

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“ESTIMULACIÓN DE LA COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y SOCIALIZACIÓN
EN NIÑOS AUTISTAS. UNA ORIENTACIÓN A PADRES”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

ANDREA MARÍA ASTURIAS DELL

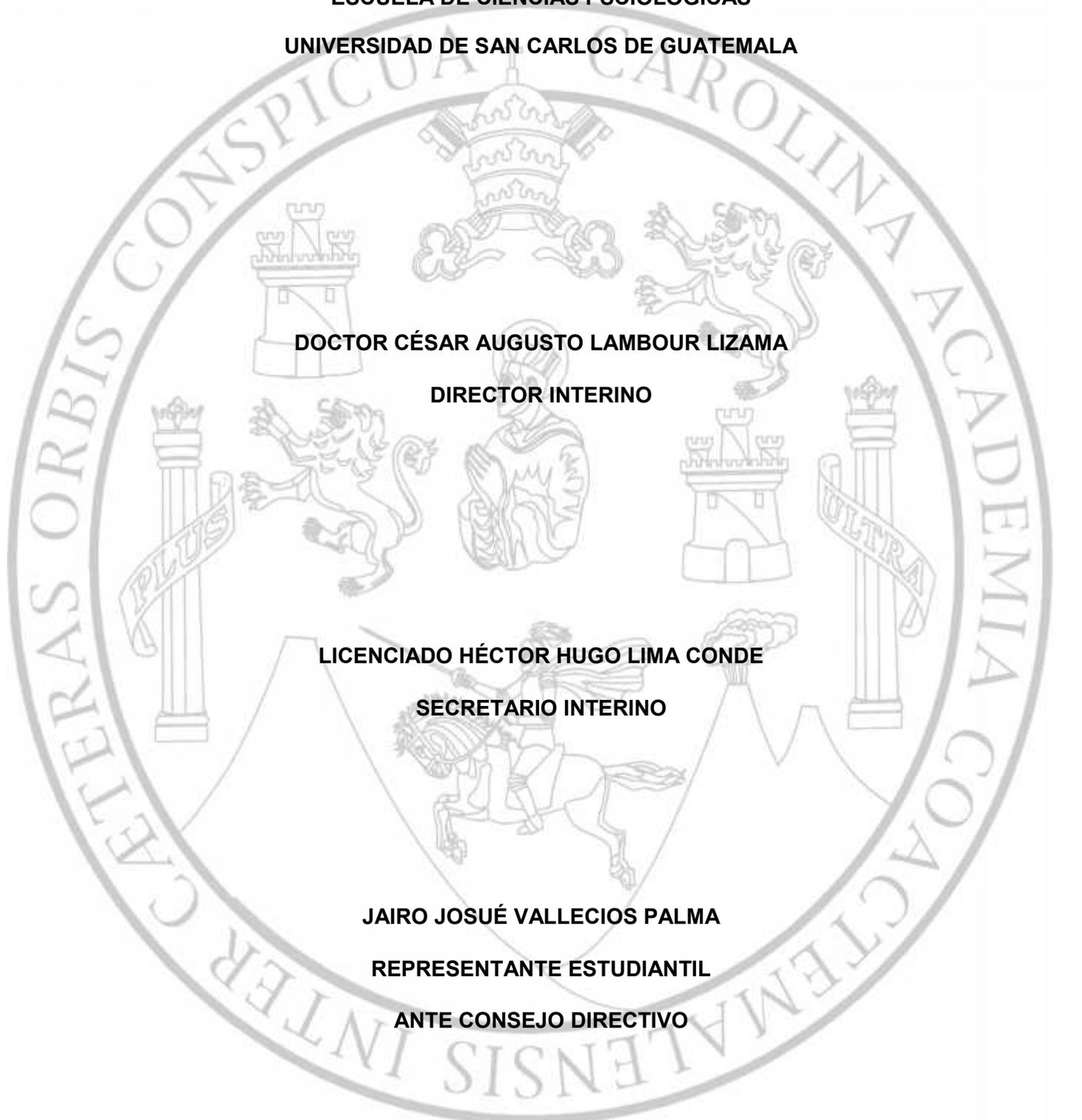
ASTRID DEL ROSARIO ZUÑIGA CIFUENTES

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PROFESORAS EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICAS UNIVERSITARIAS**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2012

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a seated man in a robe, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 085-2010

DIR. 1,560-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de agosto de 2012

Estudiantes

Andrea María Asturias Dell

Astrid del Rosario Zuñiga Cifuentes

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL DOCE (1,552-2012)**, que literalmente dice:

“UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“ESTIMULACIÓN DE LA COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y SOCIALIZACIÓN EN NIÑOS AUTISTAS. UNA ORIENTACIÓN A PADRES”**, de la carrera Técnica de: Profesorado en Educación Especial, realizado por:

Andrea María Asturias Dell

Astrid del Rosario Zuñiga Cifuentes

CARNÉ No. 2002-14837

CARNÉ No. 22-18101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Karla Emy Vela Díaz; M.A. y revisado por Licenciado Pedro José de León Escobar. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Doctor César Augusto Lambear Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC
RECIBIDO
30 AGO 2012
FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:08 REG: 05-10
REG: CIEPs
REG: 085-2010

1146-2012
085-2010
085-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 03 de agosto 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León Escobar ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“ESTIMULACIÓN DE LA COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y
SOCIALIZACIÓN EN NIÑOS AUTISTAS. UNA ORIENTACIÓN A
PADRES.”**

ESTUDIANTE:
Andrea María Asturias Dell
Astrid del Rosario Zuñiga Cifuentes

CARNÉ No.
2002-14837
22-18101

CARRERA: Profesorado en Educación Especial

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 26 de julio 2012 y se recibieron documentos originales completos el 02 de agosto 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1147-2012
REG: 085-2010
REG: 085-2010

Guatemala, 03 de agosto 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"ESTIMULACIÓN DE LA COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y
SOCIALIZACIÓN EN NIÑOS AUTISTAS. UNA ORIENTACIÓN A
PADRES."**

ESTUDIANTE:
Andrea María Asturias Dell
Astrid del Rosario Zuñiga Cifuentes

CARNÉ No.
2002-14837
22-18101

CARRERA: Profesorado en Educación Especial

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 13 de julio 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR



Areli./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 21 de Marzo de 2012

Licenciado

Marco Antonio García

Coordinador de -CIEPs-

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Licenciado García:

Con un atento saludo, informo a usted que he tenido a mi cargo la asesoría de la **Informe Final** de las estudiantes:

Andrea María Asturias Dell
Astrid del Rosario Zúñiga Cifuentes

número de carné **200214837**

número de carné **2218101**

Las estudiantes trabajarán la investigación titulada: **"ESTIMULACION DE LA COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y SOCIALIZACIÓN EN NIÑOS AUTISTAS. UNA ORIENTACIÓN A PADRES."**

Por considerar que el trabajo en mención cumple con los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación, solicito a usted continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Karla Emy Vela Díaz, M.A.

Colegiado 726

Asesora



Guatemala Abril de 2012

Licenciado Marco Antonio García

Coordinador General

Departamento de Investigaciones CIEPs.

Escuela de Ciencias Psicológicas

Distinguido Licenciado:

Saludándole cordialmente, deseándole éxitos y bendiciones en todas sus actividades. Me dirijo a usted para hacer constar que las estudiantes Astrid Zúñiga quien se identifica con número de carné 2218101 y Andrea Asturias con el número 200214837, se les autorizó llevar a cabo su proyecto de investigación con el título de "Estimulación de la Comunicación, Afectividad y Socialización en Niños Autistas. Una orientación a Padres", en nuestras instalaciones de Fundación Pediátrica Guatemalteca, con el propósito de poder ser aplicado en beneficio de la población que asiste a nuestra institución. El cuál es uno de los requisitos de graduación del Profesorado en Educación Especial.

Atentamente,


Licenciada Jennifer Asturias

Coordinadora de Psicología



Por y para la niñez guatemalteca

4ª Avenida 1-47, Zona 1 Guatemala, C.A. 01001,
PBX: (502) 2285-3900 • FAX: (502) 2285-3910
www.fundacionpediatricaguatemalteca.org

PADRINOS DE GRADUACIÓN

MARIO RENE ALEGRIA MALDONADO
LICENCIADO EN TECNOLOGÍA Y
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS
COLEGIADO 11982

MARIA JESÚS YELA ORTIZ
PSICÓLOGA CLÍNICA
COLEGIADO 2399

DEDICATORIAS

A Dios, por ser el pilar fundamental que sostiene nuestra vida. Por ser luz que ilumina nuestro camino y guía que dirige cada pasó que damos. Por ser el motivo de nuestro existir y el motor que nos impulsa a seguir de pie ante la vida, a pesar de las dificultades y obstáculos que nos han hecho caer. Por darnos las fuerzas necesarias para levantarnos y seguir luchando por lo que deseamos y queremos lograr en la vida. Por poner en nuestro camino todas las oportunidades y experiencias por las que hemos pasado, pues hacen de nosotras la persona que ahora somos.

A nuestros padres, por ser nuestro ejemplo a seguir y por demostrarnos que las cosas se consiguen con incansable lucha y esfuerzo. Por estar siempre a nuestro lado apoyándonos en las decisiones que hemos tomado para estar donde estamos y a donde queremos llegar.

A nuestros esposos, por la guía, apoyo que nos han brindaron durante todo este proceso. Por su paciencia y por las palabras de aliento y ánimo que nos motivaron a seguir adelante.

A nuestros hijos, porque nuestro esfuerzo sea un ejemplo a seguir en sus vidas.

A nuestros hermanos, por ser esa mano amiga en todo momento. Por sus enseñanzas y consejos para ayudarnos a ser una mejor persona, amiga, hermana y mujer.

A nuestras amigas más cercanas, por su sincera amistad y apoyo incondicional. Por compartir con nosotras todos los logros, alegrías, tropiezos y tristezas que hemos experimentado a lo largo de toda nuestra vida y por demostrarnos que siempre han estado a nuestro lado.

AGRADECIMIENTOS

A los padres de familia de los niños y niñas, que participaron y aportaron sus experiencias y sentimientos en cada una de las sesiones, abriéndonos las puertas de sus corazones y proporcionaron toda su información para lograr realizar nuestro trabajo de investigación, ya que sin su apertura y colaboración no se hubiera logrado nuestro trabajo.

A Fundación Pediátrica Guatemalteca, por permitirnos realizar nuestro trabajo en sus instalaciones y proporcionarnos el espacio para cada una de las actividades.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la escuela de ciencias psicológicas, por contribuir en nuestra formación profesional.

Al Licenciado Estuardo Bauer y al Licenciado Pedro de León, por sus valiosos conocimientos que aportó en la realización de éste trabajo.

A Karla Emy Vela Diaz: M.A., muchas gracias por su tiempo, apoyo y asesoría en la elaboración de la tesis.

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	3
I. Introducción	3
1.1. Planteamiento del problema y Marco Teórico	5
1.1.1. Planteamiento del problema	5
1.1.2. Marco teórico	8
1.1.2.1 Historia del autismo	8
1.1.2.2 Definición	9
1.1.2.3 Etiología	10
1.1.2.3.1 Teorías biológicas	10
1.1.2.3.2 Teorías psicológicas	12
1.1.2.4 Algunos síntomas del trastorno Autista	13
1.1.2.5 Criterios del diagnóstico	14
1.1.2.6 Diagnóstico diferencial	16
1.1.2.7 Conductas clásicas del Autismo	18
1.1.2.7.1 Desarrollo social	18
1.1.2.7.2 Desarrollo del lenguaje y comunicación	19
1.1.2.7.3 Desarrollo emocional y afectivo	20
1.1.2.7.4 Desarrollo cognitivo	20
1.1.2.7.5 Juego simbólico	21
1.1.2.7.6 Resistencia al cambio	21
1.1.2.7.7 Movimientos estereotipados	22
1.1.2.7.8 Sensaciones y percepciones	23

	Página
1.1.2.8 Detección del autismo	24
1.1.2.9 Métodos para la intervención	26
1.1.2.9.1 Terapia conductual	27
1.1.2.9.2 Método PECS	29
1.1.2.9.3 Método FLOORTIME	31
1.1.2.9.4 Técnicas de modificación conductual	32
1.1.2.10 Áreas de intervención del trabajo educativo	36
1.1.2.10.1 Repertorio de conductas básicas	36
1.1.2.10.2 Lenguaje	37
1.1.2.10.3 Cognitiva	38
1.1.2.10.4 Psicomotricidad	39
1.1.2.10.5 Sensoperceptiva	40
1.1.2.10.6 Socio afectivo	40
1.1.2.11. La primera intervención con los padres	41
Capítulo II	43
2.1. Técnicas e Instrumentos	43
2.1.1 Características del lugar y la población	43
2.1.2 Técnicas y procedimientos de trabajo	43
2.1.3 Instrumentos de recolección de datos	45
Capítulo III	47
3.1. Análisis e interpretación de resultados	47
3.2. Características del lugar y población	47
3.2.1. Datos obtenidos del trabajo de campo	47
3.2.2. Análisis e interpretación de resultados	54

	Página
Capítulo IV	57
4.1 Conclusiones y Recomendaciones	57
4.1.1 Conclusiones	57
4.1.2 Recomendaciones	59
Bibliografía	60
Anexos	62

RESUMEN

El tema de investigación “Manual de Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños y niñas autistas” creado por las autoras Andrea María Asturias Dell y Astrid del Rosario Zúñiga Cifuentes, tuvo como objetivo diseñar e implementar un manual para padres que les permitiera estimular las áreas de comunicación, afectividad y socialización, ajustado a las necesidades específicas de los niños y niñas con trastorno autista, pertenecientes a la Fundación Pediátrica Guatemalteca específicamente del Departamento de Psicología.

La muestra participante, consistió en 12 padres de familia con niños diagnosticados clínicamente con un cuadro de Trastorno Generalizado del Desarrollo entre las edades de 4 a 7 años sin escolaridad.

Para este propósito, el método de investigación fue cualitativo, utilizando como instrumento una entrevista en la cual se determinaron los niveles principales sobre el desarrollo motor, lenguaje, conducta social, desarrollo emocional, cognitivo, resistencia al cambio, movimientos estereotipados, sensaciones y percepciones de cada uno de los niños y niñas, siendo estos aspectos necesarios para la elaboración del programa.

La investigación determinó que existe una diferencia en la estimulación de los niños y niñas con trastorno autista y la necesidad de una adecuada intervención, visualizando una educación dirigida a lograr metas como potenciar el equilibrio y desarrollo personal, capacitar al máximo las habilidades y orientar la comprensión y adaptación a la vida cotidiana de estas familias.

A raíz de dichos resultados se elaboró la propuesta del manual aplicable en casa por los padres de familia, tomando en cuenta las necesidades de cada uno. Se recomendó entonces que los padres de familia pusieran en práctica las actividades ahí descritas, para potencializar, según las características de cada niño y niña con autismo, sus habilidades cognitivas y de aprendizaje; capacitando y orientando a familiares, con estrategias de modificación de conducta y promover un ambiente cálido, carente de amenazas, que facilite la autonomía, control corporal e interrelación familiar.

PRÓLOGO

Cuando el proceso de felicidad y de amor por la espera y llegada de un nuevo integrante a la familia, se ve atenuado por un diagnóstico inesperado de un cuadro clínico de autismo, surge la necesidad de proporcionar a los padres de familia que asisten a las instalaciones del Departamento de Psicología de Fundación Pediátrica Guatemalteca, una guía detallada sobre como estimular las áreas de comunicación, afectividad y socialización de los niños y niñas.

Con base a lo anterior y a la experiencias en el trabajo en el campo de la Educación Especial, se considera necesario proporcionar apoyo a los padres de niños y niñas con autismo, que les permita contar con la orientación adecuada por edad y áreas de desarrollo a nivel cognitivo para una mejor integración a la sociedad y permitir la aceptación del diagnóstico autista, proporcionando espacios para mejorar la aceptación, reduciendo los niveles de angustia, temor y culpa que frecuentemente se presentan durante el proceso.

Dentro de los alcances obtenidos con la realización de la investigación se recabó la información durante los meses de agosto a septiembre del 2011, sobre el desarrollo motor, lenguaje, conducta social, desarrollo emocional, cognitivo, resistencia al cambio, movimientos estereotipados, sensaciones y percepciones de cada uno de los niños y niñas, todos estos aspectos necesaria para lograr establecer la guía para la elaboración del manual de estimulación para padres, considerando las necesidades presentadas por los padres, para fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos, mejorando la comunicación y realizar actividades que le permitan al niño y niña autista interactuar socialmente dentro del medio en el que se desarrolla.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El autismo es un síndrome no una enfermedad que se padece durante toda la vida, aunque las manifestaciones cambian conforme pasa el tiempo y algunos síntomas mejoran mientras otros pueden hacerse más severos. “Estadísticamente el autismo afecta a 4 de cada 1,000 niños”;¹ a la fecha las causas son desconocidas, y regularmente se manifiesta entre los 18 meses y 3 años de edad, es un trastorno neurobiológico que afecta la habilidad de los niños en cuanto a la comunicación, comprensión del lenguaje, el juego y su relación con los demás, ya que no ve a los ojos, en ocasiones parecen ser sordos, tiene obsesión por los objetos o muestra total desinterés en relacionarse con los demás. En algunas circunstancias, estos niños, además de ser autistas, presentan algún otro trastorno del desarrollo (retraso mental, motriz, etc.) o bien, pueden ser lo que se conoce como el autista clásico o puro. Aunque no es válido decir que tienen un retraso mental, el autista llega a mostrar alto grado de inteligencia, en estos casos la falta de aprendizaje se hace evidente, debido precisamente, a la pobre o nula comunicación, lo cual no le permite el contacto con los demás y por lo mismo es instintivo y los conocimientos de la vida son parciales y específicos.

El presente manual de “Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas” útil para ser tomado como herramienta y guía de apoyo a los padres de familia de estos niños. El mismo está basado en la técnica de modificación de conducta (conductismo) y metodologías dirigidas a la estimulación de la comunicación, socialización y afectividad.

La aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana está dirigida hacia controles positivos de la misma. Estos principios deben ser bien utilizados para que el trabajo sea objetivo, confiable y válido.

¹ Cuxart, F. *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Archidona, Málaga, España. (2000).
Pág. 9

La diversidad de técnicas que existen conducen al niño y niña al repertorio de conductas básicas para el aprendizaje: atención, seguimiento de instrucciones e imitación. Por lo que es recomendable que los padres de familia inicien con la terapia conductual especialmente en edad menor de diez años aunque también es efectivo en otras edades; donde el objetivo principal es una mejor calidad de vida, y la integración social para una mejor aceptación del mundo que le rodea.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La felicidad y el amor que un hijo trae a la vida de una familia son inconmensurables, durante todo el proceso se forman toda una serie de emociones e ideas que se encuentran unas con otras, surgiendo muchos planes y expectativas en torno a un nuevo integrante, aunque haya o no pasado antes por un embarazo y un parto, siempre se adquieren nuevas responsabilidades y preocupaciones a fin de prepararse para la llegada de un hijo, todo este proceso puede ser tan gratificante y especial por lo que es necesario entender que la espera puede verse atenuada por un diagnóstico inesperado, por todo esto, no importa si es el primero, el tercero o el quinto hijo, si el diagnóstico es dado al momento del nacimiento, a los 7 meses o a los 2 años, el dolor, la negación, la culpa y el miedo, siempre aparecen y se vive un proceso de duelo en prácticamente todas las familias que afrontan esta vivencia única y particular. A pesar que el trabajo con el niño y niña autista debe ser abordado con prontitud y de manera integral, en nuestro país generalmente es tardía la atención de la familia, especialmente de los padres de estos niños y niñas.

Frecuentemente, una de las preguntas que muchos de los padres se hacen, están relacionadas sobre cuál es la definición del trastorno autista. Es importante mencionar que el autismo es un síndrome no una enfermedad que se padece durante toda la vida, aunque las manifestaciones cambian conforme pasa el tiempo y algunos síntomas mejoran mientras otros pueden hacerse más severos; a la fecha las causas son desconocidas y regularmente se manifiesta entre los 18 meses y 3 años de edad, es un trastorno neurobiológico que afecta la habilidad de los niños en cuanto a la comunicación, comprensión del lenguaje, el juego y su relación con los demás, ya que no ve a los ojos, en ocasiones parecen ser sordos, tiene obsesión por los objetos o muestra total desinterés en relacionarse con los demás. En algunas circunstancias, estos niños, además de ser autistas, presentan algún otro trastorno del desarrollo (retraso mental, motriz, etc.) o bien, pueden ser lo que se conoce como el autista clásico o puro, aunque no es válido decir que tienen un retraso mental, el autista llega a mostrar alto grado de inteligencia, en estos casos la falta de aprendizaje se hace evidente, debido precisamente, a la pobre o nula comunicación, lo que no le permite el contacto con los

demás y por lo mismo es instintivo y los conocimientos de la vida son parciales y específicos.

Actualmente, no se tienen datos exactos del porcentaje de niños y niñas autistas en Guatemala, según lo establecido en la página de Voces del Autismo, institución que apoya a los padres de niños y niñas que padecen dicho diagnóstico, muchos de los casos son pasados por alto debido al miedo de los padres y a la poca información prestada en nuestro país especialmente en las comunidades rurales. Además son pocas las instituciones que asisten a niños y niñas autistas en Guatemala, las cuales poseen grandes listas de espera. Dentro de las instituciones que brindan esta atención son: Intégrame, Voces del Autismo, Comunidad Educativa Kipling, Fundación Pediátrica Guatemalteca y clínicas particulares, estas instituciones cuentan con el apoyo de la Universidad de San Carlos, al igual que la Universidad del Valle de Guatemala.

El presente manual de “Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas” servirá como una herramienta útil y de guía con estrategias prácticas en apoyo a los padres de familia de estos niños. El mismo está basado en la técnica de modificación de conducta (conductismo) y metodologías dirigidas a la estimulación de la comunicación, socialización y afectividad, dirigidas a las necesidades de cada niño.

La aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana está dirigida hacia controles positivos de la misma. Estos principios deben ser bien utilizados para que el trabajo sea objetivo, confiable y válido.

La diversidad de técnicas que existen conducen al niño y a los padres al repertorio de conductas básicas para el aprendizaje: atención, seguimiento de instrucciones e imitación, por lo que es recomendable que los padres de familia inicien con la terapia conductual especialmente en edad menor de diez años aunque también es efectivo en otras edades; teniendo como objetivo una mejor calidad de vida, la integración social y con ello la aceptación del mundo que le rodea.

Una detección lo más temprana posible de cualquier alteración en el desarrollo de un niño y niña posibilita el establecimiento de un programa de intervención temprana capaz de promover al máximo las capacidades del desarrollo personal y social del niño y

la adecuada orientación de la familia. Debido a que el papel de la familia es fundamental para la atención adecuada del niño y niña con autismo, es importante establecer un medio de comunicación indicando los cambios en la conducta del niño y de la niña. La comunicación no sólo favorece a los niños y niñas con autismo sino a cualquier niño, es importante que los padres sean consistentes en casa.

Las demandas de estimulación de la comunicación, afectividad y socialización de los niños y niñas autistas están presentes día con día, por lo que se reconoce que deben ser atendidas estas necesidades y contar con la existencia de programas y proyectos que consideren la atención en salud, cuidado, estimulación y educación. Por lo tanto, el “Manual de Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas” es una respuesta a la atención de necesidades de la primera infancia, considerándola una innovación educativa, donde la implementación contribuya al desarrollo y a la estimulación de aprendizajes básicos para niños y niñas autistas y una herramienta y guía para los padres.

Este manual ofrece una orientación pedagógica en la técnica de modificación de conducta (conductismo) y metodologías dirigidas a la estimulación de la comunicación, socialización y afectividad.

Se invita a conocer el documento y familiarizarse con una propuesta de implementación educativa dentro de las Familias de niños y niñas autistas, pero sobre todo se invita a la aplicación del Manual y a formar parte de los procesos de formación de la población infantil con Trastornos Generalizados del Desarrollo.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 Historia del Autismo:

Etimológicamente, el término autismo proviene del griego *autos* cuyo significado es *encerrado en sí mismo*. La primera vez fue utilizado, por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1911), para referirse a un trastorno del pensamiento que solamente aparecía en algunos pacientes esquizofrénicos. Bleuler en su obra *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* utiliza el vocablo autismo para definir uno de los síntomas de la esquizofrenia. Para Bleuler, el síntoma autista consiste en una separación de la realidad externa. De este modo, la persona que padece esquizofrenia reacciona muy débilmente a los estímulos del exterior. Consideró que “la ruptura mental con el exterior no era absoluta, de manera que la conciencia en relación con hechos cotidianos podía estar relativamente bien conservada, y sólo en los casos más severos de estupor se observaba un aislamiento absoluto”².

Sin embargo, es considerado a Leo Kanner el creador del término de este trastorno infantil gracias a “la observación de 11 niños que sufrían alteraciones extrañas y no parecidas a ninguna otra enfermedad psicopatológica”³. Kanner en 1943 lo describe como un síndrome conductual que se manifiesta por una alteración de lenguaje, de las relaciones sociales y procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida. Kanner entendió esta sintomatología como una alteración del contacto socio-afectivo, lo que supuso en las dos décadas posteriores que la mayor parte de las investigaciones identificaran al autismo como un trastorno emocional, enfoque que desarrolló profundamente la escuela psicoanalítica.

A partir de los años 60, comienzan a diversificarse las líneas de investigación una de las más notables hipótesis explicativa del autismo postula la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje, estas aportaciones conducen a una visión más compleja del autismo.

² Op. Cit Cuxart, Pág. 11

³ Wicks-Nelson, R. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Editorial Prentice Hall. Madrid, España, (1998). Pag. 135

En los años 70 y 80, con la aparición de las nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológica, neurofisiológica, etc., durante estos mismos años Rutter (1977) que discrepó con Kanner (1943) en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, y como consecuencia de alteración afectiva. Actualmente, los clínicos lo describen como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, sin embargo parece existir una cierta tendencia para volver al término original.

1.1.2.2. Definición:

La Organización Mundial de la Salud, establece al autismo de la siguiente forma: “Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas”. (CIE-10, 1992, pág. 309)

En el estudio de las causas del autismo se han desarrollado varias teorías, que tratan de explicar el origen del síndrome autista. Entre ellas Rutter (1977) propuso la siguiente definición: el autismo proviene de un origen orgánico cerebral y también un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas y específicos de este trastorno.

Otra de las definiciones proporcionadas por La “National Society For Autistic Children” (NSAC) de Estados Unidos, en 1977, elaboró una definición ponderada por un comité técnico. Al igual que Rutter, hace referencia a “un síntoma conductual y cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos”⁴.

⁴ Fourneaux, Baarbara. Roberts, Brian *El niño autista: diagnóstico, tratamiento, perspectivas*. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina. (1982) pág. 85

1.1.2.3 Etiología:

Las primeras teorías que se hicieron sobre las causas fueron que los padres trataban a sus hijos autistas sin el calor y el afecto que se considera normal entre padres e hijos. La psicología freudiana tenía una teoría preparada para el autismo: Si falla cierta relación psicológica básica entre padres e hijos, estos últimos serán incapaces de evolucionar. Esta teoría permaneció vigente durante los años 50 y principios de los 60, pero también existen dos explicaciones alternativas obvias que la teoría freudiana no aprecia:

- La poca interacción observada en los padres, podría ser una consecuencia y no causa del comportamiento autista de los niños.
- El autismo podría ser, en un caso extremo, la herencia genética de un rasgo de personalidad observada en dichos padres.

Los antiguos tratamientos consistían en apartar algunos niños de sus padres y ponerlos en manos de otros cuidadores para ver si se recuperaban, cuando pudieron ver que este método no era remedio para curarlos se hicieron algunos intentos de sumergir a los niños en entornos de estados psicológicos, de los que habían carecido de sus padres, pero de este modo tampoco encontraron el remedio de esta condición.

A continuación, se describen investigaciones científicas que explican la posible causa del autismo infantil:

1.1.2.3.1 Teorías Biológicas:

Entre las causas biológicas se han realizado estudios acerca del funcionamiento del sistema nervioso; la influencia genética; factores prenatales, perinatales y postnatales.

Influencias genéticas. Mack (2008), en conferencia dictada acerca de Los Genes del Trastorno Autista en XXI Congreso de Barcelona, España expuso que estudios realizados con gemelos y familias demuestran que sí existe una susceptibilidad genética. Los miembros de familia y gemelos dicigóticos de un autista, tiene una predisposición

genética del 5%-10%, mientras el riesgo es más alto con gemelos monocigóticos, siendo la concordancia del 60%-90%. Interpretando estos resultados que el autismo se debe a la herencia oligogénica, varios genes que producen diferentes fenotipos, donde la combinación de múltiples alelos da origen a este trastorno.

Barlow (1981), también consideran que el origen del autismo puede ser genético, pues estadísticas demuestran que la probabilidad de tener otro hijo con trastornos del desarrollo es del 5% al 10%, aunque actualmente se desconoce con certeza los genes que puedan desarrollar el autismo infantil, se considera que puede ser el cromosoma 15, pero existen otros cromosomas que también pueden estar involucrados.

Pellegrini (2009), con influencias neurobiológicas, informó que “nuevas investigaciones del desarrollo cerebral del niño con autismo, consideran que el origen de este trastorno es neurológico; pues desde el nacimiento hasta el año, el cerebro tiene una actividad febril, de intenso desarrollo, maduración y vulnerabilidad extrema. Lo que no se constituya en este período, es muy difícil o imposible restaurarlo después, es en este período, es cuando se puede presentar un inadecuado funcionamiento de los genes de ciertos cromosomas como el 7, el 13 y el 15 que no permiten la liberación de determinada sustancia, la conexión neuronal, y la producción de proteínas. Todo esto puede provocar alteración de las interacciones en la estructura del cerebro, que producen distintos tipos de problemas, entre los que se encuentra el autismo”⁵.

Erick Coruchene (2001), es investigador del Departamento de neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de California con sede San Diego, hace un aporte de que la hiperplasia y la hipoplasia de ciertas regiones que se hallan asociadas a este trastorno. También comprobó que la instauración de las neuronas termina en la infancia, mientras en los autistas continúa hasta entrada la edad adulta. Esta tesis es apoyada por Nancy Mishew, psiquiatra de la Universidad de Pittsburg, quien dice que esto explica porque algunos presentan síntomas después de los 14 ó 18 meses.

Barlow, et al. (1981) consideraron que el origen del autismo puede estar relacionada con alguna lesión orgánica, por estudios de casos que presentan retraso mental, así como la anormalidad que muestran al caminar. Describieron que algunas investigaciones que

⁵ Pellegrini R. *Nuevas Investigaciones. Desarrollo cerebral del niño con autismo*. <http://www.elcisne.org> (2009).

han utilizado la resonancia magnética y tomografías axiales computarizadas, detectaron anomalías en el cerebro de las personas que padecían autismo, donde se reflejó que el cerebelo de estas personas era más pequeño.

Otros estudios realizados en cerebros de personas autistas por el Departamento de Neurociencias de UCSD y el Centro de Autismo de la Excelencia, informan que: “Se han hallado anomalías anatómicas consistentes en los cerebros de pacientes autistas que han sido confinadas al sistema límbico y al cerebelo y oliva inferior relacionada. Las evidencias sugieren que las anomalías del sistema límbico puedan representar una alteración del desarrollo que involucra a este circuito. Los hallazgos en el cerebelo y los núcleos olivares relacionados también sugieren que el proceso que trae como consecuencia estas anomalías comienzan antes del nacimiento. A pesar que no se conoce el efecto de las anomalías prenatales dentro del sistema límbico y el cerebelo, es probable que la disfunción en estos circuitos se encuentre en posición de interrumpir la adquisición y el procesamiento de información a través de la vida y pueda conducir a muchos de los rasgos clínicos característicos del autismo.”⁶

Otras investigaciones proponen, que las causas del autismo pueden originarse por lesiones ocurridas durante el embarazo, el nacimiento o después de nacer, como enfermedades durante el embarazo, bajo peso, nacimientos prematuros, etc. Se menciona a Gillberg (1992), quien hizo estudios donde las infecciones y lesiones cerebrales postnatales pudieron ser la causa del autismo, ya sea por meningitis, hemorragias cerebrales graves y la epilepsia.

1.1.2.3.2 Teorías Psicológicas:

La primera hipótesis que se desarrolló y que por mucho tiempo tuvo credibilidad fue la que estableció Leo Kanner, quien pensaba que los padres tenían una respuesta inadecuada e indiferente hacia las necesidades emocionales de los hijos. Consideraba que esto se generaba más en familias con alto recurso económico, inteligentes, comprometidos en sus trabajos y generalmente se interesaban más en temas científicos, literarios, artísticos, por lo se perdía parte del instinto maternal esencial, y se generaba la

⁶ Fejerman, N. *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Edit. Paidós. España, (1994). Pag 151

ruptura de comunicación afectiva entre los padres e hijos, situación que propiciaba el desarrollo del trastorno de autismo infantil. Otro científico que apoyó esta teoría que estigmatizó a los padres, fue Bruno Bettelheim, quien era de la corriente psicoanalista.

Wicks-Nelso, (1998) mencionaron que la teoría de Bettelheim (1973) estaba basada en las primeras percepciones del niño como insatisfechas y que la actitud de los padres era percibida como una amenaza al desarrollo, lo que provocaba que el niño no tuviera el deseo de aprender y de comunicarse, creando una barrera ante la vida. Estas actitudes provocaban en el niño el desarrollo de conductas estereotipadas para manifestar hostilidad hacia los padres y controlar el entorno externo.

Un estudio realizado por Valencia y García (2006) expresaron que Fester en el año 1961 fue el pionero en darle al autismo un enfoque conductual, cambiando así el concepto que se tenía en esa época, y propuso que la sintomatología que presentaba este trastorno era resultado de una dificultad para aprender. Esta propuesta abrió nuevas investigaciones desde un análisis conductual para el tratamiento del autismo, siendo el investigador más representativo Lovaas.

Estas teorías han sido refutadas mundialmente por muchos investigadores, incluso por el mismo Kanner. Este científico, años después se percató que los padres no eran responsables del padecimiento de los hijos por la falta de amor o por ser menos consistentes en los intentos de educar a los hijos. Los hermanos de los niños autistas, también crecían con el mismo patrón de crianza y manifestaban un desarrollo normal. (Cuxart, 2000).

1.1.2.4. Algunos síntomas del trastorno autista:

Los diversos estudios que se han realizado sobre el autismo, han evidenciado que éste se presenta más en niños que en niñas, lo cual según los hallazgos genéticos muestra que hay una marcada herencia ligada al cromosoma X, y donde el peso familiar (herencia) por los trastornos sociales, lingüísticos y cognitivos, crea una tendencia hacia este.

A continuación, se mencionan los síntomas más comunes del autismo, establecidos por “Healts System de la Universidad de Virginia”⁷, aunque cada niño puede experimentarlos de una forma diferente:

- 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.
- Ausencia de vías de comunicación adecuadas.
 - Demora o ausencia total del lenguaje.
 - Ecolalias (repetición de palabras o frases).
- Marcada anormalidad en la comunicación no verbal.
- Ausencia de actividad imaginativa, como jugar a ser adulto.
- Marcada anomalía en la emisión del lenguaje con afectación.
- Anomalía en la forma y contenido del lenguaje.
- Movimientos corporales estereotipados.
- Preocupación persistente por parte de objetos.
- Intensa aflicción por cambios en aspectos insignificantes del entorno.
- Insistencia irrazonable en seguir rutinas con todos sus detalles.
- Limitación marcada de intereses, con concentración en un interés particular.
- Necesita rutinas.

1.1.2.5. Criterios de diagnóstico:

En el DSM-IV el trastorno autista está clasificado como un trastorno generalizado del desarrollo y las características esenciales para el diagnóstico es la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del

⁷ Neil K. Kaneshiro (2010) **Autismo**, Estados Unidos, disponible en: healts.system.virginia.edu

trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. En la mayor parte de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental, habitualmente en un intervalo moderado (CI 35-50). Aproximadamente el 75% de los niños con trastorno autista sufre retraso.

Este trastorno está denominado por el CIE-10 como Autismo Infantil. El DSM-IV y el CIE-10 proponen los mismos criterios de diagnóstico:

A. Un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de interacción social.

b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel del desarrollo.

c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.

d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral.

b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) Manerismos motores estereotipados y repetitivos.
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

- a) Interacción social.
- b) Lenguaje utilizado en la comunicación social,
- c) Juego simbólico o imaginativo.

1.1.2.6. Diagnóstico diferencial:

Realizar un diagnóstico diferencial es importante, porque algunos trastornos del desarrollo manifiestan características similares, algunas de ellas pueden ser transitorias a las que se presentan en el autismo infantil. Según el DSM-IV, el autismo puede diferenciarse al menos de siete trastornos del inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia, las cuales son: esquizofrenia infantil, retraso mental, trastorno de Rett, trastorno de Asperger, mutismo selectivo y los trastornos infantiles desintegrativos. A continuación se presenta un resumen de criterios que deben evaluarse al realizar el diagnóstico diferencial del autismo con otros trastornos del desarrollo, según este manual.

Cuadro 1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
AUTISMO	Desarrollo deficiente de la interacción y comunicación social. Actividades e intereses restringidos. Ausencia del juego imaginativo. Contacto ocular inadecuado. Conductas estereotipadas.
RETT	Pérdida de habilidades manuales ya adquiridas, movimientos manuales estereotipados. Existe desaceleración del crecimiento craneal. Descoordinación en marcha y movimiento del tronco. Dificultad en la interacción social, por un período transitorio. Contacto ocular presente, a veces muy intenso. Sólo es diagnosticado en mujeres.
DESINTEGRATIVO INFANTIL	Patrón de regresión evolutivo, tras un desarrollo normal en las habilidades de comunicación, lenguaje y sociales, después de los 2 años de vida, pero antes de los 10 años de edad.
ASPERGER	El niño tiene un aspecto normal, suele ser inteligente y no tiene retraso en la adquisición del habla, sin embargo, presenta problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. La capacidad intelectual de los niños es normal y su lenguaje normalmente solo se ve alterado cuando es utilizada con fines comunicativos. Suelen fijar su atención hacia un tema concreto, de manera obsesiva muchas veces, por lo que no es extraño que aprendan a leer por sí solos a una edad muy precoz, si ese es el área de su atención.
RETRASO MENTAL	Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio. Accesos epilépticos desde la primera infancia. Menor fracaso en actividades cognitivas, sociales, emocionales y de adaptación.
ESQUIZOFRENIA INFANTIL	Es muy raro que se presente en la primera infancia, generalmente se desarrolla en la adolescencia. Presencia de alucinaciones e ideas delirantes. Se presentan períodos de normalidad o cercana a ésta.

MUTISMO SELECTIVO	Trastorno de la comunicación verbal de origen emocional que consiste en la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas. No presenta grave alteración en la interacción social, ni patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado.
--------------------------	---

Nota: La información es el resumen de lo establecido por el DSM IV TR

1.1.2.7. Conductas clásicas del Autismo:

Para la descripción del comportamiento y características más frecuentemente, las cuales se manifiestan antes de los 30 meses y que son de ayuda para establecer el diagnóstico diferencial, es necesario tener claro que cada niño autista es un individuo y por lo tanto presentan rasgos especiales y únicos de personalidad, que se muestran, a pesar de las conductas clásicas que determinan este trastorno. En el desarrollo de este subtema, se mencionan a Wing (1981) y Brauner (1981), por la importancia de sus aportes al estudio del autismo.

1.1.2.7.1. Desarrollo social:

“La sociabilidad en el desarrollo de los niños autistas, es una de las particularidades más fuertes y con consecuencias negativas, y se deteriora aún más por las deficiencias en otras áreas, como el lenguaje y el desarrollo cognitivo, que influyen en la manera de interrelacionarse”⁸.

Los niños y niñas para poder relacionarse y entenderse con otros, deben aprender a ponerse en el lugar de otros, elaborar símbolos de comunicación y ser capaces de percibir los sentimientos de los demás, los niños autistas presentan deficiencia en este aprendizaje. Sibón (1997) “consideró que algunas de las características de la sociabilidad de los niños con autismo son las deficiencias perceptivas y la incapacidad de retroalimentación del niño hacia la familia y hacia otras personas que los rodean”⁹.

⁸ Reviere, Ángel. *Lenguaje, Simbolización y alteraciones del Desarrollo*, volumen II, Editorial Medica Panamericana. España, (2003). Pag 42

⁹ Condemanrin, Mabel. Chadwick, Mariana. Milicic, Neva. *madurez escolar*, Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, (1996) pag 125

Fejerman (1994), expresa que la sociabilidad puede variar, los niños y niñas pueden ser distantes y evadir las miradas o entrometerse en el espacio de otros, tocándolos inadecuadamente, besándolos u oliéndolos. Por lo general prefieren relacionarse con adultos que con otros niños. Garantos (1984), menciona que “se puede apreciar un aislamiento en el retraimiento y la búsqueda de soledad, con lo cual se impide la creación de nuevos vínculos relacionales, sociales. Actúan, generalmente, ignorando la presencia de los otros, aunque algunos fijen su atención en determinadas partes del cuerpo; evita la mirada de los otros y la suya es huidiza”¹⁰.

1.1.2.7.2. Desarrollo de lenguaje y comunicación:

El lenguaje y la comunicación es otra de las deficiencias que están presentes en el diagnóstico de autismo. Está afectada tanto la comunicación verbal, como la no verbal. Cuanto más limitado sea su lenguaje, será más difícil el tener un buen pronóstico.

Una tercera parte de los niños con autismo no aprenden a hablar, o su habla carece de funcionalidad, con respecto a los que hablan, presentan ecolalias que no pueden adecuarlas a nuevas situaciones y si no reciben tratamiento, no se pueden eliminar. Quienes desarrollan lenguaje espontáneo, tienen confusiones en la gramática, usando frases estereotipadas y rígidas. Además tienen un control débil de sus órganos fonatorios, presentando ciertas vocalizaciones iniciales idiosincrásicas. Manifiestan deficiencia en la etapa pre-verbal, incapacidad de expresarse y comprender gestos. Presentan además, inversión de los pronombres, sin manejar comprensión de ellos, son muy pocos quienes logran cierta capacidad comprensiva y la utilización adecuada de los pronombres. Si logran comprender ciertos aspectos del lenguaje, pueden desarrollar una mejor expresión en temas concretos, pero no en abstractos. La comunicación no verbal de los niños autistas es poco expresiva y no utilizan las manos, ni el cuerpo, ni palabras para expresarse, generalmente lo hacen a través del llanto y gritos. Mientras el lenguaje tiene un vocabulario pobre, con un significado fijo de las palabras, su nivel de abstracción

¹⁰ Garanto A. Jesús,). *El Autismo. Aproximación nosografico-descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Edit. Herder. Barcelona, España. (1984). Pag. 134

es bajo. Muy pocos pueden tener una conversación, hablan sin control y no relacionan lo que el otro dice con información que ya poseían.

1.1.2.7.3. Desarrollo emocional y afectivo:

Las manifestaciones de afectividad varían y dependen de muchos factores, como el nivel de autismo, las deficiencias en el desarrollo cognitivo, social, comunicativo y conductas estereotipadas. Según Reviére (2002) los niños con autismo poseen un desarrollo tardío de las conductas de apego, presentando inicialmente un aparente rechazo al contacto físico, una resistencia a cambios en ambientes y rutinas, así como un elevado apego a determinados objetos. También presentan ciertas actitudes obsesivas.

El desarrollo emocional generalmente se presenta de la siguiente manera: antes de los seis y siete años tiene rechazo físico, ausencia de contacto visual, problemas de sueño, trastornos de alimentación, rabietas y problemas de control de esfínter. Y antes de la adolescencia, es indiferente a la presencia de otras personas, participan en actividades grupales, presencia de actividades rituales más marcadas, y algunas conductas agresiva. Durante la adolescencia, logran cierta estabilidad emocional, pero caracterizada por falta de empatía y de habilidades sociales.

Fejerman, (1994) mencionó que los niños autistas, también pueden tener explosiones sin razón aparente de llanto, risa o irrupciones agresivas, su felicidad la obtiene a través de que se realicen las cosas a su manera, de lo contrario reaccionan con actitudes inadecuadas berrinches, gritos o comportamientos agresivos.

1.1.2.7.4. Desarrollo cognitivo:

Las destrezas cognitivas se presentan en el desarrollo del niño autista inadecuadamente. La atención se caracteriza por ser hiperselectiva e involuntaria a los estímulos, no desarrollan la habilidad de comprender a otras personas, por lo que no pueden predecir el comportamiento de los demás. Por esto mismo, carecen de motivación, no tienen competitividad, y tampoco miedo al fracaso, sin embargo presentan frustración cuando algo les sale mal, pero no lo hacen para satisfacer a las personas; con

respecto al aprendizaje, es específico a las situaciones y por la incapacidad de divulgar situaciones nuevas, la solución a problemas no podrá ser usada si la misma situación se presenta nuevamente, lo que puede provocar ira, su memoria es episódica, pero la noción general es incompleta, no utilizan códigos, ni usan métodos para recordar las cosas.

1.1.2.7.5. Juego simbólico:

El juego del niño y niña autista es pobre, ya que sólo manipulan el juguete de una forma mecánica, sin realizar algún juego imaginario, ya que carecen de fantasía. Además el juego es solitario, ya que presentan dificultad de incorporar a otro niño en el juego, debido a la incapacidad de comprender la utilización de los objetos imaginarios o simbólicos por lo que la interacción es mecánica con las propiedades físicas del juguete u objeto. Muchos presentan habilidad para armar rompecabezas, pero solo lo hacen con el propósito de reunir piezas, no de conseguir la figura.

Brauner (1981), indica que los juegos de los niños y niñas autistas son observadores, lo que significa que pueden imitar y a veces están situados de su edad real, sin embargo, lo que juegan está desprovisto de encontrar utilidad y funcionalidad al acto, no encuentran gratitud al esfuerzo y que muchas veces el juguete se puede convertir en objetos tranquilizadores. “También indica que son incapaces de realizar el rol de un personaje”¹¹.

1.1.2.7.6. Resistencia al cambio:

Este es uno de los principales síntomas del autismo y que fue descrito por Kanner. Esta actitud no permite que el niño autista desarrolle la facultad para una adaptación en su medio ambiente. Al respecto, Brauner (1981), menciona que esto es una actitud primitiva en la vida y que se convierte en una necesidad biológica para salvaguardar la existencia y que es una forma segura y fácil de defender, ahorra esfuerzos y evita el temor al cambio; ya que es incapaz de apreciar posibilidades y ve solamente las dificultades, por lo que termina resistiéndose al cambio; cuando detectan un cambio suelen reaccionar con gritos, con autolesiones o simplemente a replegarse. Esta

¹¹ Brauner, A y F. *Vivir con un niño autístico*. Edit. Paidós. Barcelona España (1981) pag 76

resistencia al cambio, es con el propósito de mantener un ambiente familiar e íntimo pues no desean experimentar estímulos desconocidos.

Wing (1985), expresa que “este problema puede presentarse en varias formas, donde los niños y niñas insisten en la repetición de las mismas rutinas y muchas veces con movimientos rutinarios propios y sí se turba esa rutina, se producirán gritos y rabietas. Otro obstáculo al cambio es que los niños y niñas autistas con frecuencia se encariñan a ciertos objetos y rehúsan a separarse del objeto. También ésta resistencia se puede dar con la alimentación”¹².

1.1.2.7.7. Movimientos estereotipados:

Los movimientos y posturas de los niños y niñas autistas son muy diversos. Estos movimientos también pueden encontrarse en niños y niñas con retraso mental severo, pero los que realizan los niños y niñas autistas son llamativos. El balanceo también se da en niños y niñas regulares de 7-8 meses, pero cesa en el momento que empiezan a caminar. Aquí se mencionan las posturas y movimientos estereotipados que son más comunes, como los movimientos de la cabeza. Este es uno de los estereotipos del autismo más impresionante e insoportable, el cual consiste en chocar la cabeza, de una manera violenta, contra algo, generalmente la pared, dándose un balanceo hacia adelante hacia atrás. Existe también el balanceo de la cabeza que es suave y no golpea con nada.

Con respecto a la marcha, se han observado dos tipos de marcha, la más característica del autismo, es la que se realiza en una posición en puntillas y se da a consecuencia de una extrema extensión del cuerpo y la marcha generalmente se efectúa a tirones, a veces en el mismo niño, también se da la marcha hipotónica la cual consiste en que flexionan las rodillas, el tronco parece desplomarse. También se presentan los balanceos, estos son movimientos que se efectúan en todas las posiciones posibles, como por ejemplo el que practica sentado inclinándose de adelante hacia atrás en forma de

¹² Wing, L. *La Educación del niño autista. Guía para padres y maestros*. Editorial Paidós. Barcelona, España. (1985). Pag 54, 57.

columpio. Estando de pie, se da el balanceo de izquierda a derecha e inversamente, algunas veces despegando los pies.

Se pueden distinguir dos movimientos estereotipados de las manos, el que se efectúa con gestos para imprimir movimientos a objetos y que se presentan en movimiento de rotación, donde el cuerpo se encuentra tenso, los brazos levantados y los dedos parecen estar danzando con gran habilidad. El otro movimiento es el de los dedos tiesos y estirados al máximo, actitud que implica un rechazo.

1.1.2.7.8. Sensaciones y percepciones:

El grado y las características de las sensaciones y percepciones pueden ser muy variables, lo cual hace que no sean una característica para diagnosticar el autismo.

- *La visión:* Con respecto al desarrollo de este sentido, Fejerman, (1994), mencionó que los niños autistas emplean mejor la modalidad visual que la auditiva. Ellos tienen la facultad de recordar caminos y lugares, por lo que su memoria visual puede ser excelente. Algunos de estos niños son extremadamente observadores y focalizan blancos invisibles, se fascinan con ventiladores o ruedas giratorias. El enfoque visual lo hacen a través de estímulos repetitivos, como luces o cosas que giran, con respecto a la mirada de los niños y niñas autistas, Brauner considera que esa mirada tiene algo de particular, y que algunos padres se refieren como una mirada que traspasa, que es vacía. Si bien es una mirada huidiza, no es precisamente por rompimiento de contacto, por lo que se considera a la mirada periférica como una tentativa de amenguar el impacto de la cosa percibida y para tranquilizarse.
- *La audición:* En muchos casos se piensa que el niño está sordo, ya que no responde a ningún sonido. Al respecto, Fejerman, (1994) expone que la respuesta auditiva de un autista es pobre. Sin embargo muchos de ellos presentan intolerancia a los sonidos fuertes y se defienden tapándose los oídos para apaciguarlo. Otros autores, como Brauner (1981), describen casos de autistas que no responden a sonidos fuertes, pero a veces pueden reaccionar molestos a cierta

clase de sonidos que son leves, los autistas pueden bloquear los sonidos y otras veces reaccionan como si les causara mucho dolor.

- *El tacto, el gusto y el olfato:* Al respecto, Wing (1985), dice que por medio de estos sentidos los autistas exploran el mundo y que sucede después que han pasado la etapa de bebé y el deambulador. Que muchas veces ellos reconocen a las personas por medio de estos sentidos, oliendo las manos, tocando el rostro de una forma delicada. Aunque exploran el mundo por los sentidos, muchos de ellos tienen dificultades al masticar sus alimentos. Otros pueden ser insensibles al frío o al dolor, así mismo, los autistas desarrollan una alta respuesta a los estímulos percibidos por estos sentidos.

1.1.2.8. Detección del autismo:

El diagnóstico y la evaluación debe ser llevada a cabo por profesionales especializados en el tratamiento de niños con autismo, también debe dirigirse a factores que no son específicos al autismo incluyendo el grado de deterioro del lenguaje, el retraso mental, y la presencia de trastornos conductuales inespecíficos tales como hiperactividad, agresiones, ansiedad, depresión, o discapacidades específicas del aprendizaje que pueden afectar significativamente el pronóstico y el tratamiento de los autistas.

Debe realizarse una amplia evaluación médica y neurológica que se centre en la búsqueda de daños cerebrales, enfermedades concurrentes, o dificultades comunes en autismo: historial del embarazo, del parto y perinatal, historial evolutivo, incluyendo hitos evolutivos, regresión en la temprana infancia o posterior, encefalopatías, trastornos por déficit de atención, crisis epilépticas, depresión o manía, conductas disruptivas, tales como irritabilidad, autolesiones, problemas con el sueño o la comida y pica por la posible exposición al plomo. Se debe realizar el historial familiar, tanto como en la familia nuclear como extensa, de afecciones como autismo, retraso mental, síndrome de X frágil, y esclerosis tuberosa compleja, a causa de sus implicaciones sobre la necesidad de evaluación cromosómica o genética. Además, se deben identificar miembros familiares con trastornos afectivos o ansiedad por su impacto en el cuidado del niño y de la carga familiar.

Los focos del examen físico y neurológico deben incluir seguimiento longitudinal del perímetro cefálico, rasgos inusuales (faciales, en los miembros, estatura, etc.), que sugieran la necesidad de una evaluación genética, anormalidades neurocutáneas (que requieren un examen con la lámpara ultravioleta de Wood), la marcha, el tono muscular, los reflejos, los pares craneales y el estado mental incluyendo el lenguaje verbal y no verbal y el juego.

Debe ser realizada una evaluación de habla-lenguaje-comunicación en todo niño y niña que haya fallado de los procesos de detección del lenguaje evolutivo, llevadas a cabo por un patólogo de lenguaje, con entrenamiento y experiencia en evaluación de niños con autismo. Los resultados de evaluación de habla-lenguaje-comunicación, deben ser siempre interpretados en función de las habilidades cognitivas, motrices y socioemocionales del niño, es necesario realizar una evaluación cognitiva por un psicólogo o pediatra neurólogo con experiencia en autismo y debe incluir evaluación de los puntos fuertes, habilidades, fuentes de tensión y capacidad de adaptación de la familia (padres y hermanos).

Se debe considerar la posibilidad de una detección y evaluación completa de las habilidades sensorio motoras por un profesional calificado (terapeuta ocupacional o fisioterapeuta) con experiencia en evaluación de personas autistas, incluyendo evaluación de habilidades de motricidad fina y gruesa, praxis, habilidades de procesamiento sensorial, manierismos inusuales o estereotipados, y el impacto de todos estos componentes en la vida diaria de la persona autista.

Realizar una evaluación neuropsicología, conductual y académica, además de la evaluación cognitiva, que incluya habilidades de comunicación, social y de relación, funcionamiento académico, conductas problemáticas, estilo de aprendizaje, motivación y refuerzo, funcionamiento sensorial y autorregulación.

La evaluación del funcionamiento familiar, debe realizarse para determinar el nivel de comprensión de los padres de la alteración del hijo, y ofrecer adecuado consejo y educación. En función del nivel socioeconómico de la familia y del nivel del niño se debe valorar la necesidad de poner a su disposición diversos servicios sociales que proporcionen respiro y otros apoyos.

Los trabajadores sociales, psicólogos u otros profesionales especializados en orientar a familias de personas autistas, son capaces de evaluar la dinámica familiar en lo relativo a las habilidades como padres y estrategias de manejo de conductas, específicamente relacionado con el hijo.

Una evaluación de laboratorio puede incluir, cuando este indicado, las siguientes pruebas: a.) Las pruebas metabólicas, b.) los test genéticos, c.) La electroencefalografía (EEG) de privación de sueño prolongado, d.) Las pruebas de neuroimagen pueden estar indicadas ante la presencia de rasgos no explicados por el solo diagnóstico de autismo por ejemplo: examen motor asimétrico, disfunción en los pares craneales, severo dolor de cabeza en cuyo caso se aplicarían los protocolos de uso de la población normal, e.) test de valor poco probable.

En la práctica clínica es de esperar que se realice una reevaluación al menos al año del diagnóstico inicial, y un seguimiento continuo, ya que cambios relativamente pequeños en el nivel evolutivo afectan al impacto del autismo en los años preescolares.

1.1.2.9 Métodos para la intervención:

Profesionales y familias utilizan un conjunto de métodos y técnicas que incluyen la modificación de conducta, educación estructurada, medicación de algún tipo, etc. En conjunto todas estas técnicas van encaminadas a minimizar el impacto de los comportamientos negativos que interfieren en el aprendizaje del niño, al tiempo que procuran estimular las conductas más normalizadas.

En general podemos afirmar que, el tratamiento o la intervención en los autistas deben hacerse en función de los síntomas y características de cada persona y no en función del diagnóstico de sí mismo.

A continuación, se describen las diversas terapias que se ocupan del tratamiento con niños y niñas autistas, con la finalidad de abrir un abanico de posibilidades para el tratamiento, el cual presenta, en todos los casos, un objetivo común relacionado con la mejoría progresiva de los niños:

1.1.2.9.1 Terapia conductual:

También conocido como el método Lovaas (por Ivar Lovaas, uno de los principales precursores de la actualidad) basada en el conductismo. Se enseñan habilidades por medio de reforzadores y aversivos (premio y castigo), es una metodología de intervención temprana con carácter intensivo.

Lovaas y sus colaboradores de UCLA son el único grupo de investigación que ha publicado evaluaciones controladas sobre la eficacia de un programa de tratamiento conductual, que se basa en una metodología conductual con carácter intensivo, siendo un programa que incluye los siguientes componentes: intervención temprana, participación parental; alta intensidad y enfoque comunitario.

En el método Lovaas se enfatiza la adquisición de nuevos comportamientos, dado que se considera que, si un niño posee un repertorio de comportamientos constructivos, los comportamientos problemáticos acontecerían con menos frecuencia.

Los principales componentes de esta terapia son:

- **Intervención Conductual:** implica utilizar técnicas y procedimientos como el reforzamiento, aprendizaje en discriminación, estimulación de apoyo a la respuesta instrumental, desvanecimiento/ retirada gradual de los estímulos de apoyo, moldeamiento, análisis de tareas, etc.
- **Intervención Temprana:** la intervención conductual se dirige principalmente a niños menores de 4 años, ya que se comprobó que la eficacia se acentúa cuando la intervención se realiza en edades tempranas. Esto no descarta que niños de más edad, tengan capacidad de aprendizaje (siempre aplicando las estrategias adecuadas).
- **Intervención Uno-a-uno:** durante el primer tiempo de intervención (6- 12 meses) la instrucción debe ser de uno a uno, ya que esta situación acelera considerablemente el aprendizaje. El primer entorno que instruye al niño es el familiar, para prepararlo luego a entornos más complejos, como el escolar por ejemplo.

- Intervención Global: los niños con autismo necesitan que les enseñen todo. Los comportamientos nuevos, que se les va enseñando, deben irse incorporando de uno a uno y de forma gradual. El enfoque global implica incluir todos los aspectos del desarrollo como objetivos terapéuticos desglosados en unidades del comportamiento que proporcionan una instrucción menos compleja.
- Intervención Intensiva: una intervención que requiere un gran número de horas, alrededor de 40 a la semana. La mayor parte de esas horas, en un principio, deben situar el énfasis en remediar los déficits de habla y lenguaje. Luego este tiempo se divide en remediar estos déficits y también en proporcionar la integración con los compañeros.

El enfoque de Lovaas es un programa completo altamente estructurado que depende en gran medida sobre los métodos de formación de prueba discretos (TDT). Dentro de la terapia Lovaas, TDT se utiliza para reducir los comportamientos estereotipados de autistas a través de la extinción y el suministro de alternativas socialmente aceptables a comportamientos self-stimulatory (auto-estimulación). La intervención puede iniciar cuando a temprana edad y puede durar de dos a seis años. El primer año procura reducir el comportamiento de auto-estimulación, enseña la imitación, establece jugando con juguetes en su manera prevista e integración de la familia en el Protocolo de tratamiento. El segundo año enseña primeras habilidades lingüísticas expresivas y abstractas, interacción entre pares, habilidades básicas de socialización y se esfuerza por incluir a la comunidad de individuos en el tratamiento para optimizar la incorporación de la perspectiva mientras elimina cualquier fuente posible de la estigmatización. El tercer año se centra en la expresión emocional y la variación además de aprendizaje observacional y pre-universitarios habilidades como lecto escritura y aritmética, rara vez se aplica la técnica por primera vez con adultos.

El método Lovaas idealmente se realiza cinco a siete días a la semana con cada sesión dura de cinco a siete horas, totalizando un promedio de unos 35-40 horas por semana. Cada sesión se divide en ensayos con interrupciones intermitentes. Los ensayos no tienen un límite de tiempo especificado para permitir una conclusión natural cuando el comunicador se siente con el niño y evitar que esté perdiendo la atención. Cada ensayo se compone de una serie de mensajes (verbal, gesto|gestual, física, etc.), emitidos por el

"comunicador" que se coloca a través de la tabla. Estos mensajes pueden oscilar entre "poner en", "Mostrar", "dame" y así sucesivamente, en referencia a un objeto, el color, la simple imitación de gestos, etc. El concepto se centra en dar forma al niño para responder correctamente a las indicaciones, aumentando la capacidad de atención del individuo y la incorporación de los niños para el éxito académico.

1.1.2.9.2 Método PECS:

El Sistema de Comunicación con Intercambio de Imágenes (PECS) este método incorporará diversas aproximaciones basadas en símbolos para aumentar la comunicación.

Los símbolos pueden ser objetos, símbolos texturizados, imágenes, dibujos y palabras impresas. Las señas o gestos también pueden ser usados.

Los símbolos pueden ser utilizados para:

- Incrementar la comprensión del lenguaje hablado.
- Proporcionar actividades y eventos predecibles.
- Ayudar con rutinas de instrucciones o guiones de comportamiento.
- Comunicarse interactivamente.

El Sistema de Comunicación con Intercambio de Imágenes (PECS) es un método interactivo de comunicación para individuos no verbales. Requiere el intercambio de un símbolo entre un individuo no hablante y su interlocutor. Un símbolo es intercambiado para iniciar una petición, hacer una elección, proporcionar información o responder. El acercamiento consiste en cinco fases:

1. Intercambio físicamente provocado.
2. Incrementar la espontaneidad, buscar y localizar comportamientos y persistencia.
3. Discriminación entre símbolos.
4. Estructura de enunciado.
5. Funciones adicionales de comunicación y vocabulario.

Lori Frost & Andrew Bondy (1994), del programa Autístico de Delaware, ampliaron estos principios para incluir “intercambio y un desarrollo sistemático de una variedad de formas lingüísticas, su programa ha sido usado inicialmente en niños pequeños que no hablan y son autistas, entre los 3 y 5 años de edad”¹³.

PECS es apropiado para individuos con:

- Significativos déficits de comunicación.
- Una historia o dificultad para adquirir el lenguaje.
- Pequeños intentos comunicativos o del entendimiento del aspecto interactivo social de la comunicación.
- Niveles diagnósticos de autismo, retraso en la difusión del desarrollo, Síndrome de Down con las características arriba mencionadas.
- Niveles diagnósticos de dispraxia y disfasias severas donde los individuos no tienen las habilidades motoras o ambientales para tener un lenguaje de signos.

Por lo que no necesitan de las siguientes habilidades:

- Habilidad de imitación.
- Contacto visual.
- Orientación facial.
- Habilidades motoras que no se encuentren en el repertorio del individuo.

Los individuos aprenden a comunicarse para obtener objetos o eventos altamente motivantes (ejemplos: comida o juguete). Estos objetos o eventos altamente motivantes pueden subsecuentemente convertirse en menos preferidos, por lo tanto, es crucial el determinar continuamente los objetos preferidos. Muchos de los individuos para los que PECS es adecuado no estarán interesados en objetos convencionales o típicos y pueden no tener una gran variedad de intereses.

También es un acercamiento sin estímulo verbal. Maestros, padres o terapeutas deben permanecer en silencio y evitar proveer estímulos o incitaciones verbales mientras

¹³ Bondy, A & Frost, L. The Delaware Autistic Program. *Preschool Education Programs for children with Autism*. In S.Harris & J. Handleman (Eds), Austin, (1994). pag 98

realizan el intercambio. Esta estrategia incrementa la posibilidad de que el individuo inicie una interacción en vez de responder solo después de un estímulo verbal.

Además este acercamiento usa estímulo físico de mayor a menor importancia para apoyar al individuo de tal manera que se asegure una comunicación exitosa. Tan rápidamente como sea posible, los estímulos físicos son ocultados, si es necesario, cualquier nuevo aspecto o fase del programa deberá de ser apoyado con estímulo físico.

1.1.2.9.3. Método floortime:

Desarrollado a comienzos de los 90 por el psiquiatra pediátrico Stanley Greenspan, docente de la Universidad George Washington y ex director del Programa de Desarrollo Infantil y del Centro de Estudios de la Salud del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, y la psicóloga Serena Wieder. Ayuda a niños y niñas con autismo a alcanzar niveles óptimos de interacción, comunicación y pensamiento. El método Floortime hace hincapié en la interacción con el entorno, y es necesaria la participación activa de toda la familia.

El método Floortime reconoce seis etapas del desarrollo:

La primera es la atención y en ella los especialistas evalúan si el niño o niña puede mantener la concentración y la calma durante una actividad que le gusta hacer y si puede mantenerlas cuando se le pide cambiarla. A ésta le sigue el compromiso o capacidad del niño y niña de llamar la atención de sus padres. En la tercera etapa aparece la habilidad para comunicarse con intención, es decir, si el niño y niña responde cuando la mamá le habla y puede expresar sus emociones con gestos.

La cuarta ya incluye interacción en la comunicación que el niño y niña inicia con cierto propósito, como obtener un juguete. En la quinta etapa aparece la elaboración de ideas y símbolos, mientras que en la última se ubica el desarrollo del pensamiento superior, que permite unir esas ideas. En la etapa final, el niño o niña debe desear un objeto, ir a buscar a uno de los padres para señalarle qué es lo que quiere y poder

obtenerlo ejemplificó la doctora Cordero. “Es el progreso de las seis etapas lo que se estimula con este método. Ventajas del método floortime”¹⁴:

- Se enfatiza en el juego y las relaciones sociales positivas para aumentar las habilidades emocionales y sociales.
- Se hace más énfasis en la calidez, la reciprocidad y el placer en las relaciones.
- Se concentra en transformar las acciones de los niños en interacciones.
- Se les enseña a los padres a hacer participar a los niños de manera más relajada y feliz.

1.1.2.9.4. Técnicas de modificación conductual:

Las técnicas de modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológica para mejorar el comportamiento de las niñas y niños, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

Según Labrador, Cruzado y López (2001), definen la modificación de conducta como: aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas.

¹⁴ Rosen, Lawrence., Riley David., *Medicina Alternativa y Complementaria, Clinicas Pediátricas de Norteamérica.* publicaciones Elsevier Masson España, (2007) pag. 134

- *La extinción:* en la extinción, una conducta deja de emitirse porque deja de producirse una consecuencia reforzante. La extinción produce algunos efectos importantes:

- a) En un primer momento la conducta que se pretende extinguir aumenta su frecuencia (estallido de extinción).

- b) Así mismo, en las primeras fases de la Extinción se pueden producir reacciones emocionales (llantos, quejas....) y agresivas (gritos, patadas,,,), lo que se denomina agresión inducida por la extinción.

- c) Una vez extinguida la conducta puede producirse una recuperación espontánea.

La extinción es una técnica que produce resultados duraderos sin efectos secundarios negativos, aunque es un procedimiento más lento, sobre todo si la conducta ha sido reforzada anteriormente de manera intermitente.

Este procedimiento no debe aplicarse si:

- a) Se pretende una reducción rápida de la conducta.

- b) Se trata de una conducta peligrosa para el sujeto o los demás.

- c) Hay otros reforzadores que mantienen la conducta (así, de nada serviría ignorar una conducta que está siendo reforzada además por la atención de otras personas).

La extinción es más eficaz si se combina con el reforzamiento de otra conducta incompatible.

- *El reforzamiento diferencial:* es un enfoque positivo de reducción de conductas, tiene tres variantes:

1) Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas de Conducta (RDTB):

Lo que se busca no es eliminar la conducta sino disminuir su frecuencia (por ejemplo, un alumno que interrumpe con continuas preguntas en clase: la conducta de preguntar es adecuada, no tanto su frecuencia). Existirían tres variantes de aplicación:

a) RDTB de Respuesta Espaciada: En el ejemplo anterior, supongamos que la línea base indica que el alumno hace una media de 10 preguntas a la hora (haría una pregunta cada 6 minutos). En esta variante se refuerza al alumno si han pasado 6 minutos desde su última pregunta.

b) RDTB de Intervalo: Se refuerza al alumno si ha hecho como máximo una pregunta en 6 minutos.

c) RDTB de Sesión Completa: Se refuerza al alumno si ha preguntado menos de 10 veces en una hora.

2) Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO):

Se refuerza al sujeto si tras un período de tiempo no ha realizado la conducta que se pretende eliminar. Por ejemplo, si la línea base nos indica que un alumno se levanta en clase cada 5 minutos, se le refuerza pasados 5 minutos sin que se haya levantado.

3) Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI):

En este caso se refuerza una conducta incompatible con la que se quiere eliminar. En el ejemplo anterior, se reforzará una conducta incompatible con levantarse (permanecer sentado trabajando). Una extensión de la técnica de RDI es la denominada Entrenamiento en Reacción de Competencia (así, si un sujeto se come las uñas, se le entrena a tener los puños cerrados).

- *El coste de respuesta:* es una técnica de eliminación de conductas inadecuadas, para lo que se quita un reforzador positivo después de emitirse éstas. Esta técnica se utiliza sobre todo en un sistema de economía de fichas. Un ejemplo actual de

esta técnica es el denominado carné por puntos, en el que se retiran puntos por conducción inadecuada. Lógicamente, el sujeto debe tener reforzadores disponibles y hay que procurar que no pierda todos los reforzadores y menos aún que quede "en bancarrota", ya que a partir de entonces emitir la conducta inadecuada no le costaría nada. Así, por ejemplo, sería más efectivo quitar minutos de recreo por mal comportamiento en clase, que dejar al alumno sin recreo durante una semana. Una variante de esta técnica es la llamada Prima del Coste de Respuesta, conjunto de reforzadores o fichas que se dan al sujeto al final del período que se establezca si no ha realizado la conducta inadecuada, con lo que se posibilita que posea una reserva de reforzadores.

- *El tiempo fuera:* de Reforzamiento, se retira al sujeto de una situación reforzante siempre que emita la conducta inadecuada. Las variantes de esta técnica son:
 - a) Tiempo Fuera de Aislamiento: Se lleva al sujeto a otro lugar menos reforzante.
 - b) Tiempo Fuera de Exclusión: El sujeto permanece en el mismo lugar pero sin ver a los demás. Aquí se podría enmarcar el conocido como "Rincón para Pensar", utilizado sobre todo en las aulas de Educación Infantil. Asimismo, la técnica denominada Pantalla Facial (cubrir brevemente la cara del sujeto con un trozo de tela, sería también un Tiempo Fuera de Exclusión.
 - c) Tiempo Fuera de No Exclusión: El sujeto se quedaría en el mismo lugar, pero sin participar, simplemente observando cómo los demás reciben el refuerzo.

Para una correcta aplicación del tiempo fuera se recomienda:

- a) Especificar con claridad las normas y el procedimiento.
- b) Dar un aviso antes de emplearlo.
- c) Llevar al sujeto a un lugar aburrido de forma tranquila y sin gritar.

El tiempo aproximado de aislamiento es de 10 minutos para niños entre 5 y 8 años y de 15 minutos para niños mayores de 9 años.

- *La saciación:* Se pueden distinguir dos procedimientos de saciación:
 - a) Saciación de Estímulo o de Reforzador: Se aplica el refuerzo durante un largo tiempo, hasta que pierda su cualidad reforzante.
 - b) Saciación de Respuesta o Práctica Negativa o Práctica Masiva: Consiste en ejecutar la conducta inadecuada de forma masiva.
- *La sobrecorrección:* Consta de dos procedimientos básicos:
 - a) Sobrecorrección Restitutiva: Se hace que el sujeto restaure el ambiente hasta dejarlo mejor que antes.
 - b) Sobrecorrección de Práctica Positiva: Se hace que el sujeto practique varias veces una conducta positiva.

La Sobrecorrección es un procedimiento muy efectivo, ya que enseña conductas apropiadas tanto al sujeto como a potenciales observadores, siendo además sus efectos muy rápidos y de larga duración.

1.1.2.10 Áreas de intervención del trabajo educativo:

1.1.2.10.1 Repertorio de conductas básicas:

La intervención conductual se puede definir como todas aquellas acciones en las que participan terapeutas y padres para ampliar las probabilidades de que logren manifestar comportamientos eficaces y satisfactorios en lo personal, además de ser productivos y aceptables en términos sociales, es por esto que es indispensable estimular las conductas básicas del desarrollo que son: la atención, memoria, imitación y seguimiento de instrucciones. Este tipo de conductas son la base para la adquisición de otras conductas más complejas.

El plan de estimulación de conductas básicas considera los siguientes sistemas:

- Atención: es una conducta indispensable para el desarrollo de cualquier programa conductual incluyendo los repertorios básicos de imitación y seguimiento de instrucciones. Por lo que se trabajará por medio de juego como: familia de cartas, contrastes, categorizar y analizar, rompecabezas.
- Imitación o modelamiento: por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el terapeuta o padre, la característica fundamental es servir de ejemplo o patrón para que sea imitada por el niño. Tres formas distintas de modelamiento: aproximaciones sucesivas, encadenamiento de actividades distintas, encadenamiento hacia atrás.
- Seguimiento de instrucciones: (pastor alemán básico), iniciar con instrucciones básicas como: siéntate, párate, detente, mira, pon, toma, entrega, dar, camina, lleva, etc., se da la instrucción de cara, se proporciona unos instantes, si no lo realiza se le lleva de la mano y se le ayuda a realizarlo.
- Memoria: procesamiento de información memorias múltiples tales como lo son la memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo.

1.1.2.10.2. Lenguaje:

La planificación de la estimulación del lenguaje tiene como objetivo expandir su utilización y desarrollar los aspectos fonológicos, semánticos y sintácticos, apoyándose básicamente en la estructura lingüística que el niño y niña deben construir, tratando de reflejar las experiencias en el ambiente en el que se desarrolla, también es importante considerar las diferencias en los aspectos de regulación tónica, control y dominio de los movimientos corporales, ritmo corporal, como también en la afectividad; es decir, que exista el deseo de hablar, de establecer una relación comunicativa.

El plan de estimulación de lenguaje considera los siguientes sistemas:

- Sistema fonológico: conciencia fonológica, ejercicios articulatorios básicos: para los labios, las mejillas, la lengua y para soplar.

- Desarrollo del vocabulario (semántica), con ejercicios sobre la base de: expresión oral (juegos creativos o simbólicos, experiencias planteadas, mostrar y decir, narraciones, pantomimas, dramatizaciones, títeres, foros, canciones infantiles, decir y escuchar poesías) y destrezas de escuchar (narraciones, descripciones, transmisión de mensajes orales, contar cuentos).
- Desarrollo de sintaxis: tomar conciencia del sujeto, verbo y de los complementos.
- Programa de desarrollo basado en el modelo de Kirk Mc Carthy (I.T.P.A.): recepción auditiva, recepción visual, asociación auditiva-vocal, función visomotora, expresión verbal (descripción verbal), expresión gestual (codificación motora), cierre gramatical (completación de frases), cierre auditivo (completación de sonidos), agrupamiento de sonidos, cierre visual, memoria de secuencias visuales y memoria de secuencias auditivas.

1.1.2.10.3. Cognitiva:

El plan del desarrollo cognitivo contiene ejercicios que pretenden favorecer la asimilación inteligente y se organice en sistemas operativos en el plano del pensamiento; es decir, se intenta orientar las funciones de los sentidos y sus acciones sobre los objetos, de manera tal que permita coordinarlos y organizarlos adecuadamente.

Las actividades destinadas a la estimulación cognitiva se presentan de la siguiente manera:

- Expresión verbal de un juicio lógico: negación, conjunción, disyunción, uso de cuantificadores.
- Expresión simbólica de un juicio lógico: verdadero o falso, negación, conjunción, disyunción.
- Noción de conservación: actividades introductorias a la noción de conservación, conservación de longitud, conservación de cantidad discontinua, conservación de cantidad continua, conservación de peso, conservación de número, conservación de la equivalencia de dos colecciones en correspondencia, conservación de superficie.

- Noción de seriación: actividades introductorias a la noción de seriación, seriación simple, seriación múltiple.
- Noción de clase: clasificación según una propiedad, clasificación múltiple, noción de inclusión.
- Función simbólica: imitación diferida, juegos simbólicos, imagen gráfica o dibujo, lenguaje verbal, imagen mental.

1.1.2.10.4. Psicomotricidad:

Al contar con la noción de psicomotricidad otorga al niño y niña una significación psicológica al movimiento y permite tomar conciencia de la dependencia recíproca de las funciones de la vida psíquica con la esfera motriz.

El programa de estimulación del desarrollo de la psicomotricidad se ha elaborado considerando cuatro dimensiones:

- Dimensión motriz gruesa: coordinación dinámica global y equilibrio (marchar, gatear y arrastrarse, equilibrio), relajación, disociación de movimiento, eficacia motriz.
- Dimensión motriz fina: movimientos de mayor precisión requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc.).
- Dimensión cognitiva: esquema corporal, estructuración espacial, estructuración temporal.
- Dimensión afectiva: tener siempre presente el carácter interactivo, utilizando la motivación para estimular el funcionamiento de las estructuras cognitivas lingüísticas y motrices.

El plan de desarrollo de la psicomotricidad, pretende obtener que el educador, con un enfoque del desarrollo psicomotor, no solo se centre en los aspectos motores, es decir, que sólo modifique el fondo tónico, la habilidad y la precisión del movimiento, sino

también que actúe sobre la estructuración espacial y temporal, sobre la organización del esquema corporal, y modifique el modo de percepción y sobre todo, el modo de aprehensión de los estímulos emocionales.

1.1.2.10.5 Sensoperceptiva:

Desde el punto de vista de desarrollo de funciones básicas para el aprendizaje, la sensopercepción se define como una respuesta a una estimulación físicamente definida, implica un proceso constructivo mediante el cual un individuo organiza los datos que le entregan sus modalidades sensoriales y los interpreta y completa a través de sus recuerdos, es decir, sobre la base de sus experiencias previas. Por lo que el plan de desarrollo diferenciado está dirigido para las modalidades de:

- Percepción háptica: experiencias táctiles y kinestésicas, reconocimiento de objetos familiares, reconocimiento de objetos complejos y formas geométricas abstractas.
- Percepción visual: direccionalidad, motilidad ocular, percepción de formas, memoria visual.
- Percepción auditiva: conciencia Auditiva, memoria auditiva, discriminación auditiva, sonidos iniciales, sonidos finales (rimas), análisis fónico.

1.1.2.10.6 Socio-afectiva:

Desarrollo emocional que se da a través de las relaciones que se establecen con el medio que nos rodea. Área Socio-Afectiva. Engloba las conductas referentes a sentimientos, valores, actitudes que se manifiestan en la persona como resultado de un aprendizaje.

- Comprende las características del desarrollo afectivo social.
- Aceptar los sentimientos del niño y la niña sin prejuicios para ayudar a conocerse a sí mismo.

- Estimular al niño y la niña para el logro de una mejor autonomía.
- Brindar oportunidades para: escoger, decidir, emitir, opiniones de iniciativas.
- Utilizar sanciones de reciprocidad cuando resulte necesario sancionar la conducta.
- Limitar al mínimo las concesiones, dando oportunidades para que pueda él o ella misma realizar elecciones.
- Apoyar al niño y la niña en sus posibilidades para que no se desanime.
- Favorece la participación para la construcción y aceptación de normas que regulan el funcionamiento en un grupo.
- Comprende las características del desarrollo afectivo social de la niña/o.
- Propiciar el desarrollo de relaciones cooperativas entre los niños y las niñas.
- Facilitar el intercambio de opiniones, expectativas, intereses.
- Promover el conocimiento y significado social de los comportamientos, normas y valores básicos de la comunidad.
- Marca con claridad los límites que contribuyen a dar seguridad y confianza al niño y la niña.

Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo para aprender cómo comportarse frente a otros.

1.1.2.11 La primera intervención con los Padres:

Ante un diagnóstico tan fuerte: “Su hijo es autista” cualquier madre o padre reacciona como todo ser humano ante la amenaza de ver quebrantada la paz, la vida y hasta los sueños y expectativas. La mayoría reacciona ante este impacto de lo no

esperado con la “negación” lo cual es lo normal. La “negación” es el mecanismo de defensa implementado por nuestro YO a fin de defenderse ante una situación que no puede manejar y en donde se siente amenazado. El objeto de atención clínica es la reacción de los padres luego de recibir el diagnóstico del hijo y el adecuado tratamiento para lograr llevar un proceso adecuado de duelo e iniciar simultáneamente el proceso terapéutico del niño. Por lo que es necesario trabajar con los padres la disculpabilización, dando explicaciones sobre que es el trastorno del autismo, el origen y las causas del mismo, impartiendo información que permita ver el panorama completo y así poder iniciar el trabajo terapéutico, favoreciendo de esta manera los procesos de razonamiento, para que tanto la observación que se haga del niño autista como la explicación de la problemática justifiquen los procedimientos y conductas. El valor que tienen los padres y el apoyo que brindan a las tareas, contribuirán a la aceptación del problema.

Después de analizar el entorno familiar del niño se puede saber las posibilidades reales de la familia en cuanto a la colaboración que le pueden ofrecer al niño autista, ya que es necesario para un buen desarrollo del mismo, por lo que se debe implicar a la familia en la funcionalidad de todo lo que vaya aprendiendo el niño, ya sean palabras, gestos o cualquier otro aspecto para alcanzar las metas propuestas que se desean alcanzar.

CAPITULO II

2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1.1. Características del lugar y la población:

Fundación Pediátrica Guatemalteca, es una institución creada en 1984 como una organización privada sin fines de lucro, para erradicar los problemas de salud y educación en la población más vulnerable de Guatemala, sus fundadores reunieron a un equipo de profesionales en diferentes ámbitos, con quienes asumieron la visión y el compromiso de llevar salud y desarrollo a todas las familias, sin importar su condición económica. La atención médica de alta calidad, se ha constituido en el estandarte de la Institución que con el paso de los años, ha logrado incorporar una serie de servicios de salud imprescindibles para que cada ser humano alcance un óptimo desarrollo. Como lo es el servicio de psicología, que brinda a los pacientes atención psicológica especializada, enfocada al bienestar emocional de las personas, implementando de una forma integral diferentes programas para niños y adultos, realizando talleres, terapias individuales y de grupo, Programas de Problemas de Aprendizaje, Programas de Educación Especial, Programas de Neuronet, Programas de Estimulación básica para niños de 4-7 años sin escolaridad, y Programas de Orientación Vocacional, con el propósito de mejorar los niveles de vida tanto a nivel personal como familiar.

Para la realización de esta investigación se tomó de forma aleatoria a 12 padres de familia como muestra, los cuales asisten a terapia en Fundación Pediátrica Guatemalteca en el área de Psicología con niños diagnosticados clínicamente con un cuadro de Trastorno Generalizado del Desarrollo.

2.1.2. Técnicas y procedimientos de trabajo:

Se utilizó el tipo de investigación cualitativa la cual Nell (1998) cita a Strauss y Corbin los cuales enfatizaron “por investigación cualitativa entendemos cualquier tipo

de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimientos estadísticos y cuantificación a base de porcentajes”¹⁵.

Puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos, y también al funcionamiento organizativo, movimientos sociales o relaciones e interacciones. Algunos de los datos pueden ser cuantificados pero el análisis en sí mismo es cualitativo. Por lo que una característica fundamental de los estudios cualitativos es su atención al contexto, la experiencia humana se perfila y tiene lugar en contextos particulares, de manera que los acontecimientos y fenómenos no pueden ser comprendidos adecuadamente, ya que los contextos de investigación son naturales y no son construidos ni modificados. El investigador cualitativo focaliza su atención en ambientes naturales. Busca respuesta a sus cuestiones en el mundo real y la experiencia de las personas se aborda de manera global u holísticamente. No se entiende a la persona como conjunto separado de variables. El investigador cualitativo debe desarrollar una sensibilidad hacia situaciones o experiencias consideradas en su globalidad y hacia las cualidades que las regulan.

- *Grupos Focales:*

El grupo focal es un método de investigación cualitativo que se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto. El grupo focal de discusión es “focal”, porque focaliza su atención e interés en un tema específico de estudio e investigación que le es propio, por estar cercano a su pensar y sentir; y es de “discusión”, porque realiza su principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones de sus miembros. Las dos técnicas principales usadas para recoger información en la metodología cualitativa son la observación participativa y las entrevistas en profundidad. Los grupos focales poseen elementos de ambas técnicas, y, aunque mantienen su unicidad y distinción como método de investigación, son como un modo de oír a la gente y aprender de ella. Los participantes en los mismos encuentran la experiencia más gratificante y estimulante que las entrevistas individuales.

¹⁵ Nell J. Salkind *Métodos de Investigación*. México, Prentice Hall. (1998) 382 páginas.

Procedimiento:

1. El primer paso consistió en realizar la definición del tema.
2. Se reunieron bibliografías con respecto a los temas del Trastorno Generalizado del Desarrollo y sus diagnósticos diferenciales, métodos para la intervención y áreas de intervención del trabajo educativo.
3. Este punto consistió en realizar del Planteamiento del Problema.
4. Se elaboró el Marco Teórico de la investigación.
5. Se realizó el capítulo de Método, el cual incluye los sujetos a investigar, los instrumentos a utilizar y el tipo de investigación que se realizó.
6. Este paso consistió en la selección de la muestra a utilizar de Fundación Pediátrica Guatemalteca en el departamento de Psicología.
7. Se llevaron a cabo las entrevistas utilizando grupos focales.
8. Se realizaron las tabulaciones de los resultados de las entrevistas de grupos focales.
9. Se procedió a elaborar el programa del Manual para padres para estimular las áreas de comunicación, afectividad y socialización en sus hijos con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo.
10. Finalmente, se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

2.1.3. Instrumento y recolección de datos:

Para conocer los aspectos que se deben tomar en cuenta para la elaboración del manual de “Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en los niños autistas”, se utilizó un instrumento que fue elaborado por el equipo de investigación. Este instrumento consistió en una entrevista, según Achaerandío (1995) una entrevista es un instrumento para recolección de información, recogidas por medio de muestras con el objeto de llegar a conocer aquellos aspectos que sean de interés para la investigación.

En la entrevista se determinaron los niveles de principiantes del desarrollo motor, lenguaje, conducta social, desarrollo emocional, cognitivo, resistencia al cambio, movimientos estereotipados y sensaciones y percepciones, efectos del presente trabajo de investigación fueron seleccionadas para desarrollar el programa. Se dividió el instrumento en 6 sub áreas componentes del desarrollo, anteriormente descritas. Al final

de la entrevista, es de vital importancia preguntar a los padres si tienen alguna observación o comentario para agregar a la información anterior, ya que estos datos resultan ser de mucha ayuda al momento del diagnóstico. Para obtener información más específica o bien ampliar información de un tema, se puede utilizar preguntas de sondeo de manera efectiva, como por ejemplo: “hábleme más sobre ese tema”, “¿qué quiso decir con eso?”, “¿qué significa (una palabra o frase) para usted?”, “me podría proporcionar un ejemplo”, etc. En ocasiones, las respuestas de los entrevistados son muy generales, por lo que el entrevistador puede ampliar la información con preguntas de sondeo.

CAPÍTULO III

3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.2. Características del lugar y población:

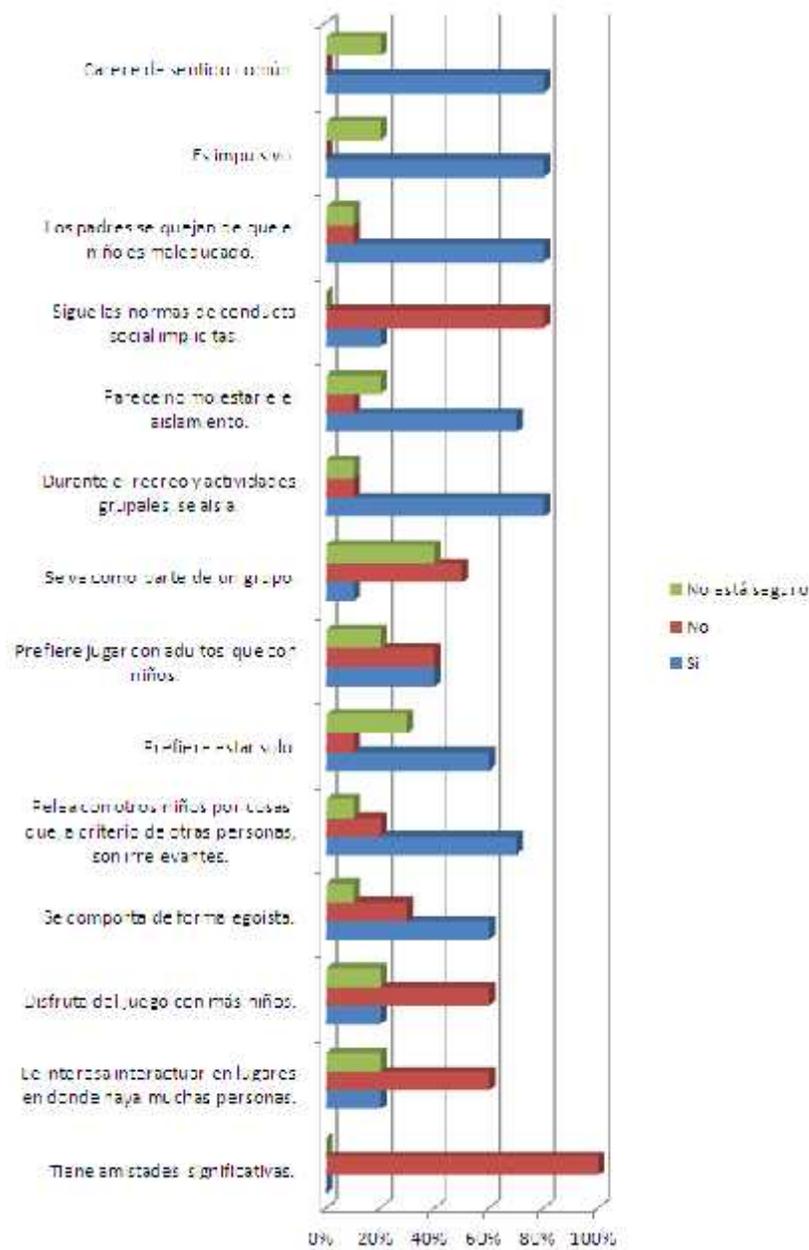
Para la realización de esta investigación se tomó de forma aleatoria a padres de familia que asisten al departamento de Psicología como muestra, los cuales acuden a terapia en Fundación Pediátrica Guatemalteca con niños diagnosticados clínicamente con un cuadro de Trastorno Generalizado del Desarrollo.

3.2.1 Datos obtenidos del trabajo de campo:

Para este estudio, se aplicó una encuesta en la que se exponían una serie de contenidos para determinar los niveles del desarrollo motor, lenguaje, conducta social, desarrollo emocional, cognitivo, rutinas e intereses y sensibilidad sensorial, los resultados permitieron desarrollar el programa. Los sujetos de estudio colocaron, según su criterio y experiencia, una **X** sobre aquellos aspectos que deberían ser considerados en el programa para ser aplicado en cada nivel. A continuación se exponen los resultados de cada aspecto y el porcentaje de frecuencia de cada respuesta.

CONDUCTA SOCIAL

Gráfica No. 1

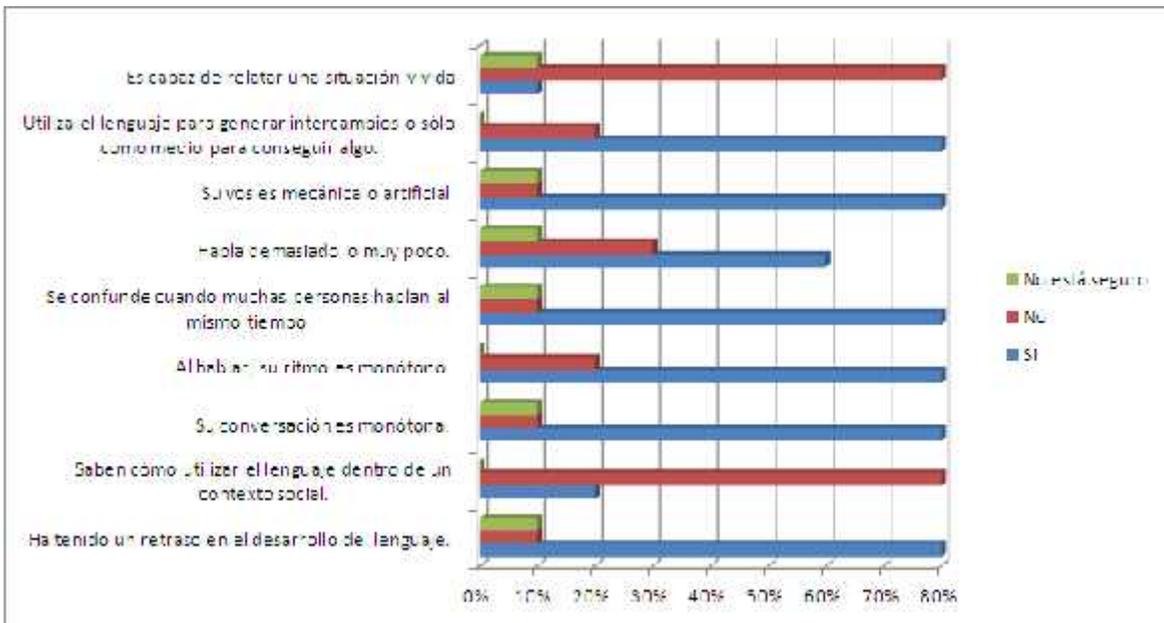


En la gráfica No. 1 se muestran dentro de los resultados que el predominio de conductas características del trastorno autista son evidentes, las cuales interfieren en su desarrollo social dentro del grupo en el que se desarrollan dichos niños y niñas.

Los contenidos del desarrollo del lenguaje, fueron analizados por los sujetos de estudio y según su criterio externaron las siguientes opiniones:

DESARROLLO DEL LENGUAJE

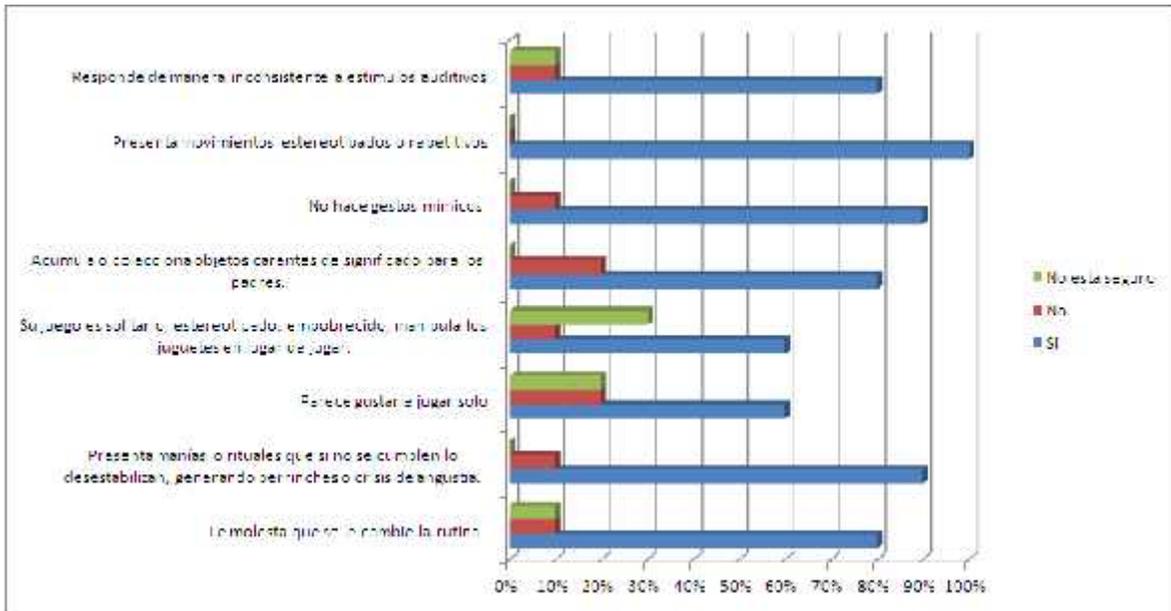
Gráfica No. 2



En la gráfica No. 2 se muestra que el desarrollo del lenguaje, presenta muchas de las dificultades características del autismo por lo que es importante estimular esta área para lograr un avance y una mejor comunicación que permita una adecuada identificación social de parte de estos niños y niñas.

RUTINA E INTERESES

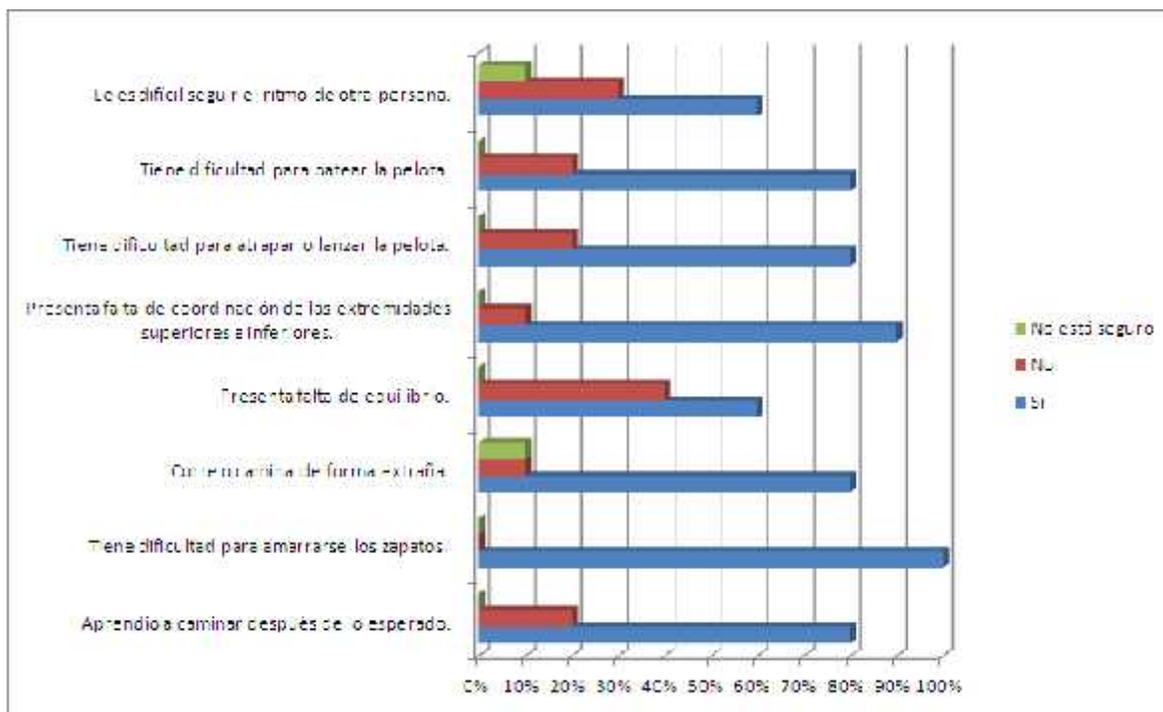
Gráfica No. 3



Resultados obtenidos en la gráfica No. 3 de Rituales e Intereses los padres coinciden en la existencia de las conductas presentadas, sin embargo para algunos les resulta difícil identificar si se han presentado las conductas en sus hijos.

DESARROLLO MOTOR

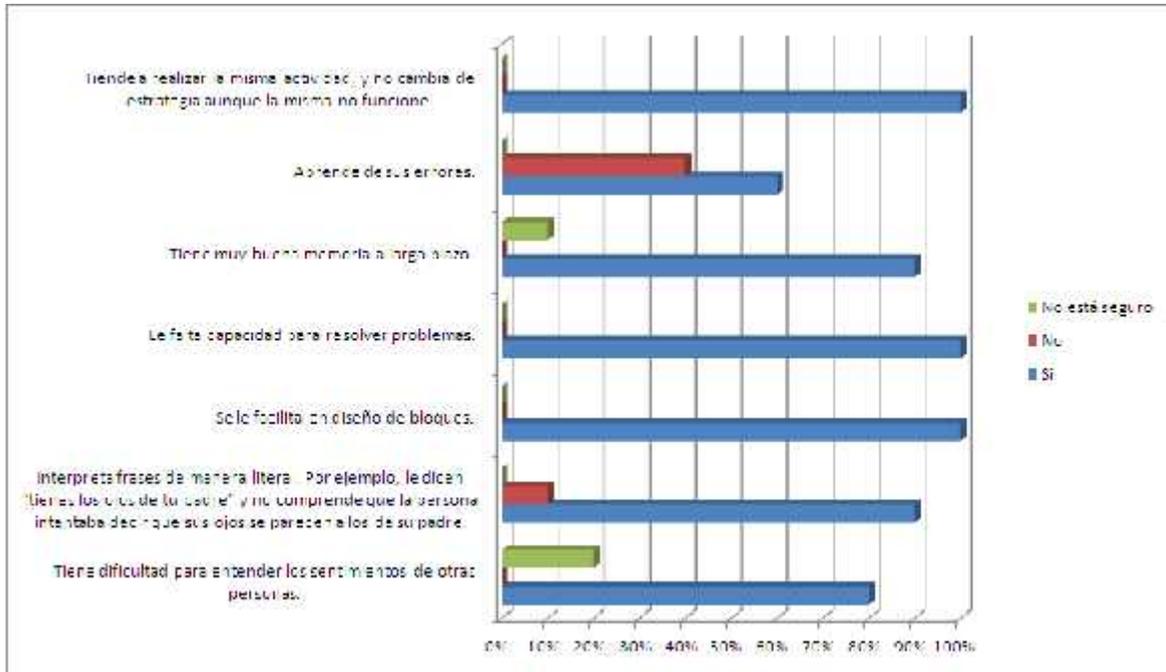
Gráfica No. 4



En la gráfica No. 4 se muestran los resultados para el área de desarrollo motor, en la que a opinión de los padres indican los aspectos a ser tomados en cuenta para la aplicación de las destrezas básicas necesarias a estimular tanto la motricidad gruesa como motricidad fina indispensable para un adecuado proceso de aprendizaje a nivel general como de independencia.

COGNICIÓN

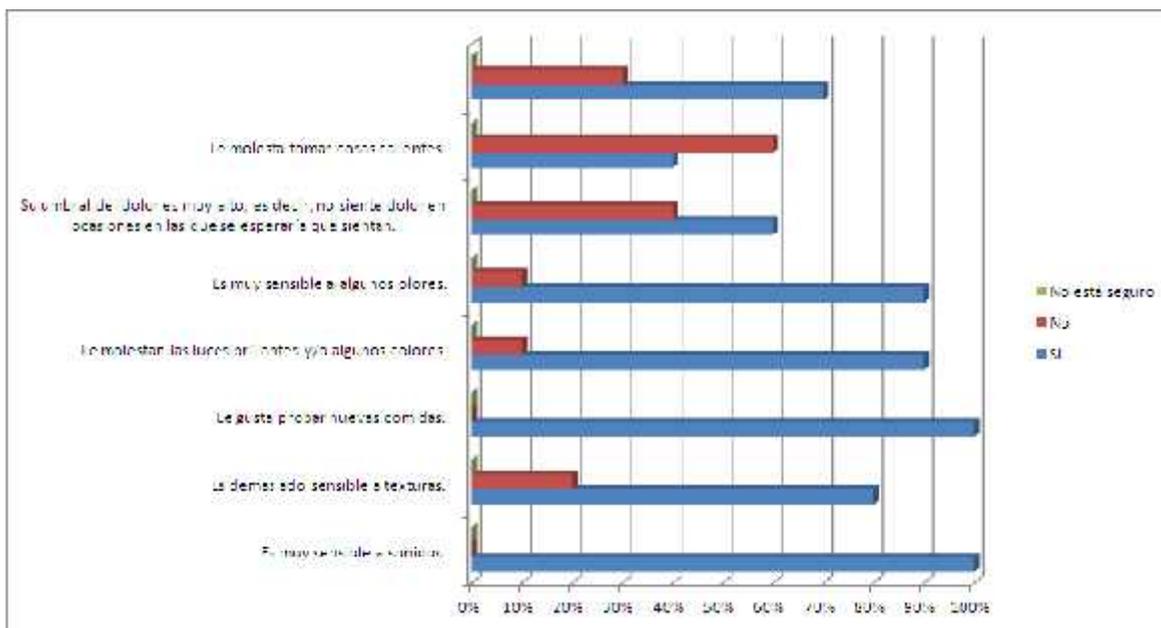
Gráfica No. 5



Los resultados obtenidos en la gráfica No. 5, demuestran la dificultad que todos estos niños y niñas presentan en la flexibilidad cognitiva, utilizando recursos ineficaces para resolver problemas, para comunicarse de forma efectiva con su ambiente, y para enfrentar las situaciones imprevistas que diariamente se pueden presentar.

SENSIBILIDAD SENSORIAL

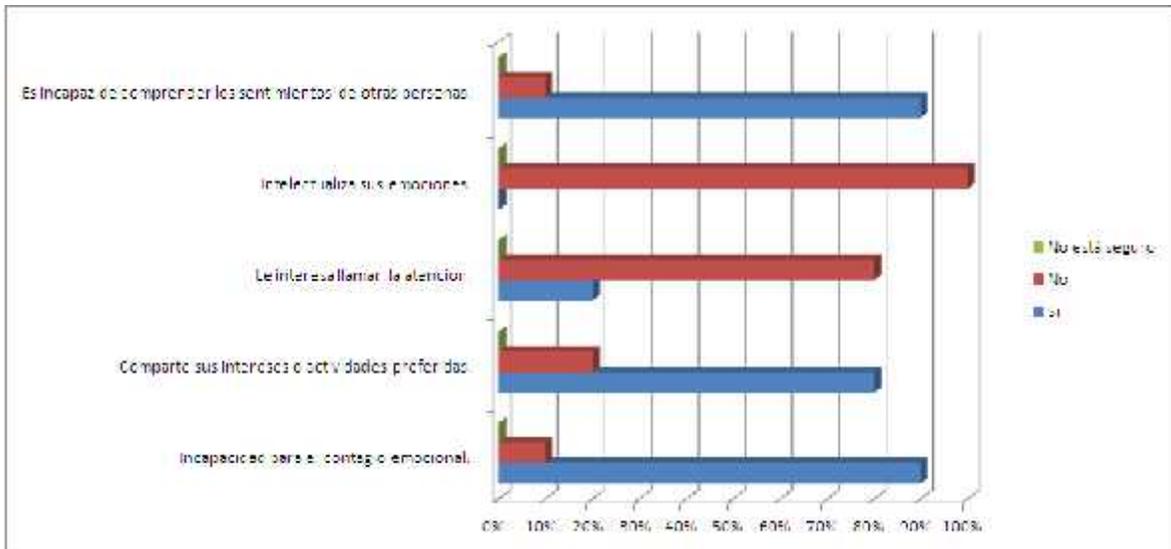
Gráfica No. 6



Los resultados obtenidos se demuestran en la gráfica No. 6 un alto nivel de Sensibilidad sensorial, esto es importante tomarlo en cuenta ya que el área sensorial es una de las más importantes tanto para el aprendizaje como para lograr encontrar satisfacción y equilibrio para afrontar el mundo que los rodea.

DESARROLLO EMOCIONAL

Gráfica No. 7



Los resultados obtenidos en la gráfica No. 7 demuestran la dificultad que presentan la mayoría de los niños y niñas encuestados para identificar sentimientos propios y de los demás, ya que no logran comprender y manejar las emociones que generan en ellos y en las demás personas algunos de los acontecimientos de la vida.

3.2.2 Análisis e interpretación de resultados:

En Guatemala, la educación especial posee contenidos académicos extraídos y adaptados de un currículo base para niños y niñas escolares sin el trastorno autista. Esto hace a un lado las necesidades y limitantes que presentan los alumnos con necesidades especiales, en particular los niños y niñas con trastorno autista, ya que obstaculiza el aprendizaje significativo en ellos, y una enseñanza basada en expectativas no realistas. Es por ello, que se hace necesario construir programas educativos que cumplan con los requisitos de una Educación Especial, como lo muestran los resultados obtenidos por medio de la entrevista a los padres de niños y niñas autistas donde hay un predominio de conductas características del trastorno autista que afectan en su desarrollo social dentro del grupo en el que se desarrollan, un limitado lenguaje, existencia de conductas atípicas,

poca estimulación de la motricidad, poca flexibilidad cognitiva, alto nivel de sensibilidad sensorial y la dificultad que presentan para identificar los sentimientos propios y de las personas que comparten con ellos.

Por lo que se puede observar que en los programas se da más importancia a los contenidos cognitivos que al desarrollo de todas las demás áreas como el lenguaje, la socialización, motricidad y el área sensorial, ya que al lograr cubrir todas estas áreas genera grandes avances en el desarrollo integral de los alumnos, sí se sabe dar una estimulación adecuada y con cierta frecuencia.

Es importante mencionar que antes de aplicar un programa de estimulación para mejorar el desarrollo global, es necesario contar con un currículo actualizado y que responda a las necesidades de estos niños. Como lo indica García (1984) el currículo es una de las bases fundamentales de la intervención, ya que el mismo determina los contenidos que serán aplicados para un mejor resultado en los niños diagnosticados con este trastorno. Rosado (2002), también confirma que el desarrollo y el crecimiento de los niños es más lento que en un niño que no lo posea, es por esto que es importante que participen en el programa de estimulación para mejorar el desarrollo global de las áreas, ya que esto coadyuva a que encuentren y desarrollen su potencial individual.

Por lo anteriormente expuesto, se realizó este estudio con el propósito de estructurar un programa de estimulación que desarrolle las áreas de conducta social, lenguaje, rutina e intereses, cognición, sensibilidad sensorial, desarrollo emocional y desarrollo motor en estos niños, basadas en criterios teóricos y de profesionales que tienen amplia experiencia en esta rama de la educación. Es importante tomar en cuenta que la estimulación no solo será de beneficio para el niño y la niña autista sino también para su familia, educadores, profesionales y la comunidad en general. A partir de esto y de las características presentadas en los resultados de la investigación en donde se verifican las necesidades de atender dichas áreas, es crucial considerar un marco curricular apropiado que considere todos los aspectos educativos y las características individuales de cada niño y niña autista. Para esto es importante que los ambientes familiares sean estructurados, predecibles para el niño y niña, sin complejidades, sumamente comprensibles para la manera de interpretar y vivenciar el mundo. Por lo que

el manual de estimulación dirigido a padres de familia, pretende ser un facilitador y un documento de apoyo para la percepción y transferencia del aprendizaje tanto de padres como de los niños y niñas.

CAPÍTULO IV

4.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.1 Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se concluyó lo siguiente:

1. Se estableció que existe una gran diferencia en la estimulación de los niños y niñas con trastorno autista.
2. Se observó la importancia de entender que antes de que el niño y niña aprenda a comunicarse, es necesario que preste atención a los objetos, personas, su propio esquema corporal y atender por breves periodos de tiempo, a imitar y a utilizar gestos y sonidos para expresarse, ya que todas estas actividades ayudarán a estimular las habilidades básicas que ellos necesitan.
3. La comunicación es el acto de transmitir un mensaje a otra persona los niños autistas se caracterizan por un déficit en la habilidad de comunicarse y se diferencian de otros trastornos en la adquisición del lenguaje, en que generalmente no presentan ningún tipo de iniciativa, los niños y niñas autistas se comunican espontáneamente, por lo que se puede destacar lo importante de la utilización de métodos conductuales y lingüísticos fáciles y prácticos de aplicación para los padres de familia, logrando de esta manera una comunicación más efectiva, empleando un lenguaje funcional.
4. El niño autista comunica sus necesidades y deseos inmediatos a través del llanto o instrumentalizando al adulto. Para estimular esta función los padres deben contar con una serie de actividades y herramientas que puedan utilizar y ayuden a un mejor desempeño de los niños y niñas autistas.
5. El adecuado plan de estimulación se pueden lograr modelos conductuales que permitan romper patrones de aislamiento, ayudar a desarrollar habilidades sociales estimulando la comunicación verbal y no verbal, así mismo disminuyendo

conductas clásicas, proceso que se construye en base a formatos básicos de interrelación personal, percepción de contingencias, anticipación, predicción de conductas instrumentales, hasta que se logra una competencia comunicativa o comunicación intencional.

6. Al revisar los resultados obtenidos se demuestra la necesidad de una adecuada intervención, visualizando una educación adecuada para lograr metas como potenciar el equilibrio y desarrollo personal, capacitar al máximo las habilidades y orientar la comprensión y adaptación a la vida cotidiana.

4.1.2 Recomendaciones

1. Dar a conocer a los padres de familia de niños con autismo infantil los criterios diagnósticos y las características que engloban el trastorno, como una alternativa para que sus hijos reciban la estimulación que realmente necesitan y la comprensión de sus características y habilidades especiales con las que cuentan.
2. Entrevistar a los padres de los niños con autismo infantil, con el propósito de encontrar con más facilidad los intereses de los mismos logrando un impacto interno en el sujeto y obtener respuestas que permitan la interacción entre padres y niños y niñas.
3. Que los profesionales que tratan a pacientes diagnosticados con autismo infantil, tomen en consideración el desarrollo integral de los niños y niñas como necesidad per se de la estimulación.
4. Contar con un equipo multidisciplinario, para potenciar el desarrollo de las habilidades y posibilidades del niño y niña, dentro de un trabajo terapéutico complementario.
5. Proporcionar a los padres de familia, una debida preparación y sensibilización en el desarrollo del niño y niña autista, tomando en cuenta algunos aspectos tales como: participación en la formación y capacitación familiar; participación en la elaboración e intervención prioritaria en las habilidades sociales y comunicativas del niño y niña.
6. Potencializar, según las características de cada niño y niña con autismo, las habilidades cognitivas y de aprendizaje; capacitando y orientando a familiares con estrategias de modificación conductual y cognitiva; y promover un ambiente cálido, carente de amenazas, que facilite la autonomía, control corporal e interrelación del niño y niña autista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achaerandio, L. (1995). *Iniciación a la práctica de la investigación*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. 70 páginas.
2. Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé,. 556 páginas.
3. Bondy, A & Frost, L. (1994). The Delaware Autistic Program. In S.Harris & J. Handleman (Eds), *Preschool Education Programs for children with Autism*. Austin, TX Pro-Ed 90 páginas.
4. Brauner, A y F. (1981) *Vivir con un niño autístico*. Barcelona España. Edit. Paidos. 187 páginas.
5. Buendía, L.; Colas, P. y Hernández, F. (1998): *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid. McGraw-Hill. 405 páginas.
6. Condemanrin, Mabel. Chadwick, Mariana. Milicic, Neva. (1996) *madurez escolar*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello. 150 páginas.
7. Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Archidona, Málaga, España. Ediciones Aljibe. 107 páginas.
8. Fejerman, N. et al. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. España, Edit. Paidos. 101 páginas.
9. Fourneaux, Baarbara. Roberts, Brian (1982) *El niño autista: diagnóstico, tratamiento, perspectivas*. Buenos Aires, Argentina. El Ateneo, 184 páginas.
10. Garanto A. Jesús, (1984). *El Autismo. Aproximación nosografico-descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Barcelona, España. Edit. Herder. 155 páginas.
11. Labrador, Francisco., Cruzado R. Juan., López Manuel., (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. 3ra edición, Madrid España, Piramide 910 páginas.
12. Lazarus Arnold A., Colman Andrew M., (1998), *Psicología anormal*, México, Fondo de Cultura Económica. 457 páginas.
13. Lovaas, I. (1990). *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*. Madrid: Martínez Roca. 266 páginas.

14. Pierre, P. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, España, Masson, S.A. 1049 páginas.
15. Meltser Donal, (1979), *Exploración del Autismo*, 1° edición, Argentina, Editorial Paidós. 215 páginas.
16. Morgan, D. (1998). "*Focus groups as qualitative research*". Newbury Park, CA.: Sage. 323 páginas.
17. Neil K. Kaneshiro (2010) *Autismo*, Estados Unidos, disponible en: <http://alexianbrothershealth.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=001526>
18. Nell J. Salkind (1998) *Métodos de Investigación*. Tercera edición, México, Prentice Hall. 382 páginas.
19. O. Ivar Lovaas 1991 *El Niño Autista* Editorial: Madrid, Debate. 251 páginas.
20. Paermentier, C. (2009) *Mitos y Leyendas sobre el Autismo*. http://autismo.idoneos.com/index.php/Algunos__Mitos_y_Leyendas
21. Pellegrini R. (2009). *Nuevas Investigaciones. Desarrollo cerebral del niño con autismo*. <http://www.elcisne.org>
22. Rojas Posada, Santiago. (2005). *El manejo del duelo*, Bogotá Colombia, Editorial Norma. 240 páginas.
23. Rosen, Lawrence., Riley David., (2007) *Medicina Alternativa y Complementaria, Clinicas Pediátricas de Norteamérica*. España, publicaciones Elsevier Masson 1340 páginas.
24. Spiegel, Murray, R. (1977). *Teorías y problemas de estadística*. Edit., La Habana, Pueblo y Educación. 357 páginas.
25. Reviere, Ángel, (2003), *Lenguaje, Simbolización y alteraciones del Desarrollo*, volumen II, España, Editorial Medica Panamericana. 286 páginas.
26. Wicks-Nelson, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, España, Editorial Pretice Hall. 672 páginas.
27. Wing. L. (1985). *La Educación del niño autista. Guía para padres y maestros*. Barcelona, España. Editorial Paidós. 386 páginas.

Anexos

FICHA DE INFORMACIÓN

Guatemala, _____ de _____ de _____

Anote en los espacios correspondientes la información que se solicita, escriba con letra legible si fuera el caso, marque con una "X" la casilla respectiva.

DATOS GENERALES

Análisis de todos los aspectos personales

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___ de _____ de ____ Edad: ____ años ____ meses

Fecha de hoy: _____

Grado que cursa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento Educativo: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono(s) casa: _____ Móvil: _____

Teléfono(s) trabajo: _____

Estado civil: soltera casada viuda divorciada unida

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono(s) casa: _____ Móbil: _____

Teléfono(s) trabajo: _____

Estado civil: soltero casado viudo divorciado unido

Nombre del encargado (En caso de no ser uno de los padres):

_____ Edad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono(s) casa: _____ celular: _____

Teléfono(s) trabajo: _____

Estado civil: soltero casado viudo divorciado unido

ASPECTOS ESPECIFICOS

Información sobre la existencia de algún otro diagnóstico

¿Por qué ha o han decidido traer al paciente al psicólogo?

Nombre de los establecimientos educativos a los que el paciente ha asistido (aparte del actual, en orden de antigüedad):

INFORMACION FAMILIAR

Personas con quien usted vive actualmente

Nombre	Edad	Relación con el paciente

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PADRES DE FAMILIA

DATOS GENERALES

Datos relacionados con el embarazo:

¿Fue un embarazo deseado?

¿Cómo fue la vida de la madre durante el embarazo?

¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo?

¿Utilizó la madre algún tipo de medicamentos durante el embarazo?

¿Sufrió la madre algún golpe o accidente durante el embarazo?

¿Cuánto tiempo duró el embarazo?

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

Antecedentes relacionados con el desarrollo del niño durante los primeros años de vida:

¿Cómo fue la alimentación del bebé durante los primeros años de vida? (¿Mamó?, ¿cuánto tiempo?, ¿a qué edad inició a comer papillas?, ¿sufrió de sobrepeso o de desnutrición?, ¿fue “melindroso”?, ¿comía de todo lo que le daban?, ¿cuál era su alimento preferido?, etc.)

¿A qué edad se sentó?

¿A qué edad se paró?

¿A qué edad caminó?

¿Sus movimientos eran lentos o rápidos?

¿Prefería estar acostado o le gustaba más bien estar en constante actividad?

¿A qué edad dijo la primera palabra?

¿A qué edad dijo la primera frase?

¿Sufrió de algún golpe o enfermedad? (¿Fue operado?, ¿por qué?, ¿cuántas operaciones se le realizaron?, etc.)

¿Prefería jugar solo o con más niños?

¿Prefería jugar con niños o con adultos?

¿Se babeaba?

¿Se balanceaba?

ANTECEDENTES SOCIALES

Información relacionada con su desarrollo social

¿Cómo son sus relaciones interpersonales?

¿Es aceptado por el grupo de compañeros de clase?

¿Tiene amigos? (Si su respuesta es no, se puede indagar un poco acerca del por qué no; así mismo, en este apartado cabe profundizar en el tipo de relación que tiene con los amigos y la edad de los niños con los que prefiere jugar, si prefiere a niños de su edad, niños mayores o menores que él o ella.)

¿Tiene alguna relación significativa con algún niño(a)? (¿Cómo es esa relación?, ¿dónde lo conoció?, ¿aún conserva la amistad?, etc.)

Conducta: ¿Cómo se comporta en casa y en la escuela? (Es importante investigar si sus conductas son adecuadas a las diferentes situaciones o si más bien actúa de forma poco común o inadecuada en algunos momentos y en qué situación lo hace.), ¿respeto su turno?, ¿denota impulsividad?

Detalles de la comunicación: le gusta platicar, disfruta de pláticas familiares o grupales, es capaz de relatar un acontecimiento o historia, prefiere estar solo, permite a los demás hablar o solamente quiere hablar él o ella, tiene pasión por algún tema en especial, ¿es capaz de comprender el lenguaje no verbal? (Como por ejemplo: comprende cuando alguien está enojado, alegre, triste, molesto, confundido, etc.), ¿Puede sostener contacto visual?, etc.

Juego: ¿prefiere jugar solo o con más niños?, ¿prefiere jugar con niños o con adultos?, ¿disfruta más de jugar con niños de su mismo sexo o prefiere a los niños de sexo opuesto?, ¿escoge jugar con niños(as) mayores, iguales o menores?, ¿tiene algún juguete preferido? (si la respuesta es positiva es aconsejable indagar sobre el mismo, realizar preguntas como: ¿qué ocurre si se lo quitan o lo extravía?, ¿cómo reacciona si algún niño trata de tomar los juguetes del paciente?, etc.), ¿comparte sus juguetes con otros niños?, ¿le gustan los juegos en equipo, como el fútbol, basketball, etc.?

Estado de ánimo: ¿cómo es su estado de ánimo la mayor parte del tiempo? (alegre, triste, de mal humor, etc.), ¿qué lo hace feliz?, ¿qué le molesta?, ¿qué lo pone de mal humor?, ¿qué hace que se sienta triste?

¿Presentó curiosidad en cuanto a temas sexuales? ¿A qué edad? ¿Qué tipo de preguntas? ¿Qué respuestas se le proporcionaron?

Motricidad: en este apartado es de importante investigar sobre la motricidad fina y gruesa. Es necesario realizar preguntas como por ejemplo: ¿se le facilita pintar y dibujar?, ¿le gusta hacerlo?, ¿qué áreas se le dificultan?, ¿le gusta realizar trabajos manuales?, en el caso de la motricidad fina. Para la motricidad gruesa, se puede preguntar: ¿es capaz de saltar en un pie?, ¿cómo son sus movimientos?, ¿son lentos o más bien hiperactivos?, ¿prefiere actividades que requieran movimiento sobre actividades de ocio?, ¿cuál es su lateralidad?, entre otras.

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Guatemala, _____ de _____ de _____

DATOS GENERALES	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:

Anote en los espacios correspondientes la información que se solicita, marque con una "X" la casilla respectiva.

CONDUCTA SOCIAL			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Tiene amistades significativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le interesa interactuar en lugares en donde haya muchas personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfruta del juego con más niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comporta de forma egoísta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con otros niños por cosas que, a criterio de otras personas, son irrelevantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiere estar solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiere jugar con adultos que con niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ve como parte de un grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el recreo y actividades grupales, se aísla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece no molestarle el aislamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sigue las normas de conducta social implícitas.			
Los padres se quejan de que el niño es maleducado.			
Es impulsivo.			
Carece de sentido común.			

DESARROLLO DEL LENGUAJE			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Ha tenido un retraso en el desarrollo del lenguaje.			
Saben cómo utilizar el lenguaje dentro de un contexto social.			
Su conversación es monótona.			
Al hablar, su ritmo es monótono.			
Se confunde cuando muchas personas hablan al mismo tiempo.			
Habla demasiado o muy poco.			
Su voz es mecánica o artificial			
Utiliza el lenguaje para generar intercambios o sólo como medio para conseguir algo.			
Es capaz de relatar una situación vivida			

RUTINA E INTERESES			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Le molesta que se le cambie la rutina.			
Presenta manías o rituales que si no se cumplen lo desestabilizan, generando berrinches o crisis de angustia.			
Parece gustarle jugar solo			

Su juego es solitario, estereotipado, empobrecido, manipula los juguetes en lugar de jugar.			
Acumula o colecciona objetos carentes de significado para los padres.			
No hace gestos mímicos			
Presenta movimientos estereotipados o repetitivos			
Responde de manera inconsistente a estímulos auditivos			

DESARROLLO MOTOR			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Aprendió a caminar después de lo esperado.			
Tiene dificultad para amarrarse los zapatos.			
Corre o camina de forma extraña.			
Presenta falta de equilibrio.			
Presenta falta de coordinación de las extremidades superiores e inferiores.			
Tiene dificultad para atrapar o lanzar la pelota.			
Tiene dificultad para patear la pelota.			
Le es difícil seguir el ritmo de otra persona.			

COGNICION			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Tiene dificultad para entender los sentimientos de otras personas.			
Interpreta frases de manera literal. Por ejemplo, le dicen "tienes los ojos de tu padre" y no comprende que la persona intentaba decir que sus ojos se parecen a los			

de su padre.			
Se le facilita en diseño de bloques.			
Le falta capacidad para resolver problemas.			
Tiene muy buena memoria a largo plazo.			
Aprende de sus errores.			
Tiende a realizar la misma actividad, y no cambia de estrategia aunque la misma no funcione.			

SENSIBILIDAD SENSORIAL			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Es muy sensible a sonidos.			
Es demasiado sensible a texturas.			
Le gusta probar nuevas comidas.			
Le molestan las luces brillantes y/o algunos colores.			
Es muy sensible a algunos olores.			
Su umbral del dolor es muy alto, es decir, no siente dolor en ocasiones en las que se esperaría que sientan.			
Le molesta tomar cosas calientes.			
Su vestuario es inusual, de acuerdo con la época del año, por ejemplo, podría ser que utilicen sweater en época de calor o bien que en época de frío anden en mangas de camisa.			

DESARROLLO EMOCIONAL			
Pregunta	Si	No	No está seguro
Incapacidad para el contagio emocional.			
Comparte sus intereses o actividades preferidas.			

Le interesa llamar la atención.			
Intelectualiza sus emociones.			
Es incapaz de comprender los sentimientos de otras personas.			

SE HACE CONSTAR QUE

La información obtenida de esta encuesta será utilizada únicamente con propósitos de investigación, por lo que se le agradece su colaboración.



Manual de “Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas”





Índice

- Presentación
 - Objetivos
 - Introducción
 - Lograr experiencias exitosas
 - Uso de dibujos para asegurar la comprensión
 - Repetición de instrucciones apoyadas con dibujos
 - Comunicación de necesidades y emociones
 - Tareas
 - Controle el ambiente
 - Organizar la secuencia de actividades del día
 - Relajación
-



-
- Tiempo fuera
 - Actividades sensoriales
 - Área Sensorial Táctil
 - Área Propioceptivo
 - Área Vestibular
 - Área Gustativa
 - Área Visual
 - Área Auditiva
 - Área Olfativa
 - Facilitar la comunicación
 - Utilizar los objetos apropiadamente
 - Seguir instrucciones
 - Socialización
 - Padres es importante proveer seguridad
-



Presentación:

Las demandas de estimulación de la comunicación, afectividad y socialización de los niños y niñas autistas están presentes día con día, se reconoce que deben ser atendidas las necesidades del niño y niña autista y la creación de programas y proyectos que consideren la atención en salud, cuidado, estimulación y educación. Por lo tanto, el “Manual de Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas” es una respuesta a la atención de necesidades de la primera infancia, considerándola una innovación educativa, donde la implementación contribuya al desarrollo y a la estimulación aprendizajes básicos para niños y niñas autistas y una herramienta y guía para los padres.

Este manual ofrece una orientación pedagógica en cuanto a: la técnica de modificación de conducta (conductismo) y metodologías dirigidas a la estimulación de la comunicación, socialización y afectividad.

Se invita a conocer el documento y familiarizarse con una propuesta de implementación educativa dentro de las Familias de niños y niñas autistas, pero sobre todo se invita a la aplicación del Manual y a formar parte de los procesos de formación de la población infantil con Trastornos Generalizados del Desarrollo.



OBJETIVOS

• **Objetivo General:**

- Proporcionar herramientas a los padres para estimular las áreas de comunicación, afectividad y socialización en los niños y niñas con trastorno autista.

• **Objetivos Específicos:**

- Establecer una guía práctica de ejercicios para áreas específicas del desarrollo de niños autistas.
 - Fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijos.
 - Mejorar la comunicación entre padres e hijos.
 - Realizar actividades que permitan al niño y niña con autismo interactuar socialmente.
-



Queridos padres:

En el “Manual de Estimulación de la comunicación, afectividad y socialización en niños autistas” se brindan actividades lúdicas para acompañar el desarrollo y brindar estimulación adecuada a los niños y niñas autistas, ofreciendo y compartiendo reflexiones y juegos para estimular oportunamente a cada niño, tomando en cuenta que cada niño y niña autista es irrepetible. Nadie ha sido ni será exactamente como él o ella. Tiene su propio tiempo, sus preferencias, sus gustos y disgustos, su manera personal de ser y de aprender, por lo cual se debe reconocer y respetar.

En estas páginas, se proponen actividades vivenciales, adaptables a cada niño y niña autista, que les permitan tener una mejor calidad de vida como familia.

¿Qué es el autismo?

El autismo es un trastorno neurobiológico que afecta la habilidad de los niños y niñas en cuanto a comunicación, comprensión del lenguaje, el juego y su relación con los demás, generalmente es evidente antes de los tres años de edad. Además es un trastorno que se padece durante toda la vida, aunque las manifestaciones pueden cambiar conforme pasa el tiempo y algunos síntomas mejoran mientras otros pueden hacerse más severos.



Causas:

Hoy sabemos que el origen del autismo no reside en un ambiente externo inadecuado para el desarrollo del niño y niña, sino en sucesos internos que perturban ese desarrollo. Tiene su origen esencial en sucesos biológicos que tiene lugar en el interior del niño y niña. Se reconoce en general que el autismo se debe a múltiples etiologías, que van desde alteraciones genéticas a trastornos metabólicos o procesos infecciosos, mismos que pueden intervenir en diversas fases del desarrollo prenatal, perinatal o postnatal del sistema nervioso. Sin embargo, no se cuenta hasta el momento con una respuesta a las causas del autismo. El autismo está presente en todo el mundo, en cualquier raza y en todas las clases sociales.

Características:

Las características más comunes del autismo, aunque cada niño puede experimentarlos de una forma diferente 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.
 - Ausencia de vías de comunicación adecuadas.
 - Demora o ausencia total del lenguaje.
 - Ecolalias (repetición de palabras o frases).
 - Marcada anomalía en la comunicación no verbal.
 - Ausencia de actividad imaginativa, como jugar a ser adulto.
 - Marcada anomalía en la emisión del lenguaje con afectación.
 - Anomalía en la forma y contenido del lenguaje.
 - Movimientos corporales estereotipados.
 - Preocupación persistente por parte de objetos.
 - Intensa aflicción por cambios en aspectos insignificantes del entorno.
 - Insistencia irrazonable en seguir rutinas con todos sus detalles.
 - Limitación marcada de intereses, con concentración en un interés particular.
 - Necesita rutinas.
-



Es importante...

Recordar que los niños y niñas autistas pueden ser muy hábiles en unos aspectos, pero muy lentos en otros, presentando altibajos, y en muchas ocasiones no es fácil entender cuál fue el motivo de los mismos, pero contar con el conocimiento y las estrategias necesarias puede lograr transformaciones en su manera de relacionarse, comunicarse, comportarse y contribuir a un mejor desarrollo.





Lograr experiencias exitosas:

Por medio de estrategias para ayudarlo a integrarse más activamente, a comunicarse mejor y a enfocarse en las tareas que se le proponen se puede realizar de la siguiente manera:

Uso de dibujos para asegurar la comprensión:



Para asegurar que el niño o niña aprende, es útil tener dibujos o láminas que ilustren las explicaciones que se le hagan, de esta manera los niños y niñas atienden y se interesan más.

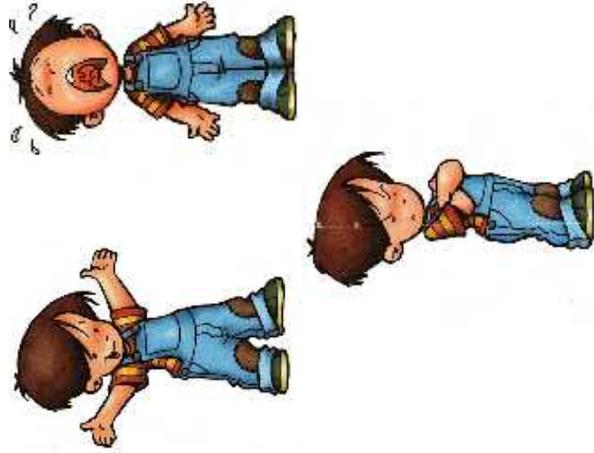


Repetición de instrucciones apoyadas con dibujos:

Para garantizar que los niños y niñas sigan las instrucciones, acompañarías de una lámina o dibujo que represente la acción requerida.



Comunicación de necesidades y emociones:



En ocasiones a los niños y niñas les resulta difícil expresar sus necesidades, deseos y emociones, si algo no se hace como ellos desean, con su cara demuestran que están furiosos, pero no dicen nada, no son capaces de responder. Por lo que utilizar dibujos que representen las emociones de alegría, tristeza, enojo y otras emociones es recomendable. Cada vez que el niño o niña manifieste una emoción el padre o encargado debe expresar con palabras lo que cree que está sintiendo, al mismo tiempo que le muestra el dibujo.



Tareas:

Es frecuente que los niños y niñas comiencen a trabajar más tarde, que se detengan en un elemento que le interese o que tarde mucho en completar una tarea o dibujo, pues no queda satisfecho hasta no hacerlo con todo detalle. Para ayudarles a hacer sus tareas más rápidamente los padres o encargados deben guiar de la mano para iniciarlo en la ejecución, luego darle ejemplos terminados de cada tarea para que se hagan una idea clara de que deben hacer, para lograr finalmente que trabaje completamente solo.



Control el ambiente:

Los niños y niñas autistas, generalmente carecen de habilidades de organización y planificación que les ayuden a tener un día exitoso. Ellos y ellas no entienden automáticamente las rutinas, como controlar el ambiente o predecir lo que pasará después. Para ayudarlos a controlar mejor el ambiente, establezca y enséñele rutinas para todas las actividades que ocurren dentro y fuera del hogar consistentemente.



Organizar la secuencia de actividades del día:

Deben estar representadas por imágenes, se le muestran al niño o niña al iniciar su jornada, al tiempo que se le explica brevemente de qué se trata cada una, cada vez que se finaliza cada una de ellas, se voltea o se oculta el dibujo y se le explica la siguiente.

Ejemplo de secuencia de actividades en la casa:

Niñas:



Bañarse



Vestirse



Comer



Cepillarse



Jugar





Niños:



Bañarse



Vestirse



Comer



Cepillarse



Jugar

Cuando suceda algo inevitable, sea flexible y reconozca que el cambio es estresante y adapte sus expectativas y su lenguaje a la situación.

Relajación:

Incorporar tiempo de relajación en el horario, especialmente cuando se introducen nuevas actividades es muy importante. Los niños y niñas necesitan un “tiempo fuera” de los estresores del ambiente. Debido a que tienen dificultad para tranquilizarse solos cuando están ansiosos, el retirarse a un lugar callado, seguro o tranquilo, puede ser útil para manejar el ambiente.



Tiempo fuera:



Un lugar seguro, es un lugar identificado dentro del ambiente o del hogar donde el niño y niña se puede calmar y luego reagrupar. Esta es una intervención positiva en la cual la meta es que sea capaz de reconocer cuando se está abrumado y pueda, por su cuenta, salir de esa situación, calmarse y regresar listo para trabajar o realizar sus actividades.

Mi secuencia de calma:

	Aquí es cuando necesito pelear para defenderme.
--	---

	Luego puedo respirar profundo.
--	--------------------------------

	Luego me detengo a pensar.
--	----------------------------

	Puedo continuar lo que estaba haciendo.
--	---





Actividades Sensoriales:

Las actividades sensoriales pueden ayudar a calmar al niño o niña que se encuentra sobre estimulado en algunas situaciones cotidianas o aumentar por otro lado el nivel de estimulación si es necesario para obtener una mejor y mayor respuesta. A continuación se presentan actividades por área que serán de mucha utilidad para aplicarlas cuando se de la oportunidad.

Área Sensorial Táctil:

Dentro de las actividades para calmar a los niños y niñas cuando se encuentran muy exaltados se puede utilizar chalecos pesados y pesas en los tobillos, acurrucarse bajo cobijas, jugar con plasticina.



Las actividades para alertar que se pueden realizar con los niños y niñas son: sostener la mano y sobar la palma suavemente, agarrar algo frío, soplar la piel rápido y suave, tomar una ducha fría o lavar la cara con una toalla mojada con agua fría, rascarle la espalda suavemente, una mascota.





Área Propioceptivo:

Las actividades para calmar que podemos utilizar con los niños y niñas: empujar muebles pesados, empujar una carreta con cosas pesadas, cargar cajas, aspirar el piso, cargar algo pesado, cargar una mochila en la espalda, saltar sobre un montón de almohadas.



Las actividades que ayudan a alertar a los niños y niñas son: en un pizarrón o llevando un mensaje a alguien fuera del salón, hacer ejercicios como bailar, saltar, ejercicios de gateo, arrastrarse hacia los lados.

Área Vestibular:

Actividades para calmar que se pueden realizar con los niños y niñas son: saltar en un trampolín, columpiarse, dar vueltas en una silla con ruedas, mecerse en una hamaca.





Para calmar a los niños y niñas utilizando el cuerpo para lograrlo esta: colgarse boca abajo en pasamanos, sentarse y rebotar sobre una pelota terapéutica, pararse y girar en círculos, agacharse y poner la cabeza entre las piernas.



Área Gustativa:

Actividades para calmar: masticar chicles o juguetes con sabores suaves, tomar líquidos espesos con una pajilla, tomar agua de un pachón, masticar una cadena o un collar de dulces, masticar la parte de arriba de un lapicero, jugar con un instrumento musical, soplar burbujas, pitos, plumas, vejigas, tomar líquidos tibios como chocolate caliente o sopa.

Las actividades para alertar son: comer cosas crujientes como galletas, hielo, zanahorias, manzanas, comer cosas chiclosas, comer cosas acidas, saladas o frías.





Área Visual:

Para logra calmar a los niños y niñas utilizando el área sensorial visual las actividades como trabajar con luz tenue o apagada, bloquear las distracciones, usar lentes de sol, proveer materiales visuales como brillantina, aceite o agua, trabajar con una mesa sin distracciones, trabajar con colores pastel, trabajar con luz natural.



La forma en que se puede alertar a los niños y niñas usando apoyo visual como papeles de colores, trabajar con luces brillantes, usar una linterna para mostrar la información que se desea transmitir, usar papel de color brillante, usar yesos de colores.

Área auditiva:

Una forma en la que se puede calmar a los niños y niñas es escuchar música tranquila de fondo con volumen bajo, trabajar en un ambiente silencioso, utilizar audífonos.





Y la forma en que se puede alertar a los niños y niñas es utilizar música con ritmos y volumen variado, hablarles en un tono animado, explorar sonidos nuevos, prepararlos para ruidos fuertes y desconocidos presentándoles primero el objeto que los provoca y luego ponerlo a él que lo realice.



Área olfativa:

Una de las ventajas que presenta el área sensorial olfativa es que las actividades permiten alertar y calmar a los niños y niñas explorando y sensibilizándolos para evitar situaciones incómodas para ellos, como prender una vela con olor a vainillas, oler popurrí en el lugar donde juega o duerme, usar crayones o marcadores con olor, usar cremas con olores fuertes, usar ambientales, premiar con calcomanías con olor.



Facilitar la comunicación:



Para ampliar el conocimiento de los objetos y aumentar el vocabulario y la comunicación, se debe comenzar a realizar diariamente actividades con objetos, cuentos y láminas. Se le dice el nombre de las cosas y se le explica su uso. Posteriormente se le pregunta al niño o niña y se le felicita por responder verbalmente, aunque su pronunciación no sea perfectamente. Se le debe hacer solo una vez cada pregunta, para no cansarlo.

Utilizar los objetos apropiadamente:

Para enseñarles a usar de manera adecuada los diferentes objetos, todos los días los padres o encargados deben organizar una sesión de juego en la que le muestren la manera de utilizar los juguetes, si el niño o niña lo hace correctamente se le felicita afectuosamente: de lo contrario se le guía de la mano para que lo intente nuevamente, no se le permite al niño o niña tirar los objetos, detenerse a verlos rodar o formar en columnas.





Seguir instrucciones:

Inicialmente se le enseña a cumplir instrucciones como sentarse, pararse, guardar, mirar, poner, coger, entregar, dar, caminar, llevar. Los padres o encargados le deben dar la instrucción frente a la cara, con una frase corta, de una a tres palabras. Esperar un instante, y si el niño o niña no realiza la acción, se le guía de la mano y le ayuda a realizarla, cuando aprenda a cumplir con estas órdenes, se le solicita a otra persona que también la haga, para que no se acostumbre únicamente a la manera como se lo dice el encargado o padres.



Socialización:

Para mejorar las interacciones sociales de los niños y niñas y evitar que se aislen, los padres o encargados deben llamarlo y ayudarlo a reintegrarse al grupo. No permitirle mantenerse lejos de los otros niños. Al inicio les resulta difícil permanecer en actividades recreativas con grupos grandes, se puede ir aumentando gradualmente el número de niños que participan en los juegos (actividades por pareja, de grupos pequeños, con grupos más grandes).



¡Padres es Importante Proveer Seguridad!

Los niños y niñas autistas tienden a sentir ansiedad cuando no saben que tienen que hacer. Para empeorar la situación, tienden a no hacer preguntas cuando hay incertidumbre, dificultando que ustedes como padres y encargados se den cuenta de que no entienden lo que deben hacer, por lo que es importante reducir la incertidumbre proveyendo un horario diario para que el niño y niña se avoque a él frecuentemente, en lugar de un reloj tradicional utilice cronómetro, enséñele que el significado de “permítame un segundo” o “estoy listo en un minuto” no se refiere a espacios exactos de tiempo, indicando que algo pasara pronto pero no será inmediato, y separe las tareas en segmentos y comuníquele cuanto se espera que tarde cada uno.





Cuando el padre comprende a su hijo, aprende a gozar de esos pequeños detalles y cada día ve una oportunidad de ser mejor. La felicidad no se da por sí sola, se debe desear y luchar por ella poniendo todo el corazón.

¡La felicidad es algo que se decide! Está presente, sólo hay que tomarla.

El padre feliz ama a su hijo y se enorgullece de él. No se guía por las expectativas de los demás y ríe de las caras de asombro de otras personas ante las diferentes situaciones que acarrea a su hijo, las cuales, lejos de bizarras pueden ser simpáticas.

No esperes más. Hoy es el día en que puedes decidir ser feliz.
