la alternancia de vías de aprendizaje, aprovechando aquellas por las que le es más fácil la comprensión, aunque siempre tratando de que se dé la integración de la información que llega por los distintos canales perceptivos.

14. Reducción al mínimo de distractores. No es necesario que en un aula existan carteles, murales o fotos de temas que no tienen nada que ver con lo que se está trabajando en un período de tiempo determinado. Si los hay, deben tener relación con lo que se está aprendiendo. De más está decir que los ruidos molestos, temperaturas demasiado frías o muy calientes, la interferencia de personas al trabajo que se está realizando, las voces estridentes y los gritos, constituyen elementos perturbadores y por lo tanto hay que eliminarlos.

15. Tareas bien organizadas. Que contengan exclusivamente la información relevante presentada de modo que resalte a la vista; no colocar más de una tarea en una página; utilización de medios auxiliares para grabar lecciones y hacer tareas (grabadoras, computadoras con teclado inteligente y otros apoyos (visuales, físicos, modelos, listas secuenciales, etc.), evitar tareas o períodos de atención muy largos, haciendo pausas en el trabajo. Los apoyos visuales se fundamentan en la dificultad del autista para prestar atención, modular o comprender información auditiva para actuar en consecuencia. Muchos autistas tienen memoria visual o habilidades de interpretación visual netamente superiores a su desempeño auditivo, por lo que se benefician más de estos apoyos pedagógicos. Formas de apoyos visuales son el lenguaje corporal, las señales naturales del entorno, los calendarios, los horarios de cada día en cuya confección participan los mismos alumnos, los mapas, las listas de compras, etc. Con los

apoyos visuales se ayuda al alumno a captar y mantener la atención, a hacer más consistente la enseñanza de una tarea, a aprender más rápidamente el desempeño de secuencias, a incrementar la confiabilidad y mayor sentido de autonomía en el alumno, a perseverar en las tareas y reducir los problemas de conducta y prepararlos para trabajar en actividades más complejas y con mayor independencia, además de que facilita la estandarización de las instrucciones y procedimientos entre los docentes y padres,

16. Proporcionar ayuda de parte de otros estudiantes. Acostumbrarlos al trabajo colaborativo y a la ayuda mutua.

17. Supervisar que los familiares que acompañan al alumno, hayan comprendido los objetivos de las actividades, cómo se integran en el plan educativo individual y también que se hayan capacitado para trabarlas en casa, creando un puente entre el centro y la casa, de modo que exista continuidad en la realización de cada plan individual.

18. Propiciar que el alumno generalice lo aprendido a otros ambientes fuera del centro. Clemente: 2009. P. 87).

CAPITULO III

CONCLUSIONES

No existe una definición oficialmente aceptada de autismo, ya que en cada manual lo define de forma diferente, aunque encontramos varios puntos comunes. La definición más general parece ser aquella que se basa en síntomas comportamentales y signos heterogéneos entre los niños. Existen diversos signos de alerta por lo que es más complicado diagnosticar este trastorno que otros que tienen criterios más concretos. Hay muchos niños diagnosticados de autismo y son muy diferentes entre sí en cuanto a sus síntomas aparentes, por eso también se hace más complicada la intervención que en otros trastornos.

Podemos concluir según lo visto en el desarrollo del trabajo, que la falta de unificación de criterios puede deberse al desconocimiento de la etiología. Por todo esto se sigue estudiando la etiología del autismo y realizando poco a poco avances. Se ha mejorado en las técnicas de diagnóstico, así como en la intervención. El hecho de que se estén realizando continuas investigaciones sobre el tema es muy beneficioso, porque aporta nuevas ideas y direcciones de estudio, pero conlleva a confusiones terminológicas.

En cuanto a los métodos de intervención, tampoco existe uno concreto avalado científicamente como el más positivo, no existe unanimidad en cuanto al método de intervención más idóneo. El más utilizado parece ser el método TEACCH, aunque no tiene una base científica que muestre su eficacia. Las técnicas de intervención anunciadas en la mayoría de los manuales son las mismas o muy similares, como estructuración del ambiente, apoyo visual, predecibilidad, comunicación continua con la familia, etc.

Cada niño con TEA puede ser completamente diferente al anterior, este trastorno presenta una amplia heterogeneidad, por lo que es necesario el estudio en profundidad de cada caso, de sus necesidades, puntos fuertes y débiles. Además la familia debe implicarse para ofrecer al niño una respuesta eficaz, y no darle señales erróneas.

La detección precoz es fundamental para poder mejorar el pronóstico futuro del niño. Cuanto más temprana sea la atención mejores y más adecuados cuidados se ofrecerán al niño.

RECOMENDACIONES

El educador es un agente de detección junto con la familia que suele ser la primera en notar los síntomas. Por ello el educador debe estar formado y tener una amplia noción de los trastornos que pueden afectar a los niños de su aula. Esto ayudará a la mejora del niño, ya que éste pasará generalmente tiempo con su grupo clase y con el PT. Esta escolarización combinada es positiva para el niño, pues se le ofrece un entorno lo más normalizado posible.

Los educadores se sitúan en un proceso de continuo aprendizaje y reciclaje, y deben conocer las mejores y más adecuadas técnicas para sus alumnos. En el caso de niños con autismo al estar en un contante estudio, podemos encontrar múltiples aplicaciones informáticas para utilizar tanto en el aula como en así, así como otros métodos caseros.

Gracias al estudio que se realizó, cada vez hay más información acerca del autismo, lo que ayuda a concienciar a la sociedad sobre este trastorno y a la integración de los que lo padecen.

El propósito fundamental de este trabajo es ayudar a satisfacer en parte la necesidad que revelan las distintas investigaciones acerca de la atención conjunta respecto de estudiar el rol que ella juega en niños con autismo, dada la escasez de acercamientos empíricos publicados que permitan predecir los resultados del lenguaje basados en las conductas de atención conjunta en niños con este tipo de patología. Al respecto, el conocimiento obtenido hasta el momento es fragmentario, por lo que se convierte en evidencia insuficiente para poder establecer explicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Aragón, V. (2010). Etiología del Autismo. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas, 45(6), 18005. Granada. Recuperado de http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_31/VIRGINIAARAGON 1.pdf.

- Arroyo, L. I. (2004). La implantación del enfoque constructivista en el aula de ciencia: Estudio de caso múltiple. Disertación doctoral. Universidad de Puerto Rico en Río Piedras, PR.
- Artigas, J. (2001). Las fronteras del autismo. *Revista de neurología*, 2: 211-224.
- Clemente, D. (2009). Autismo: Diagnóstico precoz. Recuperado de www.portalesmedicos.com/./Autismo-Diagnostico-precoz.html -.
- Cuxart, F. (2000). El autismo: Aspectos descriptivos y terapéuticos. Archidona. Málaga: Editorial Aljibe. España. Recuperado de [http://www.Conceptos %20y%20definiciones.pdf](http://www.Conceptos%20y%20definiciones.pdf).
- Cuxart, F. (2003). El impacto del autismo en la familia. Recuperado de http://www.afatd.cat/web/pdfs/article_gener_11.pdf.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Estrés de los padres y modo de afrontamiento en padres y madres de niños pre-escolares con autismo y síndrome de Down. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3): 266-280.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). de: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.
- Diez, A. (2008). Intervención e información sobre autismo y otros TGD. Terceras Jornadas Organizadas por la Asociación Desarrollo. España.
- Doyle, B., & Doyle, E. (2005). Los trastornos del espectro autismo: De la A la Z. Estados Unidos. Emily Iland Incorporated.

- Fantova, F. (2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. Siglo Cero, 31(6), 33-49.
- Fraenkel, J., & Wallen, N. (2006). How to Design and Evaluate Research in Education. Boston: McGraw- Hill.
- Fuentes, J. (2004). Transtornos del espectro autista. Una publicación que responde a las preguntas más frecuentes planteadas en el autismo. Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/aut_16ra.pdf.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M., & Boada, L. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Revista
- Mebarak, M., Martínez, M., & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. Psicología desde el Caribe, 24 ,120-146.
- Minuchin, S. (1977). Familias y Terapia Familiar. Barcelona:Editorial Gedisa.
- Pérez, C. (2008). Definición de familia: Una visión del Instituto Universitario de Salud Mental. Recuperado de: <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Barcelona.pdf>
- Pozo. P. (2006). La investigación en familias de personas con autismo: Perspectiva histórica y estado actual. Congreso Nacional AETAPI. Sevilla, España. Recuperado de http://www.aetapi.org/congresos/sevilla_06/index_archivos/40.pdf.

- Rodríguez, B. (2007). Primeros Pasos a Tomar ante la Sospecha o Diagnóstico de Autismo. Documento del Instituto Filius. Recuperado de: [http://www.google.com.pr/search?sourceid=navclient&aq=f&oq=Primeros+Pasos+a+Tomar+ante+la+Sospecha+o+Diagn%
c3%b3stico+de+Autismo&ie=UTF-8&rlz=1T4ADFA_enPR398PR398&q=Primeros+Pasos+a+Tomar+ante+la+Sospecha+o+Diagn%
c3%b3stico+de+Autismo&gs_upl=0I0I4I113998IIIIIIIIII0](http://www.google.com.pr/search?sourceid=navclient&aq=f&oq=Primeros+Pasos+a+Tomar+ante+la+Sospecha+o+Diagn%c3%b3stico+de+Autismo&ie=UTF-8&rlz=1T4ADFA_enPR398PR398&q=Primeros+Pasos+a+Tomar+ante+la+Sospecha+o+Diagn%c3%b3stico+de+Autismo&gs_upl=0I0I4I113998IIIIIIIIII0)
- Ojeda, M (2011) Evaluación de la conducta de la consulta odontológica en niños escolares con autismo en el centro de atención integral para niños autista. Naguanagua Estado Carabobo Venezuela.
- Padrón, Milena (2000) Modelos de Intervención Conductual en el Niño Autista. su Aplicación en la Consulta Odontopediatría. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en Odontopediatría. Universidad del Zulia, Maracaibo - Venezuela.
- Repeto (1999) El Síndrome Autista, Revisión de Conceptos. Fundación Nuevo D.I.A. Caracas.
- Rodríguez, E. (2004). Atención a las familias en los servicios para personas con trastornos del Espectro autista. Recuperado de: <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista0ed%20futuro/EF14/REVISTA%2014/Art%C3%ADculos/Elisa%20Rodriguez%20Torrens-La%20necesidad%20de%20considerar....pdf>
- Sanchis, J. (2004). Autismo: Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial. Pediatric Integral, 8, 655-662.

- Tortosa, Francisco; Guillén, Carol (2003). TEACCH, más que un Programa para la Comunicación. Disponible en: www.educarm.es/discap/2003/ftortosa.pdf.
- Pereira, D. (2010) Cambios conductuales en niños con espectro autista al modificar el consumo alimentario INVESNUT. Valencia Estado Carabobo Venezuela.
- Polit, D. (1991). Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial Interamericana McGraw – Hill. Tercera Edición.
- Powers, Michael (2003): Niños Autistas. Guía Para Padres, Terapeutas y Educadores. Editorial Trillas. México.
- Duffy, Andreína (2005): Guía sobre Enseñanza Estructurada. Centro de Integración Para la Estimulación Cognitiva y Comunicativa (CIPECC). Caracas.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3



Anexo 4

