



**UNIVERSIDAD
KENNEDY**

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador
**El rol del psicólogo en la inclusión escolar de
niños con TEA.**

Autor: **Cecilia María Perissé**

Tutor: **Iris Motta**

Año: **Julio 2016**

Tabla de contenido

Introducción

Capítulo I.

Generalidades sobre el Autismo Infantil

Definición

Historia

Características

Niveles en el autismo

Las Dimensiones del Espectro Autista

Trastornos Generalizados del Desarrollo 25

Capítulo II 25

Posibles acercamientos a las causas del autismo

Modelos cognitivos

La teoría de la mente

La disfunción ejecutiva 26

La coherencia central

La Intersubjetividad

Abordaje genético

Abordaje Neurobiológico

Las neuronas en espejo

Capítulo III

Intervención en la escuela

Educación y escuela

Características de niños con TA en la escuela

Intervención temprana del psicólogo

Estimulación temprana

Necesidades del área social

Métodos de intervención en la edad infantil

Tratamiento Son Rise Program

Análisis de Comportamiento Aplicado

El Programa de Desarrollo Infantil de Princeton (PCDI)

Programa Global de Análisis Conductual Aplicado

El psicólogo y el niño

Características del autista en las que se deben considerar las estrategias pedagógicas

Adaptación curricular

Factores que impiden o reducen el progreso de la educación escolar del autista

El psicólogo y el docente

El psicólogo y los padres

Conclusiones

Referencias

Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas, el crecimiento en casos reportados de diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista [TEA] en el mundo tiene estrecha vinculación con un mayor conocimiento sobre el autismo. La Asamblea Mundial de la Salud destaca la necesidad de que la “Organización Mundial de la Salud ayude a fortalecer las capacidades de los países de abordar el espectro autista y otros trastornos relacionados, así como también facilitar la movilización de recursos, trabajar con redes vinculadas al autismo, y monitorear el progreso”. (Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad, s.f p. 12)

Desde hace más de 50 años hay interés en conocer la cantidad de personas que poseen el trastorno del Espectro Autista; desde entonces se llevan a cabo estudios epidemiológicos por todo el mundo para intentar dar respuesta. (Fortea, Escandell, Castro, 2013)

Según estudios epidemiológicos realizados en diferentes países, la prevalencia del autismo en la población era de 4 a 5/10.000, pero las alteraciones del espectro autista eran mucho más frecuentes y se encontraban en una proporción de 2 a 3 /1.000. Actualmente se evidencia un preocupante aumento de la incidencia de este severo trastorno del desarrollo humano en la población infantil ya que 6 de cada 1000 niños menores de 10 años lo padecen. (Luque, 2012 p. 1)

Durante la última década, el número de estudios epidemiológicos sobre autismo ha experimentado un notable aumento 9-12. La prevalencia estimada del autismo en la década 1980-1990 era de 4- 5/10.000 habitantes. Los estudios

más recientes estiman tasas de 30-60/10.000. La prevalencia encontrada en un estudio poblacional en Brick Township, Nueva Jersey 14, en 1998 fue de 67 de cada 10.000 niños entre 3 y 10 años de edad. En el estudio realizado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el área metropolitana de Atlanta, la prevalencia de los TEA fue de 34 por 10.000 niños de 3 a 10 años. Los resultados de estudio realizados por la Nacional Autistic Society (NAS) en el Reino Unido ofrecen unas cifras de 91/10.000 chicos con TEA menores de 18 años 16, si bien determinados autores consideran que esta prevalencia podría estar infraestimada, ya que no se incluía autismo de alto rendimiento o Síndrome de Asperger. (Instituto de Investigación de enfermedades raras, 2009 p. 7)

En Argentina los casos de autismo han aumentado. En el 2014 la ley 27043, aprobada por el Congreso Nacional busca:

Promover un abordaje integral e interdisciplinario del autismo en Argentina, que favorezca su investigación y detección temprana, al tiempo que garantice su tratamiento y la inclusión social de las personas que lo presentan. Para ello, la norma establece que el Estado debe planificar la capacitación de recursos humanos, fijar los procedimientos para su diagnóstico acordes al avance de la ciencia y tecnología y realizar estudios epidemiológicos y estadísticos a fin de conocer la prevalencia del trastorno en Argentina. La autoridad de aplicación deberá además determinar las prestaciones y los apoyos necesarios para garantizar una mejor calidad de vida y la inclusión de las personas con autismo. En su artículo 3º, la ley especifica que CONADIS deberá participar en la formulación de cualquier política pública llevada adelante por la

autoridad de aplicación. Por otra parte, el artículo 4 de la normativa introduce en el abordaje integral a los agentes de salud. Tanto las organizaciones de seguridad social, las entidades de medicina prepaga y las obras sociales como los servicios médico asistenciales deberán otorgar las prestaciones necesarias para la detección temprana y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. En cuanto a la inclusión social, el Ejecutivo Nacional, en coordinación con las autoridades provinciales que ratifiquen la ley, deberán ejecutar políticas públicas orientadas en materia educativa, laboral y social, con el objetivo de cumplir con lo establecido por la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CONADIS, s.f, p)

La psicología se ha venido especializando de tal manera que enfrenta campos de acción cada vez más amplios con saberes más específicos. Para el psicólogo es importante reconocer sus responsabilidades, los alcances y limitaciones de su tarea frente a los diferentes contextos y necesidades que se presentan.

En el ámbito educativo, el psicólogo debe ser una pieza fundamental que apoye, cree, difunda y evalúe metodologías que potencialicen las particularidades de los estudiantes, pero que los mantenga en un nivel de comprensión y aprendizaje necesario a la etapa de desarrollo. Sin embargo, el psicólogo en su labor se puede encontrar con muchas limitantes puestas desde el mismo colegio, o el trabajo conjunto entre profesor y padres para el desarrollo de su trabajo.

Ahora bien, las políticas de inclusión de los colegios que promueve la integración de niños con trastornos en el desarrollo (TD) que responde al aumento significativo de diagnóstico de niños con TD, compromete al psicólogo a crear dispositivos que logren integrar y disminuir la diferencia de desarrollo entre los niños.

Existen variedades de terapias que encaran y ofrecen diferentes opciones según el acompañamiento que se aspire a desarrollar. También es importante que el psicólogo tenga una coherencia de lo que él considera como causa del trastorno y de cómo tratar lo que se desenvuelve de ello. El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre el rol del psicólogo respecto del abordaje de niños autistas dentro del contexto escolar.

Capítulo I. Generalidades sobre el Autismo Infantil

Definición

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) forman parte de los problemas de salud mental. Los TEA son una serie de trastornos neuropsiquiátricos catalogados como “trastornos generalizados del desarrollo” según la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR los cuales pueden detectarse a edades muy tempranas. Esta disfuncionalidad tiene repercusiones significativas no solo para la persona con el trastorno sino para su entorno y las personas que lo rodean. Debido al incremento de los casos se ha implementado planes de tratamiento multidisciplinar de manera personalizada y permanente a lo largo de todo el ciclo vital lo cual favorecerá el integro desarrollo del potencial de las personas con TEA y contribuye a su integración social y su calidad de vida. (Ministerio de sanidad y política social, 2009)

Este término tiene una etimología griega "autos" que significa "sí mismo" opuesto a "otro":

El autismo está caracterizado por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás que de allí resulta. (Garrabé de Lara, 2012, p. 257)

El autismo se ha definido de varias formas, en 1984 Rutter se refirió a un “conjunto de características y criterios tales como: comienzo antes de los treinta meses de edad, desarrollo social alterado, desarrollo lingüístico retrasado y anómalo, pautas de juego estereotipadas y resistencia al cambio”. (Coto, 2007, p. 170)

Se encuentra dos posiciones a tener en cuenta que guían las investigaciones sobre autismo: por un lado las representadas por Bender & Maslow (1965) que proponen la existencia de una desorganización del sistema nervioso central considerando un retraso en la maduración y como una esquizofrenia infantil al autismo. Y por otro lado, Mahler (1975) de la escuela psicoanalítica, sostiene que el autismo deviene de la ruptura de la relación simbiótica entre la madre y el hijo (Coto, 2007).

Wing (1981 citada por Coto, 2007) “aportó la denominación de “espectro autista” lo cual permite tomar la sintomatología autista en enfermedades muy diversas, precisar el grado (ligero, moderado o grave) y ayuda a trazar pautas educativas” (p. 172). Frith (1993, citado por Coto, 2007) considera que además de los déficits en la comunicación y en la socialización hay otro componente cognitivo: “la capacidad de pensar o de imaginar el estado mental de otro individuo, lo cual se demuestra cuando los niños empiezan a participar en lo que se llama atención compartida” (Coto, 2007, p.172). La Organización Mundial de la Salud ofrece una perspectiva multiaxial que incluye cuatro ejes: síndrome clínico, nivel intelectual, factores etiológicos- biológicos y factores etiológicos- psicosociales. (Fonseca & Paluszny, 1987 citado en Coto, 2007)

Aunque los trastornos del espectro Autista (TEA) son una pequeña porción significativa de los trastornos clínicos de inicio de la niñez, éste no estuvo contemplado en el DSM IV TR como espectro y se incluyó dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. En el DSM V (APA, 2014) se sustituye por el término “Trastorno del espectro autista” que ha sido a su vez incluida en una categoría más amplia de Trastornos del neurodesarrollo.

Para Vivanti y Pagetti (2013) otro cambio relevante entre estos manuales son los subtipos del autismo, en el DSM IV se nombraban: el trastorno del espectro autista, el

síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno general del desarrollo no especificado y el síndrome de Rett.

En el DSM-V se ha sustituido cuatro de estos subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA) y el síndrome de Rett ya no forma parte de este sistema de clasificación. En lugar de hacer distinción entre estos subtipos, la definición diagnóstica del DSM-V especifica tres niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario. (American Psychiatric Association, 2014)

Historia

El psiquiatra Leo Kanner (1943) fue el primero que describió el autismo como un síndrome cuando observaba a un pequeño grupo de niños que demostraron una gran indiferencia hacia los demás presentando problemas relacionados al contacto afectivo, inflexibilidad conductual y además comunicación anormal; a partir de esta descripción, el autismo fue reconocido como una entidad diferente de la esquizofrenia. (Vargas, 2012)

Al año, Hans Asperger (1944), un pediatra austriaco que no conocía los trabajos de Kanner reportó:

niños con síntomas similares a los pacientes de Kanner con la excepción de que las habilidades verbales y cognitivas eran mayores. Esta condición la consideró como un trastorno de personalidad y la denominó “psicopatía autista”. Más tarde, Lorna Wing habló por primera vez del síndrome descrito por él y propuso que esta condición debía ser considerada como una variante del autismo, menos grave, que ocurría en niños con lenguaje y cognición normal. (Vargas y Orozco, 2012 p. 46)

Características

Como síntomas clínicos del autismo se reconocen dos categorías, por un lado las deficiencias en la comunicación social (los problemas sociales y de comunicación se combinan) y los “comportamientos restringidos y repetitivos”. Las categorías de síntomas “deficiencias en la comunicación social” y “comportamientos restringidos y repetitivos” recogen los mismos elementos que en el DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes: Las “deficiencias o retraso en el lenguaje” ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-V. Y el síntoma clínico “sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales”, que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría “comportamientos repetitivos”. (Vivanti & Pagetti, 2013, p.8)

Un rasgo característico en niños con TEA son los comportamientos e intereses estereotipados que incluyen intereses inusuales o preferencias por objetos pocos comunes y adhesión a rituales no funcionales. Sus movimientos son estereotipados, bien sea con las manos o con los dedos en forma de aleteo, tienen frecuentes reacciones fuertes a sensaciones como el tacto, el olor o el sonido; se les dificulta adaptarse al ambiente (Calderón, Congote, Richard, Sierra & Velez, 2012, p.78). Los patrones restringidos también se pueden identificar en los intereses especiales de los niños autistas, por ejemplo, se focalizan en partes de objetos determinados como piezas giratorias. (Ruggieri, 2006).

Otra función relacionada a la atención es la orientación:

Se trata de focalizar el estímulo a través del alineamiento de los receptores sensoriales (visuales y auditivos). Esta función permite adaptarse a los campos visuales particulares y socializarlos. La tendencia a perseverar ante un estímulo, por ejemplo, la mirada de un objeto y la imposibilidad de cambiar de foco de atención frente a otros estímulos, ha inducido a la hipótesis de que esto

sea consecuencia de un trastorno en los cambios voluntarios de la atención, secundario a una afectación en la orientación visual reflexiva abierta e incluso mental encubierta. (Ruggieri, 2006. p. 12)

Es importante aclarar que la mirada permite percibir el primer contacto social a través de ella se perciben las emociones, afectos, entre otros como también permite ubicarse socialmente, reconocer el entorno, comprender la mirada intencional del otro y desarrolla la atención conjunta (Ruggieri, 2006).

Con respecto a los procesos cognitivos, la atención está integralmente relacionada con los procesos de selección, lo que significa llevar a cabo la identificación y el filtro de la información relevante y la información inútil. Un factor importante en la atención es la alerta-vigilia, con relación al autismo se han identificado situaciones de hiperalerta, hipoalerta o trastornos de modulación de éste como causa posible en la génesis de las conductas autistas. Algunos autores han afirmado que la hipoalerta podría ser una explicación a la tendencia de fijar la atención en una sola cosa, sin embargo por falta de consistencia en las investigaciones estas hipótesis han perdido validez. (Etchepareborda, 2001)

Las alteraciones sociales son el principal síntoma del autismo debido a que no entienden normas sociales y convenciones. Estas personas encuentran difícil ajustar su comportamiento al de los demás, se muestran aislados al no interesarles ni entender el mundo social. (Siboldi, 2011)

Sobre la interacción social, los niños muestran escaso interés por los pares, poseen un rango limitado de expresiones faciales, poco o inusual contacto visual y son menos dados a compartir emociones con otros. “Existen casos donde el interés social se desarrolla

posteriormente, en esta instancia el problema persiste en reciprocidad social y capacidad de empatía”. (Steyn y Le, 2003 citado en Zander, 2004 p. 24)

Con respecto a la comunicación, el lenguaje no es utilizado de manera social para compartir experiencias y vivencias, se dificulta iniciar y mantener una conversación recíproca, comprender sutilezas, bromas, ironías y dobles intenciones, como también suele carecer de comunicación no verbal. (Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III, 2004)

La comunicación restringida, es decir que poseen severos retrasos en el lenguaje. En casos donde se logra adquirir algún tipo de lenguaje, éste tiende a no ser fluido ni coherente, la conversación no se relaciona con temas de interés y su discurso es más un monólogo. Así mismo la comprensión del lenguaje está afectada, por lo que se les dificulta responder a órdenes sencillas. El lenguaje puede incluir elementos idiosincrásicos como inversión pronominal, ecolalia, lenguaje estereotipado y palabras inventadas. (Barton & Volkmar, 1988)

El más profundo y grave trastorno de lenguaje en los niños autistas es la agnosia auditiva verbal o sordera de palabra, lo cual no les permite decodificar los códigos fonológicos del lenguaje, por lo tanto, no logran desarrollar lenguaje oral ni entender lo que se les dice. En lo referente a la capacidad de comprensión, el autismo se relaciona con un déficit receptivo de mayor a menor, es preciso determinar la comprensión de papeles funcionales en la emisión y funciones gramaticales. (Etchepareborda, 2001)

A medida del tiempo hay un progreso formal en el lenguaje oral puesto que los déficits gramaticales suelen mantenerse. En los primeros años los niños con autismo severo manifiestan gran cantidad de ecolalias inmediatas y demoradas, puede aparecer el uso de neologismos y se les dificulta mantener una conversación. Los intereses restringidos se

mantienen y tienden a orientarse hacia temas de carácter intelectual (aeronáutica, insectos, motores). Los aprendizajes son memorísticos, no establecen relación alguna entre los conocimientos y son de carácter obsesivo. Los trastornos de humor aumentan y se presenta problemas de insomnio, así como también las crisis de agitación suelen agravarse (gritos, lloros, agresividad, destructividad). (Cuxart, 2000)

El patrón más frecuente del funcionamiento cognitivo es la disminuida capacidad verbal y no verbal. Cuando las capacidades verbales son superiores a las habilidades visoespaciales, se empobrece el pronóstico para logros escolares, competencia conductual y funcionamiento independiente como adulto (Etchepareborda, 2001).

Por otro, los problemas en el sueño es uno de los síntomas más tempranos asociados al autismo. La hiperactividad también es más prevalente en los varones y suele disminuir en intensidad con el pasar de los años. Una concomitancia entre los TEA y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no es infrecuente en la niñez. Por otro lado, esta misma concomitancia entre TEA y TDAH casi no ha sido descrita en adultos autistas. (Stahlberg & cols., 2004)

Aunque no están recogidos en los actuales criterios diagnósticos, muchas de estas personas, especialmente durante su infancia, padecen fenómenos de hipo e hipersensibilidad a los estímulos sensoriales. Esta alteración sensorial explicaría fenómenos frecuentemente observados como taparse los oídos, no tolerar determinados alimentos o tejidos, rechazar el contacto físico, autoestimularse con la saliva o mirando reflejos ópticos o responder inusualmente al dolor (Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III, 2004).

La conducta del autista presenta también una amplia gama de alteraciones, con frecuencia muestran mal control de impulsos, agresividad verbal y física, autoagresividad, conducta aberrante, etc. “Los berrinches de duración y magnitud fuera de toda proporción con el detonante son una manifestación muy frecuente y de difícil manejo. El miedo intenso o verdadero pánico ante situaciones desconocidas o ruidos intensos es también muy común”. (Rogel- Ortiz, 2004, p. 144)

La agresividad puede o no estar asociada a la hiperactividad y tiene una tendencia a disminuir con la edad. El problema son las consecuencias de la agresividad las cuales pueden empeorar con el aumento de la edad debido a la mayor fuerza muscular. (Gottfried & Riesgo, 2011)

Es razonable que los síntomas asociados a los TEA sean distintos, cuando se compara los síntomas de los pacientes con Asperger con los de los autistas clásicos se encuentra diferencias en relación a los distintos niveles de CI. Por esto, los pacientes con autismo clásico pueden presentar más frecuentemente un comportamiento agresivo. Por otra parte, el Síndrome de Asperger suele estar más asociado con ansiedad y/o depresión. (Cederlun, 2010)

La mayoría de los niños con autismo tiene también retraso mental, si bien una minoría posee una inteligencia normal. Muchos de ellos padecen también epilepsia y tanto las deficiencias auditivas como las visuales se encuentran más a menudo en este grupo. (Zander, 2004)

Niveles en el autismo

Se reconocen tres niveles de severidad que se determinan según el apoyo que requiere la persona con autismo. En el nivel uno las dificultades en la comunicación social

causan alteraciones evidentes, se le dificulta iniciar una interacción social y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a la apertura social con otras personas, no requiere de apoyos. “La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia”. (Espectro Autista, s.f, p 15)

El nivel dos requiere un apoyo substancial pues posee unos déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; tiene un número limitado de interacciones sociales con respuestas atípicas a los intentos de acercamientos con otras personas. “El comportamiento es inflexible, las dificultades para afrontar el cambio u otras conductas restringidas o repetitivas son visibles e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos”. (Espectro Autista, s.f, p. 18)

El tercer nivel requiere de un apoyo significativo pues la persona posee severos déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a ellas. El niño suele tener un desarrollo normal hasta el final del primer año y medio de vida. Los padres son los primeros en detectar los síntomas, entre los seis meses y tres años y medio. Se percibe una especie de parón o incluso regresión y pérdida de habilidades. (Cuxart, 2000)

A partir de los dos y hasta los cinco años, la conducta de los niños con autismo de nivel alto tiende a empeorar. Las relaciones interpersonales continúan estando muy afectadas y marcadas por la falta de empatía emocional. En casos donde se manifiesta iniciativas espontaneas de contacto, éstas son unidireccionales y se utilizan para obtener información o para iniciar monólogos sobre temas de su interés. Los deseos de invariabilidad se pueden extender a muchos ámbitos de la vida diaria como por ejemplo, la

forma de vestir, lo que elige para comer o la insistencia en la utilización de los mismos recorridos urbanos. (Cuxart, 2000)

Las Dimensiones del Espectro Autista

Se ha encontrado tanta diversidad de características autistas que en 1997 Riviere propuso considerar el autismo como “continuo”. Es lo que Wing y Gould (1979) llamaron “Espectro Autista”. En 1988, Wing planteó cuatro dimensiones fundamentales dentro de este concepto (Escobar y cols, sf, p.12):

- 1.- Trastornos relacionados con el área social.
- 2.- Trastornos relacionados con la comunicación y el lenguaje.
- 3.- Trastornos relacionados con la imaginación.
- 4.- Trastornos relacionados con actividades repetitivas.

Rivière (1997 citado por Escobar y cols, sf, p.13) amplió las dimensiones que pueden aparecer dentro del espectro autista hasta doce, estableciendo en cada dimensión cuatro niveles. Así, en el primer nivel estarían aquellas personas con trastornos más graves y niveles cognitivos más bajos, mientras que en el cuarto nivel estarían aquellas personas con trastornos menos graves, como son las personas con Síndrome de Asperger (Escobar, s.f). Las doce dimensiones son Propuestas por (Riviere, 2002) son:

Trastornos cualitativos de la relación social (Riviere, 2002)

Nivel 1.-Impresión clínica de aislamiento completo. No hay expresiones de apego a personas específicas. En los casos más graves no diferencian cognitiva y emocionalmente las personas de las cosas. No hay señales de interés por las personas, a las que ignora o evita de forma clara.

Nivel 2.-Impresión de soledad e incapacidad de relación, pero establece vínculos con personas (padres y profesores). No establece relación con iguales. Las iniciativas espontáneas de relación, son muy escasas e inexistentes.

Nivel 3.-Relaciones infrecuentes, inducidas, externas y unilaterales con iguales. Con frecuencia da la impresión de una “torpeza en las relaciones”, que tienden a establecerse como respuesta y no por iniciativa propia.

Nivel 4.-Hay motivación definida de relacionarse con iguales. La persona en este nivel, puede ser consciente de su “soledad” y de su dificultad de relación. Se le escapan el dinamismo subyacente de las relaciones, fracasando frecuentemente en el intento de lograr y una relación fluida.

Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas) (Riviere, 2002)

Nivel 1.-Ausencia completa de acciones conjuntas é interés por las acciones de referencia conjunta. Tiende a ignorar por completo las miradas y gestos significativos de otras personas. A veces reaccionan con evitación (rabietas) a los intentos de otros de “compartir una acción”.

Nivel 2.-Realización de acciones conjuntas simples con personas implicadas. No hay miradas “significativas”. Se comparten acciones sin ninguna manifestación de que se perciba la subjetividad del otro.

Nivel 3.-Empleo a veces de miradas de referencia conjunta en situaciones interactivas muy dirigidas. No hay empleo de “miradas cómplices” en situaciones más abiertas. Parece haber una interpretación limitada de miradas y gestos ajenos con relación a situaciones.

Nivel 4.- Pautas establecidas de atención y acción conjunta. Se les escapan muchas miradas y gestos en situaciones interactivas. No se comparten apenas “preocupaciones conjuntas” o “marcos de referencia comunicativa” triviales con las personas cercanas.

Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas (Riviere, 2002).

Nivel 1.-Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria), atención conjunta y actividad mentalista. Falta de interés por las personas y de atención a ellas.

Nivel 2.-Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales. En la relación con la persona con espectro autista se puede tener la vivencia de compartir emociones de forma ocasional y limitada. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o de que la persona perciba al otro como “sujeto”.

Nivel 3.-Indicios de intersubjetividad secundaria, pero no atribución explícita de mente. En algunos casos se emplean, de forma limitada y ocasional, términos mentales como “contento o triste”.

Nivel 4.-La persona con EA en este nivel tiene conciencia de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. Sin embargo, los procesos mentalistas en las interacciones reales son limitados, lentos y simples. No se acomodan bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones.

Trastornos de las funciones comunicativas. (Riviere, 2002)

Nivel 1: Ausencia de comunicación entendida como cualquier clase de relación intencionada con alguien, acerca de algo, que se realiza mediante empleo de significantes.

Nivel 2. La persona realiza actividades de pedir, mediante conductas de uso instrumental de personas, pero sin signos. Es decir, pide llevando de la mano hasta el objeto deseado, pero no puede hacer gestos o decir palabras para expresar sus deseos. De

este modo, tiene conductas con dos de las propiedades de la comunicación (son intencionadas e intencionales), pero sin la tercera (no son significantes).

Nivel 3: Se realizan signos para pedir: pueden ser palabras, símbolos inactivos, gestos “suspendidos”, símbolos aprendidos en programas de comunicación, etc. Sin embargo, solo hay comunicación para cambiar el mundo físico. Por tanto, sigue habiendo ausencia de comunicación con función ostensiva o declarativa.

Nivel 4: Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no solo buscan cambiar el mundo físico. Sin embargo, suele haber escasez de declaraciones capaces de cualificar subjetivamente la experiencia (es decir, referidas al propio mundo interno) y la comunicación tiende a ser poco recíproca y poco empática.

Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo. (Riviere, 2002)

Nivel 1: Ausencia total del lenguaje expresivo. El mutismo puede ser total o funcional. Este último se define por la presencia de verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas (pueden ser, por ejemplo, emisiones con función musical). Es decir, no implican análisis significativo ni tienen la función de comunicar.

Nivel 2: El lenguaje es predominante ecológico o compuesto de palabras sueltas. Aparecen ecolalias y palabras funcionales. No hay propiamente creación formal de sintagmas o de oraciones. No hay discurso ni conversación.

Nivel 3: Lenguaje oracional. Capacidad de producir oraciones que ya no son predominantemente ecológicas, y que implican algún grado de conocimiento implícito de reglas lingüísticas (una cierta competencia formal). Sin embargo, los sintagmas y las oraciones no llegan a configurar discurso ni se organizan en actividades conversacionales. La interacción lingüística produce la impresión de juego de frontón, que carece del

espontáneo dinamismo de las verdaderas conversaciones. Puede haber muchas emisiones irrelevantes o inapropiadas.

Nivel 4: Lenguaje discursivo. Es posible la conversación, aunque tienda a ser lacónica. Las personas en este nivel pueden ser conscientes de su dificultad para encontrar temas de conversación y para transmitir con agilidad información significativa en las interacciones lingüísticas; intercambian con dificultad roles conversacionales, comienzan y terminan las conversaciones de forma abrupta, pueden decir cosas poco relevantes o poco apropiadas socialmente. Se adaptan con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores. Frecuentemente su lenguaje está prosódicamente muy alterado. Parece pedante, rebuscado o poco natural, o abrupto y poco sutil. Hay dificultades para regular los procesos de selección temática y cambio temático en la conversación y en el discurso.

Trastornos cualitativos del lenguaje comprensivo. (Riviere, 2002)

Nivel 1: “Sordera central”. El niño o adulto en este nivel ignora por completo el lenguaje, con independencia de que le sea específicamente dirigido a él. No responde a órdenes, llamadas o indicaciones lingüísticas de ninguna clase. Con frecuencia provoca sospechas de si no será sordo.

Nivel 2: Asociación de enunciados verbales con conductas propias; es decir la persona con Espectro Autista en este nivel “comprende órdenes sencillas”. Sin embargo, su comprensión consiste esencialmente en un proceso de asociación entre sonidos y contingencias ambientales o comportamientos. No implica ni la asimilación de los enunciados a un código, ni su interpretación e incorporación a un sistema semántico-conceptual, ni su definición intencional en términos pragmáticos.

Nivel 3: Comprensión de enunciados. En el nivel tercero hay ya una actividad mental de naturaleza psicolingüística, que permite el análisis estructural de los enunciados,

al menos parcial. La comprensión suele ser extremadamente literal y muy poco flexible. Se incorporan a ella con gran dificultad las claves pragmáticas. Así no es apenas modulada por los contextos interactivos. Los procesos de inferencia, coherencia y cohesión que permiten hablar de “comprensión del discurso” son muy limitados o inexistentes. Hay tendencia a atender a las interacciones verbales sólo cuando se dirigen a la persona de forma muy específica y directiva.

Nivel 4: El nivel más alto se define por la capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje. Sin embargo hay alteraciones sutiles en procesos de diferenciación del significado intencional del literal, en especial cuando uno y otro no coinciden. También en los procesos de doble semiosis-comprensión del lenguaje figurado- y modulación delicada de la comprensión por variables interactivas y de contexto.

Trastorno de las competencias de anticipación. (Riviere, 2002)

Nivel 1.-Resistencia intensa a cambios y rígida adherencia a estímulos que se repiten de forma idéntica. No hay actividades anticipatorias en situaciones cotidianas. No tienen un orden espacial y temporal claro. Los estímulos tienen que ser idénticos en todos los aspectos para ser anticipados.

Nivel 2.-Aparecen conductas anticipatorias simples en situaciones cotidianas muy habituales. Siguen dándose conductas de oposición en situaciones de cambio. Pueden darse reacciones muy intensas ante situaciones nuevas e imprevistas. Los periodos que no siguen el orden habitual presentan más problemas que los días en los que se sigue la rutina.

Nivel 3.-La anticipación les permite un tratamiento más amplio de futuro: semana, vacaciones, escuela. Hay mejor aceptación de los cambios, pero pueden producirse

situaciones graves ante cambios imprevistos. Pueden presentar ansiedad ante sucesos futuros previstos, por los que preguntan de forma repetitiva.

Nivel 4.-La persona prefiere un orden claro y un ambiente previsible. Es capaz de regular la estructura de su propio ambiente, aunque no una estructura a largo plazo. Puede haber reacciones graves ante cambios no previstos. Puede emplear estrategias activas para anticipar sin ayudas externas.

Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental (Riviere, 2002)

Nivel 1.- Estereotipias motoras simples (balanceo, giros sobre si mismos, giros y rotaciones de objetos).

Nivel 2.- Rituales simples acompañados de resistencia a cambios ambientales. También estereotipias.

Nivel 3.- Rituales complejos (pautas invariables para ducharse, para comer). Apego excesivo a objetos, fijación con itinerarios. Preguntas obsesivas.

Nivel 4.- Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales, limitados y no relacionadas en el mundo social en sentido amplio.

Trastornos del sentido de la actividad propia (Riviere, 2002)

- Conductas sin meta. Acciones sin propósito alguno y que no se relacionan con los contextos en que se producen.

- Solo se realizan actividades funcionales ante consignas externas, estas son breves y muchas veces no comprenden su finalidad, para cada paso requieren la orden externa.

- Presencia de actividades con un cierto grado de autonomía y en las que no es necesario un control externo paso a paso

- Actividades complejas y de ciclo muy largo cuya meta precisa conoce, pero no lo asimila con una perspectiva de futuro precisa.

Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.

Nivel 1: Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción.

Nivel 2: Presencia de juegos funcionales (que no implican sustitución de objetos o invención de propiedades) consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales, de forma simple (por ejemplo, hacer rodar un cochecito, o llevar una cucharita vacía a la boca). Los juegos funcionales tienden a ser estereotipados, limitados en contenidos, poco flexibles y poco espontáneos. Frecuentemente se suscitan desde fuera. No hay juego simbólico.

Nivel 3: Juego simbólico evocado, y rara vez por iniciativa propia. La persona en este nivel pueden tener algunas capacidades incipientes de juego argumental, o de inserción de personajes en situaciones de juego (por ejemplo, empleando figuritas de juguete, a las que monta en un camión), pero el juego tiende a ser producido desde fuera más que espontáneo, y muy escasamente flexible y elaborado en comparación con la edad. Frecuentemente es muy obsesivo (el niño tiene que llevar a todas partes sus figuras, muñecos, etc.). Puede haber dificultades muy importantes para diferenciar ficción y realidad (no es infrecuente que los niños o adolescentes en este nivel no puedan ver películas violentas en la TV, porque responden como si fueran situaciones reales).

Nivel 4: Capacidades complejas de ficción. La persona con Espectro Autista en este nivel puede crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles, muy centradas en torno a un personaje por ejemplo. Hay dificultades sutiles para diferenciar ficción y realidad, y las ficciones tienden a emplearse como recursos para aislarse. En algunos casos, la persona se “sumerge” excesivamente en sus propias ficciones y se aísla en ellas.

Trastornos de la imitación (Riviere, 2002).

Nivel 1: Ausencia completa de conductas de imitación.

Nivel 2: Imitaciones motoras simples, evocadas. No hay imitación espontánea.

Nivel 3: Aparecen pautas de imitación espontánea, generalmente esporádicas y poco flexibles. La imitación puede carecer de implicación intersubjetiva de que suele acompañarse en los niños normales, o de la versatilidad que suele tener.

Nivel 4: Dificultad para guiarse por modelos personales internos. Puede haber modelos adultos, pero suelen ser rígidos y basados en variables externas sin implicación intersubjetiva o fundamento empático.

Trastornos de la suspensión (la capacidad de hacer significantes) (Riviere, 2002)

Nivel 1: No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. La comunicación está ausente o se produce mediante gestos instrumentales con personas.

Nivel 2: No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos inactivos. No hay juego funcional con objetos (ni por supuesto, juego de ficción o niveles más complejos de suspensión).

Nivel 3. No se suspenden las propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.

Nivel 4: No se dejan en suspenso representaciones, para crear o comprender metáforas o estados mentales ajenos o propios que no se corresponden con las realidades.

Trastornos Generalizados del Desarrollo

Por su parte, los trastornos generalizados del desarrollo no especificados no delimita unos síntomas definidos y generales como el resto de los trastornos autistas, más bien hace prevalecer las graves alteraciones sociales y de la comunicación, la edad de aparición es imprecisa y presenta de forma incompleta los criterios del trastorno Autista o

del síndrome de Asperger (Correira, 2013). El DSM IV lo considera como un “trastorno generalizado grave de la interacción social recíproca, en las habilidades verbales y no verbales de la comunicación, o cuando la conducta, los intereses y las actividades estereotipadas están presentes” (p.77)

En teoría, se podría diagnosticar a un niño que tiene conducta, intereses y actividades estereotipadas, aunque no manifieste de problemas de interacción social con TGD no especificada. La anterior clasificación ha producido un aumento en la prevalencia de esta categoría, por lo que actualmente es el más común de todos los problemas de desarrollo y tiene con una tasa de prevalencia de 70 entre 10000 niños (Fombonne, 2005).

Capítulo II - Posibles acercamientos a las causas del autismo

Modelos cognitivos

La teoría de la mente

Entre los modelos más relevantes etiológicos cognitivos del autismo se encuentra la teoría de la mente; ésta habla de la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas como, por ejemplo, sus pensamientos, deseos, intenciones o creencias (Howlin et al., 2006). Esta capacidad está alterada en las personas con autismo ya que no pueden desarrollar la capacidad de pensar acerca de los pensamientos de los demás o de sí mismos, lo que les pone en constante estado de alerta ya que no pueden predecir la conducta de los demás ni las emociones (Hernandez et al., 2011). Cada individuo elabora una teoría de la mente de las otras personas. “Cuando esto no sucede, entonces resulta incapaz de representarse las emociones ajenas. En el reconocimiento de los demás parece desempeñar un papel predominante la definición de la imagen corporal del individuo y la actividad del SNE” (Cornelio-Nieto, 2009, p. 28).

La disfunción ejecutiva

Otra teoría es la disfunción ejecutiva, se consideran las funciones ejecutivas como un constructo cognitivo que se puede definir como una habilidad para mantener un conjunto de estrategias para la solución de problemas, planificación, inhibición, el control de impulsos, la organización, retener y manipular información y la flexibilidad de pensamiento y acción (Alcantud Marín, 2013). Esta teoría no abarca las acciones estereotipadas y además la disfunción prefrontal es una condición necesaria pero no suficiente para que se desarrolle el autismo.

La coherencia central

La coherencia central es una teoría donde su autora, Frith (2003), expone que existe una incapacidad de extraer y recordar lo esencial de una conversación o historia, o por ejemplo, obtener una imagen de conjunto, más que de las partes individuales. Las personas con autismo tienden a procesar la información fijada en los detalles, generalmente perdiendo el significado general, lo cual podría explicar por qué los niños con autismo se concentran de manera incisiva en los detalles.

La Intersubjetividad

Otra teoría relevante es la intersubjetividad, la cual postula que en el autismo hay dificultades en el procesamiento de los estímulos afectivos. Sugiere que la no participación en la experiencia social intersubjetiva de los niños dificulta el reconocer a las personas con sus sentimientos, deseos, intenciones, etc. (Correira, 2013).

Abordaje genético

El autismo es un síndrome con múltiples causas genéticas y no genéticas. La proporción de casos de autismo en los que se encuentra una etiología varía entre un 10-30%. Esto quiere decir que el autismo está causado por la interacción de múltiples genes y que existe una expresión variable de los diferentes rasgos autistas. Además, algunos gemelos monocigotos con concordancia genética para autismo no tienen manifestaciones clínicas lo que sugiere que existen otros factores ambientales que modifican la expresión fenotípica. (Artigas, 2000)

Los diferentes estudios hechos en familias de niños autistas han mostrado que existen por lo menos diez genes implicados en el autismo. Varios estudios han descrito una

posible asociación entre el autismo y duplicaciones del brazo proximal del cromosoma 15. Se ha encontrado una enfermedad genética específica en 6 % de los casos de autismo. El 42 % de los pacientes con Síndrome de Angelman presentan criterios clínicos concordantes con el diagnóstico de autismo. Entre un 4-6 % de los niños autistas tiene síndrome de X frágil. La prevalencia del autismo en ellos está entre 25-33 %, siendo la causa genética más frecuentemente encontrada por lo que se recomienda el estudio molecular para síndrome de X frágil como rutina en los pacientes autistas. (Caycedo, 2006)

Abordaje Neurobiológico

Desde la Neurobiología los hallazgos más importantes demuestran que en el trastorno del espectro autista intervienen básicamente los sistemas serotoninérgicos y GABAérgicos, aunque existe alguna evidencia de cambios en las catecolaminas, péptidos y sistema colinérgico. (Caycedo, 2006, p. 92)

Los investigadores sugieren que el autismo es un desorden hipoglutaminérgico, otros sugieren una disminución de la inhibición pero todavía faltan más estudios para establecer el mecanismo exacto de estas alteraciones en el paciente autista. Se ha especulado acerca de algunos factores en la génesis del autismo especialmente la relación con vacunación y factores inmunológicos. (Caycedo, 2006)

Se ha encontrado sobre la serotonina:

Altos niveles de serotonina en las plaquetas de pacientes autistas; además de la demostración de la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina sobre algunos de los comportamientos autistas, lo cual permite suponer que el desarrollo del sistema serotoninérgico puede estar alterado en el

autismo. Un estudio demostró una síntesis asimétrica de la 5HT en la vía dento-tálamo-cortical en niños autistas. (Caycedo, 2006)

Las neuronas en espejo

Sobre las causas neurológicas hay una teoría relevante. Se ha analizado la posibilidad de una disfunción del sistema de las neuronas en espejo (SNE). Se ha especulado que en este sistema de neuronas se encuentra la base de los procesos de imitación y la realización de las formas de aprendizaje por imitación. Como también está relacionada con la expresión emocional, constituye la base de la comprensión de lo que les sucede a los demás (Cornelio-Nieto, 2009).

El grupo de Hari, de la Universidad de Helsinki encontró déficit del SNE en niños con autismo mediante magnetoencefalografía. En la Universidad de California, utilizando resonancia magnética funcional demostraron una reducción de la actividad de las neuronas en espejo en la corteza prefrontal de individuos con autismo. El grupo de Theoret, de la Universidad de Montreal, utilizaron estimulación magnética transcraneal –una técnica que induce corrientes eléctricas en la corteza motora para generar movimientos musculares– a fin de estudiar la actividad de las neuronas en espejo en sujetos con autismo. En los sujetos control, los movimientos de mano inducidos fueron más pronunciados cuando los sujetos observaron vídeos de los mismos movimientos; este efecto fue mucho más débil en los pacientes con autismo. (Cornelio-Nieto, 2009, p 28)

Capítulo III - Intervención en la escuela

Educación y escuela

Para hablar del rol del psicólogo en la escuela, es preciso definir la educación y cómo ésta debe ser flexible ante las necesidades y condiciones de los estudiantes y romper con paradigmas tradicionales que buscan adecuar a los estudiantes a estructuras homogéneas. Se entiende la educación como:

un proceso amplio y dinámico de construcción y reconstrucción de conocimiento que tiene como finalidad favorecer a cada uno de sus protagonistas (alumnado-educandos/as, educadores/as, profesorado, familia y comunidad) la configuración, autónoma y consciente, de su propia identidad y sus propias formas de pensamiento, a través del desarrollo de procesos de interacción y aprendizaje tales como intercambios de significados y valores, experiencias vividas y compartidas con el contexto cultural, y acuerdos negociados en relación con las finalidades y las estrategias a utilizar (Jiménez y Vilà, 1999, p. 37)

El sistema educativo debe asegurar políticas de diversidad y personalización ya que los modelos homogéneos son incapaces de atender las necesidades de los niños con autismo. El sistema educativo debe tener un currículo flexible y abierto que promueva un aprendizaje en anclaje y no vertical, es decir, que no limite y se guie por el orden cuantitativo sino que se esfuerce por valorar más los avances cualitativos de los estudiantes, para esto debe poseer autonomía en su organización y disponer de canales para la participación de la comunidad educativa en las distintas instancias de decisión, la importancia de esto reside en la capacidad de las instituciones de incluir y ofrecer las mismas oportunidades a los niños con TA. (UNSAM, 2010)

Por otro lado, es importante mencionar que la educación tradicional no tiene en cuenta los contenidos en función de las potencialidades de los estudiantes, dejando por fuera a los alumnos que no entran entre los estándares de la normalidad, es decir, alumnos con alguna discapacidad o trastorno. Por las condiciones de la educación actual no se piensa en los casos particulares, siendo esto el primer excluyente de los niños, los docentes no están lo suficientemente capacitados, como tampoco se divulgan en demasía jornadas de prevención que ofrezcan información y estrategias a los docentes y a los padres para acompañar el proceso y el desarrollo de niños que merecen una educación especial.

(UNSAM, 2010)

La educación especial es un reto y logro que se ha venido dando las últimas décadas, después de pasar por la negación absoluta de niños con alguna malformación, segregando y excluyendo a los niños y niñas del derecho a la educación. “Hablar de inclusión por tanto, implicaría no ya un trabajo sobre el alumnado al que hay que “integrar” sino modificar las condiciones mismas de la escuela para que esta pueda hacer lugar, incluir, a la amplia diversidad de personas que conforman al alumnado” (Felici, 2005, p. 45).

Partiendo de este principio, Molina (2003) establece tres niveles de integración los cuales categoriza de la siguiente manera: por un lado, está la integración completa en la cual el niño asiste a la escuela regular de acuerdo con su edad cronológica y recibe ayuda especial en determinadas actividades. Luego está la integración combinada que hace referencia cuando el niño asiste a la escuela regular pero durante la jornada tiene una sesión con el docente especialista. Finalmente, la integración parcial donde el estudiante asiste a la escuela regular pero recibe su programa escolar en un aula especial (Molina, 2003)

Sobre integración en la escuela, Marchesi (1996) considera como aspecto relevante la importancia de la educación temprana para facilitar la integración de los alumnos poniendo énfasis en una mayor coordinación entre los centros de Educación Especial y los de Educación Regular. El objetivo de una escuela debería ser:

Una postura educativa que se sitúa más allá de la integración en la medida que presupone, no sólo tener que dar respuesta educativa a alumnado con deficiencias, con discapacidades o con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria, sino esencialmente aprender y vivir sin distinguir entre los que tiene deficiencias y los que no la tienen, puesto que se reconoce innecesario establecer esta diferenciación para proporcionar una educación adecuada. (Jiménez y Vilà, 1999, p. 171)

Por esta razón, una educación especial obliga al trabajo conjunto de profesores, padres e integradores que puedan dialogar y ofrecer metodologías no solo para insertar al niño al mundo del aprendizaje sino ofrecerle herramientas sociales, e interpersonales que le permitan significar las diversas cualidades de las personas como diferencias incluyentes y no como defectos excluyentes.

Se han considerado a lo largo de la historia varias estrategias de inclusión que permitan que estas personas puedan aportar a la sociedad siendo una parte activa y aceptada de ella debido a las altas capacidades cognitivas que pueden tener y desarrollar las personas con TEA.

El término inclusión fue utilizado por primera vez en el informe de Warnock elaborado por Mary Warnock, el cual se publicó en el año 1978, en este documento se señalaba que a los niños que recibían algún tipo de educación especial les resultaba

“insatisfactoria, sobre todo con respecto a las oportunidades curriculares que se les brindaban, y que muchas escuelas especiales subestimaban las capacidades de sus alumnos” (Ainscow, 2001, p.39). En este documento se introdujeron una serie de conceptos nuevos que le dieron un giro a la educación especial y que buscaban un foco de mayor relevancia sobre “los elementos con que cuenta el medio para su educación y apoyo, y no en la discapacidad y sus dificultades” como se establecía en la educación especial (Vain, 2003, p. 21)

La educación del niño autista ha sufrido durante la última década varios cambios que han llevado a los investigadores, educadores, psicopedagogos y psicólogos a diseñar metodologías acordes a las condiciones particulares de la educación. Se promueven ámbitos menos restrictivos, siendo la integración escolar un principio fundamental, oportuno y eficaz como respuesta educativa a estos alumnos. En cuanto a la metodología educativa, ésta parte cada vez más de principios pragmáticos y ecológicos, que ofrecen aprendizajes más funcionales y significativos para los alumnos, y que incidirán fundamentalmente en las dificultades sociales y comunicativas de los niños y niñas con autismo y con otros trastornos generalizados del desarrollo. (Escobar & cols., s.f)

Es interesante acercarse a modelos ecológicos en la educación, ya que estos permiten aproximar los conocimientos a los alumnos y no, por el contrario, obligar a los alumnos a memorizar saberes que no significan nada para ellos. Aunque generalmente se habla de niños autistas, éste es un trastorno que va a durar toda la vida y, por lo tanto, durante todo su ciclo vital será necesario darle respuesta a sus necesidades, no solo educativas, sino también de ocio y tiempo libre, laborales, de inserción social, vida independiente, etc. (Escobar y cols., s.f)

Características de niños con TEA en la escuela

Un alumno tiene necesidades educativas especiales “cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad” (Riviere 1997, p. 22).

Otro aspecto relevante de las mismas es que las causas de las dificultades de aprendizaje tienen un origen interactivo y poseen un carácter relativo ya que dependen tanto de las deficiencias propias de la persona como de las del contexto en los que se desenvuelve y de los recursos educativos disponibles. (Wedell, 1980 citado por Riviere, 1997, p. 25)

Las necesidades educativas del autista no se limitan al ámbito lingüístico o netamente social sino que abarca un enfoque integral de índole afectivo, psicomotor y relacional. Por esto, el continuo diálogo entre diferentes especialistas debe conjugarse en los resultados que se pretendan ver en el colegio, que como órgano secundario de socialización demanda unas facultades importantes para la vida adulta. Es necesaria una intervención multidisciplinar que promueva en los docentes el conocimiento de saberes básicos sobre este trastorno ya que son figuras que moldean y modelan comportamientos que guían los procesos de inclusión de un niño autista en el entorno social y construcción de pares.

Muchos retos representa un niño autista en la escuela para un psicólogo, por ejemplo, a muchos jóvenes con TEA no les gustan las multitudes, rechazan estar en los salones de clases y les molestan los rumores de las conversaciones de otros, en ocasiones se ha encontrado que a algunos niños les cuesta trabajo estar en grupo pues se comportan

distinto y se distraen muy fácil, así que les es más fácil estar con un solo niño y conservarlo como amigo procurando no defraudarlo (Attwood, 2002).

No pueden concentrarse en más de una cosa al mismo tiempo, a veces les cuesta trabajo dejar una actividad y empezar otra, no les gusta que les pregunten cuando están concentrados y se les dificulta recordar lo que se les había preguntado. En ocasiones les gusta que los oigan cuando están hablando de temas de su interés y les molesta que los ignoren (Felici, 2005).

Les llegan a molestar detalles pequeños e insignificantes de los demás como por ejemplo, dejar un elemento en un lugar equivocado, no gustarle el color de ropa que lleva puesta otra persona, que se digan chistes, en general no los entienden y los toman como una burla u ofensa. Todos estos detalles pueden llevar al niño a sentir gran intolerancia por su medio y sus pares (Marshesi, 1996).

Otra característica a tener en cuenta es en la toma de decisiones en ambientes cambiantes, esta es difícil para ellos ya que no les gustan los cambios de planes o los eventos inesperados o sorpresivos. Cuando conocen a alguna persona la clasifican en una categoría determinada y no les gusta sacarla de allí, lo consideran amigo o no, lindo o feo, siendo muy difícil salir de ese raciocinio. (Agrela, 2013)

Intervención temprana del psicólogo

El identificar rápidamente la necesidad de acompañar a un niño autista es labor importante de la familia, pero principalmente del colegio. Para una identificación e intervención temprana del TEA se pueden identificar unos signos como el escaso o nulo interés por el contacto ocular, ausencia de respuesta de orientación cuando se nombra al niño, ausencia de la conducta de señalar y de la conducta de mostrar objetos, alteraciones

del sueño, problemas con la alimentación, las limitaciones para la autonomía personal o el escaso interés por el juego, indiferencia por los pares, no intervenir en juegos de interacción social, no responder ni anticipar, ausencia de balbuceo y de jerga, no imitar sonidos, gestos ni expresiones, desinterés por juguetes ofrecidos, fascinación por sus propias manos y pies, huele o chupa los objetos más de la cuenta, tiene el sueño fragmentado, entre otros. (Millá & Mulas, 2009)

Se espera que el psicólogo acompañante realice una intrusión deliberada en las actividades solitarias del niño. La estructuración activa de las experiencias sociales tempranas puede llevar a una mejora significativa en las interacciones sociales de los niños con TEA de manera que se le vaya implicando con otras personas para realizar sus actividades preferidas. Esta labor debe llevarse a cabo de modo que la interacción social resulte agradable para el niño. “Los aspectos nucleares del programa de atención temprana para estos niños han de ser los siguientes: enriquecimiento perceptivo, cognitivo, comunicación y lenguaje .y habilidades sociales e intersubjetividad”. (Millá & Mulas, 2009, p.76)

Así pues, la intervención debe ir encaminada a la adquisición de habilidades sociales que permitan al niño afecto de TEA desenvolverse con éxito en su medio social, esencialmente en la clase pero no solamente en ella, sino en otros ambientes de la vida cotidiana y también a modificar aquellas conductas que socialmente ‘no están bien vistas’. Al mismo tiempo, hay que construir y trabajar en conjunto con el docente del salón estrategias psicoeducativas que formen a los pares en temas de TEA, la forma de interactuar con él, también los pares tienen que desarrollar habilidades sociales.

Dentro de las intervenciones psicoeducativas se encuentran las intervenciones evolutivas, centradas en la enseñanza de técnicas sociales/comunicación y en desarrollar

habilidades para la vida diaria, todo ello en ambientes muy estructurados. En la escuela el fracaso escolar puede convertirse también en fracaso personal ya que el niño con TEA puede llegar al convencimiento de que no puede revertir la situación en la que vive: su autoestima puede llegar a ser muy negativa. (Alcantud, 2013)

Las acciones logradas deben ser recompensadas y reforzadas, así mismo las acciones propuestas deben evitar el aburrimiento y la falta de interés, la designación de tareas debe ser clara y concreta, siempre respetando la distancia que el niño requiera. Es importante mantener un ambiente ordenado y tranquilo sin modificaciones que alteren los espacios conocidos y recorridos (Medinaceli & Utria, 2004)

Riviere (1997) propone a los psicólogos:

Enseñar a dividir las tareas en pasos, desarrollar una jerarquía creciente de objetivos y secuenciar actividades para terminar o llevar a cabo. Para los déficits en consolidación y aplicación del conocimiento se puede enseñar a identificar la idea principal en una nueva información, establecer asociaciones entre ésta y el conocimiento ya adquirido y ver la globalidad más que centrarse en los detalles (Riviere, 1997, p.12)

Estimulación temprana

Los niños con autismo precoz son susceptibles a los efectos de un buen programa de estimulación que impida que se sigan produciendo más circuitos neuronales anómalos y que propicie que las áreas cerebrales mejor formadas puedan compensar en gran medida las anomalías funcionales ya existentes. (Cardoze, 2010)

La experiencia temprana puede modificar las conexiones entre las neuronas; que las experiencias iniciales pueden tener efectos duraderos sobre la

capacidad del cerebro para aprender y guardar información; que si determinadas conexiones no se establecen desde el inicio de la vida, se desconectarán para siempre y que las que se han estructurado de manera anómala, pueden también continuar así produciendo efectos en otros circuitos funcionales si no se actúa temprano. (Cardoze, 2010, p.80)

Un investigador de la Universidad de California en Irvine, explica que debido a que el autismo no es un trastorno degenerativo, “bajo condiciones apropiadas, los síntomas mejoran con el tiempo, porque la persona autista aprende a filtrar información sensorial por rutas neuronales alternas, lo que permite comprender mejor el ambiente que la rodea y de esa manera, facilitando el aprendizaje”. (Cardoze, 2010, p.80)

Las condiciones para obtener mejores resultados mediante la intervención temprana se fundamentan en que debe ser de inicio precoz, continuada durante los primeros cinco años de la vida, frecuente (diaria o varias veces por semana), con un enfoque amplio (hacia todos los aspectos de la vida del niño), con la participación directa y continua de los padres, mediante programas individualizados al principio y después combinados con participación en grupo y llevada a cabo por profesionales capacitados para dirigir y supervisar el proceso. (Cardoze, 2010, p.81)

La estimulación temprana implica un plan de trabajo que cubra todas las áreas del desarrollo previa evaluación de las mismas; el conocimiento de las áreas que requieren de mayor estimulación; la inclusión de la familia (padres, hermanos, cuidadoras); que se desarrolle en medio de un ambiente ameno, entusiasta, afectivo y creativo; el refuerzo del apego madre-hijo y de la unión familiar; la atención a las preocupaciones de los padres, ayudándolos a superar sus sentimientos de angustia, temor e impotencia que genera la situación de un

niño afectado de alguna condición biológica congénita; y la detección de situaciones en el niño o en la familia que requieran de referencia a otras especialidades. . (Cardoze, 2010, p.82)

La edad crítica en la que es más importante la estimulación temprana son los tres primeros años de la vida, continuándose posteriormente con las actividades que se desarrollan en los centros pre escolares que llamamos por sus tres niveles, maternal, pre kínder y kínder. Las capacidades cognitivas, lingüísticas, motoras, sociales se fortalecen a partir de la experiencia pre escolar y también a empezar a adquirir la disciplina básica para seguir con éxito los niveles siguientes de la vida escolar. Los niños con autismo infantil, si han recibido una estimulación efectiva en sus tres primeros años, estarán más preparados para integrarse a un centro infantil, donde puede seguir superando las limitaciones que tengan en su funcionalidad. . (Cardoze, 2010)

Los programas de intervención temprana pueden favorecer una diferencia importante y producir mejorías significativas y duraderas. Estos programas específicos de atención temprana han demostrado su eficacia en la contención o eliminación de los síntomas autísticos, en mejoras perceptivas, atencionales, cognitivas, comunicativas o de las habilidades sociales.

Necesidades del área social

Acá es necesario programar la enseñanza expresa de los conocimientos, ya que no se trata de un desinterés por aprender sino que no puede aprender por medios naturales. Una gran dificultad es la interacción con otras personas la cual tiene diferentes manifestaciones, además de las dificultades en las relaciones interpersonales y otras que en

ocasiones pasan desapercibidas como la atención y en la preocupación conjunta y a las dificultades en las capacidades intersubjetivas y mentalistas. (Alcantud, 2013)

En todo el espectro autista se manifiesta una característica relevante: la dificultad para compartir el foco de interés, acción o preocupación con las otras personas; lo que se ha venido a llamar déficit en la atención conjunta o compartida, estas dificultades se pueden observar en la ausencia de patrones comunicativos para compartir experiencias, sentimientos, pensamientos, en la imposibilidad de mirar lo que otra persona está mirando o expresando, en la ausencia de mirada referencial, que les permite mirar alternativamente a una persona y al objeto del que se está hablando; en las dificultades para interpretar lo que el otro quiere decir con una mirada, casi siempre el pensamiento rígido y no flexible les exige ignorar lo diferente a lo que ellos piensan o hacen; también en las dificultades para decirle al otro que algo nos interesa. En definitiva, en entender y percibir al otro como “un sujeto” con ideas, emociones y sentimientos que se pueden compartir (Agrela, s.f, p. 5).

Para los niños con autismo que se encuentran en el segundo y tercer nivel, es muy importante plantearse como objetivo fundamental en la intervención el ofrecerles contextos que faciliten la relación con iguales, fomentando la motivación por esas relaciones, así como desarrollar habilidades sociales básicas. (Solano y cols, s.f)

A nivel socioemocional los niños con TA sienten las cosas de diferente manera, llegan a ser muy sensibles. Prefieren los ruidos suaves, rechazan los fuertes como las aspiradoras o licuadoras y también las conversaciones bulliciosas. Son muy sensibles con todo lo relacionado con el pelo, que les caiga sobre la frente. Tienen problemas con la

comida, no ingieren la mayoría de los alimentos, “al presentarles estímulos nuevos no les gusta, como tampoco las cosas mezcladas, algunas texturas y prefieren no comer fuera de su casa. No les gusta conocer gente nueva, prefieren estar solos en su habitación”.

(Muñoz-Yunta, 2006, p. 25)

Las cualidades de un niño con TA son la honestidad y la sinceridad, ellos no pueden hacer algo que no crean o que no sea cierto, si no quieren hacer algo se niegan a hacerlo y se enojan muy fácilmente si las cosas no son como quieren o cuando cometen errores. Además tienden a no hacer lo que les mandan porque no les ven sentido, no saben lo que se espera de ellos por ello es muy importante explicárselo con claridad. Les cuesta trabajo entender la autoridad y no saben ser muy amables porque les cuesta colocarse en el lugar del otro. (Attwood, 2002, p. 12)

Métodos de intervención en la edad infantil

El importante desarrollo de las técnicas operantes de modificación conductual durante la década de los sesenta provocó un rápido despliegue de este tipo de programas en la población con autismo. Se partía de la idea que la etiología de este trastorno era dada por los malos aprendizajes en los primeros años, lo cual provocó muchos desaciertos. En estos primeros tiempos los programas terapéuticos pusieron énfasis en la reeducación del lenguaje a través del programa de imitación signada y vocálica, en donde el niño tenía un rol pasivo y el contexto de aprendizaje era muy artificial. Los resultados fueron bastante negativos con relación a los progresos comunicativos, pero las técnicas de comunicación de conducta operante abrieron una nueva perspectiva de tratamiento. (Cuxart, 2000)

El conductismo demostró que un número significativo de conductas podían modificarse mediante la manipulación de variables del entorno. Por lo que se refiere al aprendizaje de nuevas conductas, la aplicación de técnicas de modelado, de encadenamiento hacia atrás y de refuerzos (primarios y sociales), mostraron ser muy útiles para implementar prerrequisitos de aprendizaje y hábitos básicos de autocuidado (Cuxart, 2000)

En relación con las conductas negativas como la agresividad, agitación, destructividad, rabietas, las evaluaciones individuales y sistemáticas mediante análisis funcional permitieron entender muchas de estas conductas y fomentaron el diseño de programas individuales para modificarlas y eliminarlas. (Cuxart, 2000)

Para educar a cada niño se recomienda tener en cuenta el principio de individualización, cada niño es diferente y único. En el tratamiento del autismo la atención individualizada es un principio básico necesario para la mejora del niño. La edad, la severidad del autismo, el entorno en que se desarrolla, el entorno que lo constituye delimitan un programa con objetivos claros ajustados a la conveniencia de cada caso. (Frith, 2003)

Dentro de las intervenciones psicoeducativas se encuentran las cognitivas conductuales (Ver *Figura 1*) que se basan en enseñar a los chicos con TEA nuevas conductas y habilidades. Dentro de este modelo clásico, la Intervención Temprana Conductual Intensiva (EIBI), Entrenamiento por ensayos discretos (DTT), Análisis conductual aplicado (ABA), son ejemplos de estos programas: método Lovaas, ABA, Programa para el desarrollo infantil de Princeton (PCDI), Programa de Autismo de Rutgers, Programa Global de Análisis Conductual a la Escolarización (CABAS). (Frith, 2003)

Existen otros modelos más contemporáneos como el apoyo conductual positivo (PBS), la evaluación funcional, entrenamiento en comunicación funcional (FCT). Dentro de las enseñanzas naturalistas se encuentran la enseñanza incidental, natural del lenguaje, el entrenamiento en conducta Pivote (PRT) y la enseñanza del entorno. También se encuentra el modelo social-pragmático del desarrollo (DPS), la Intervención basada en el Desarrollo de Relaciones, Enseñanza Receptiva, Modelo Greenspan o Terapia de juego en suelo o Intervención del desarrollo basado en las relaciones y diferencias individuales (DIR). (Frith, 2003)

Muchas de las modalidades tradicionales promueven el aprendizaje a través de la repetición indefinida, yendo muchas veces contra los propios intereses del niño (CEUPA, s.f). Uno de los principales enfoques para el tratamiento de los trastornos del TEA hace hincapié en la comunicación social. Basado en la teoría del desarrollo y los modelos socio-pragmáticos de la adquisición del lenguaje estos enfoques consideran el autismo dentro del contexto de las trayectorias típicas de desarrollo, teniendo en cuenta que los niños, independientemente de su capacidad, siguen una secuencia de desarrollo similar en habilidades de comunicación social y aprendizaje; y que aprenden a través de las interacciones recíprocas con cuidadores adultos sensibles. (Rattazzi, 2013)

Existen áreas funcionales en las que se centran las intervenciones, por ejemplo, las focalizadas en la comunicación, como por ejemplo la comunicación facilitada (FC), PECS (Pictures Exchange Communication Systems), Enfoque conductual verbal (VB), comunicación Total (Benson Schaeffer), Comunicación Alternativa y aumentativa (CAA) los cuales son no verbales y se utilizan para apoyar el lenguaje oral ausente. (Heredia, 2010)

Entre los programas reconocidos que intervienen las interacciones sociales se encuentran el Entrenamiento de habilidades sociales, historia social, modelo de Denver, Terapia e la vida diaria, Programa LEAP , SCERT (Social communication, emotional Regulation and Transactional Support) (Heredia, 2010)

Existen varios programas que ayudan a diferentes ejes del trastorno, entre ellos se encuentran los sistemas alternativos. El método Treatment and Education of autistic and related communication handicapped children (TEACHH) el cual se enfoca en construir ambientes estructurados y su enfoque de intervención se llama “enseñanza estructurada”, que centra parte de su atención en sacar provecho de la preferencia de los niños con autismo por el procesamiento de la información visual. (Correira, 2013)

A. SEGÚN LOS MODELOS TEÓRICOS DE LAS INTERVENCIONES

A.1. MODELOS CONDUCTUALES

A.1.1. Modelos Clásicos:

- Intervención Temprana Conductual Intensiva [Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI); Intensive Behavioural Intervention (IBI)].
- Análisis Conductual Aplicado [Applied Behaviour Analysis (ABA)].
- Entrenamiento por Ensayos Discretos [Discrete Trial Training (DTT)].

Ejemplos de Programas específicos:

- Método Lovaas.
- Programa para el Desarrollo Infantil de Princeton [Princeton Child Development Program (PCDI)].
- Programa de Autismo de Rutgers [The Rutgers Autism Program-The Douglas Centre Program].
- Programa Global de Análisis Conductual Aplicado a la Escolarización [Comprehensive Application of Behaviour Analysis to Schooling (CABAS)].

A.1.2. Modelos Contemporáneos:

- Apoyo Conductual Positivo [Positive Behavioural Support (PBS)].
- Evaluación Funcional [Functional Assessment].
- Entrenamiento en Comunicación Funcional [Functional Communication Training (FCT)].
- Enseñanza Naturalista [Naturalistic Teaching]:
- Enseñanza Incidental [Incidental Teaching].
- Enseñanza Natural del Lenguaje [Natural Language Teaching].
- Entrenamiento en Conductas Pivote [Pivotal Response Training (PRT)].
- Enseñanza del Entorno [Milieu teaching].

A.2. MODELOS DEL DESARROLLO

- Modelo Social-Pragmático de Desarrollo [Developmental Social-Pragmatic Model (DSP)].

- Intervención basada en el Desarrollo de Relaciones [Relationship Development Intervention (RDI)].
- Modelo Greenspan o terapia de juego en suelo o Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales [Greenspan model; Floor Time Therapy; Developmentally-based Individual-difference Relationship-based Intervention (DIR)].
- Enseñanza Receptiva [Responsive Teaching].

B. SEGÚN LAS ÁREAS FUNCIONALES EN LAS QUE SE CENTRAN LAS INTERVENCIONES

B.1. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN:

- Comunicación facilitada [facilitated communication (FC)].
- PECS [Picture Exchange Communication Systems].
- Enfoque de Conducta Verbal [Verbal Behaviour Approach (VB)].
- Comunicación Total [Total Communication (Benson Schaeffer)].
- Comunicación alternativa y Aumentativa (CAA) [Augmentative and alternative Communications (AAC)].

B.2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LAS INTERACCIONES SOCIALES

- Entrenamiento en Habilidades Sociales [Social Skills Training].
- Historias Sociales [Social Stories].

C. OTRAS INTERVENCIONES

- TEACCH [Treatment and Education of Austistic and Communication Handicapped Children].
- El Modelo de Denver [The Denver Model].
- SCERTS [Social-Communication, Emotional Regulation and Transactional Support].
- Terapia de la vida diaria [Daily Life Therapy-Higashi School].

Figura 1. Propuesta de clasificación de las intervenciones psicoeducativas. Tomado del Instituto de investigación de Enfermedades Raras (2009)

Tratamiento Son Rise Program

Es considerado un método dinámico y orientado hacia el juego que se focaliza en forma tan especial en la socialización y la construcción de relaciones. Pretende evidenciar y promover un ambiente ideal para el aprendizaje, en el cual se eliminan las distracciones y se facilita la interacción. Este lugar de juego o “playroom” reduce comunicaciones fallidas que inhiben el progreso y una interacción fluida, facilitando la relación vincular entre padres e hijos (CEUPA, s.f).

Se procura indagar por las motivaciones específicas de cada niño para así enseñarles después habilidades que necesitan aprender. Esta forma facilita y potencializa una atención interactiva más prolongada y un incremento en la retención y generalización de los aprendizajes (CEUPA, s.f).

El programa Son-Rise puede ser combinado efectivamente con otras terapias como intervenciones biomédicas, terapia de integración sensorial, cambios en la dieta, terapia de integración auditiva y otras terapias (CEUPA, s.f)

Se realizó una intervención intensiva para examinar los efectos del Son-Rise Program (SRP), se implementó en un hogar e incluyó un programa inicial intensivo de 5 días y 40 horas, fue guiado por un clínico con el objetivo de familiarizar a los padres y cuidadores con los procedimientos de SRP. La intervención empleó técnicas utilizadas en otros enfoques relacionales, tales como proporcionar retroalimentación naturalista.

Acá los adultos nunca tuvieron interacciones con el niño. En lugar de ello, el adulto se involucra en la imitación paralelo durante tanto tiempo como sea necesario hasta que el niño inicia una interacción. El objetivo es aumentar la frecuencia de las interacciones sociales espontáneas y la iniciación del niño así como la duración de las

interacciones, aumentando así las capacidades de interacción social de los niños (Rattazzi, 2013).

Los resultados de este estudio sugieren que el programa Son-Rise intensivo de cinco días dio lugar a aumentos en la comunicación social de los niños con autismo. SRP mostró aumentos significativos en dos de las tres medidas de los actos comunicativos: orientación y comportamientos de comunicación gestuales. También se encontró un aumento no significativo en la frecuencia de las verbalizaciones producidas (Rattazzi, 2013).

Es importante destacar que, en el desarrollo típico de la atención conjunta diádica constituye la base de la experiencia social temprana en los tres primeros meses de vida, antes de aumentar el desarrollo motor y cognitivo, lo que permite la expansión de la atención conjunta triádica, por lo general en la última parte del primer año de vida (Rattazzi, 2013)

Análisis de Comportamiento Aplicado

Applied Behavioral Analysis (ABA) o Método de Modificación de conductas. Tiene su origen científico en los estudios de condicionamiento en 1913, con Thorndike, sobre aprendizaje y sobre los estudios de condicionamiento operante en la década de los cincuentas. En un primer momento se tenía la teoría de que la evasión emocional de los niños con autismo se debía a relaciones disfuncionales entre madre e hijos. Así que son estos mismos padres los que inician la búsqueda de terapias conductuales (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, 2005)

Maurice (1966) dice que el método reside en la división de tareas complejas y abstractas como el lenguaje comunicativo, en una serie de pasos jerárquicos, enseñado a

través de un esfuerzo conjunto entre terapeutas y padres. El niño es premiado por la superación de cada paso. Gradualmente, los niños descubren no solo las porciones separadas de lo que se les enseña, sino la integración.

Se considera que cada habilidad que el niño no tiene (imitar, hablar, etc.) se divide en pequeños pasos. Cada paso es una unidad medible y específica del comportamiento que se quiere conseguir. Se trabaja desde pequeños objetivos hasta lograr conseguir ese aprendizaje deseado para el niño (Hunter- Watts, s.f)

Se reconoce el éxito de este tratamiento porque ha sabido ser efectivo en gran variedad de sitios, desde hospitales psiquiátricos, escuelas y en las actividades de la comunidad en general. Se ha demostrado poseer confiabilidad y validez debido a su objetividad y la posibilidad de ser replicada. Además se ha demostrado que esta técnica mejora la atención conjunta, el juego simbólico y lenguaje expresivo en niños con autismo como también hay mejoras significativas en la conducta adaptativa y resultados de las pruebas de coeficiente intelectual en los niños pequeños con autismo (Rattazzi, 2013)

El método ABA realiza una evaluación comportamental detallada describiendo la conducta, se observan los posibles refuerzos que hacen que dicha conducta se repita. A partir de esta información se procede a realizar la intervención comportamental, que irá disminuyendo la frecuencia en que se produce la conducta problema, hasta desaparecer por completo, favoreciendo otras conductas positivas y aprendizajes. (Escuela de educación especial San Martín de Porres, s.f)

Los principios de ABA se basan en el conductismo. El estímulo genera una conducta la cual acarrea consecuencias, se sabe que las consecuencias de la conducta influyen sobre el hacer de las personas ya sea en su repetición o en su extinción según el

tipo de refuerzo que reciba. Se denomina recompensa al esfuerzo que se le da a una persona después de que realiza una conducta deseable (Correira, 2013)

Cuando a un estudiante con autismo se le recompensa, se le debe explicar cuál fue la acción correcta por la cual recibió la recompensa además de tener en cuenta que la recompensa se debe entregar al momento en que se realiza la respuesta. En los programas comunicativos para estudiantes con autismo no verbales, las estrategias de inicio incluyen el proporcionar el elemento que figura en el comunicador (dibujo o fotografía), así, cuando un estudiante tiene ganas de ir al baño, puede satisfacerla señalando el dibujo referente al del baño.

Sobre los estímulos aversivos se reconoce que se aplica a problemas muy serios del síndrome, que imposibilitan la vida social de la persona tales como las lesiones, golpes en la cabeza, mordida o arañazos en diferentes partes del cuerpo, que en ocasiones responden a autoestimulaciones o desórdenes neurológicos, las que al no detenerse hacen que la vida de la persona esté en riesgo. Horner (2002) dice que los estímulos aversivos tienen la virtud de elicitar la abolición de patrones de conductas (Hunter- Watts, s.f)

El tiempo fuera se utiliza para evitar el descontrol de una situación en una escala de violencia o crisis. En estos casos se recomienda que permanezca observado en un círculo cerrado y el tiempo no supere los diez minutos. En relación a la intervención en crisis son métodos de contención de las personas con crisis violentas y/o psicóticas que han perdido el control de la situación y recurren a conductas sumamente primitivas y peligrosas (Hunter- Watts, s.f).

El Programa de Desarrollo Infantil de Princeton (PCDI)

Fue diseñado por Smith, y se caracteriza por ser una intervención conductual en múltiples contextos. Se basa en los principios de ABA y de la modificación de conducta. En primer lugar se evalúa a los niños para poder diseñar programas individuales de conducta. Se enseña a los niños a utilizar programaciones con dibujos para ayudarles con las transiciones y actividades a lo largo del día, de forma que se fomenta la iniciativa, la capacidad de tomar decisiones y la independencia. Una persona acude a los hogares dos veces al mes para ayudar a las familias a implementar los programas de conducta que se han alcanzado de manera exitosa en el colegio para lograr la generalización de estas habilidades en casa. La intensidad de las intervenciones es de 27,5 horas semanales durante un periodo de 11 meses. (Instituto de investigación de enfermedades raras, 2009)

Programa Global de Análisis Conductual Aplicado

Es un paquete de tratamiento que se basa en la aplicación del análisis de conducta para el desarrollo de los alumnos, los profesores y los supervisores. En cuanto a la aplicación para los estudiantes, se comienza desarrollando una valoración inicial e individual de los repertorios de conducta mediante observaciones sistemáticas. Una vez identificados los déficits, se determinan los objetivos específicos en cada área curricular: cognitiva, comunicativa, auto-ayuda, desarrollo físico, adaptación a la escuela y las áreas de afectividad y emociones. Teniendo en cuenta esta información se desarrolla un currículo individual con objetivos a corto y largo plazo, instrucciones desarrolladas para los profesores, instrucciones para responder a las respuestas correctas e incorrectas, etc. El método CABAS incorpora elementos de la instrucción directa, sistema personalizado de

instrucción, la instrucción programada y el ABA. (Instituto de investigación de enfermedades raras, 2009)

El psicólogo y el niño

Para asegurar una intervención exitosa hay que promover un buen clima en el entorno en que se encuentra. Por ello se debe planificar la intervención en base a la edad cronológica, lograr tener unas normas básicas de comportamiento, por ejemplo, no alterar el clima del aula con gritos, pataletas, carreras, etc. Así mismo facilita el trabajo si se desarrollan con anterioridad habilidades básicas de aprendizaje como la atención, lograr que permanezcan cierto tiempo sentados, que puedan realizar algunas actividades de forma autónoma; por último, es importante plantearse que el estudiante muestre un mínimo interés por la materia y las actividades que le presentamos. (Millá & Mulas, 2009)

En relación al entorno, es importante que al niño le resulte predecible, utilizar gestos evidentes y lenguaje sencillo para facilitar la comprensión, evitar ambientes complejos y desestructurados, conocer y manejar estrategias para establecer límites a las alteraciones conductuales y los comportamientos estereotipados. (Millá & Mulas, 2009)

Adaptaciones en el cómo enseñar. Insistir en la relevancia de la estructura educativa (inversamente proporcional al nivel cognitivo y habilidades comunicativas de los alumnos) que favorece las relaciones de contingencia y anticipación y facilita el uso de procedimientos operantes y claros; en la disposición de claves contextuales que funcionen como marcadores socio-cognitivos, en el diseño de actividades para la generalización de los aprendizajes, y en la atribución consistente de intenciones sociales y comunicativas. Para fomentar las interacciones sociales se han de cuidar los

agrupamientos (situar al alumno con TEA con los compañeros que mejor pueda trabajar) y se han de programar entornos cooperativos con actividades colectivas que favorezcan actitudes de respeto, colaboración, participación y tolerancia.

Los grupos funcionarán mejor cuanto menor sea su tamaño. Aprendizaje cooperativo y enseñanza tutorada son recursos muy adecuados para organizar las dinámicas de las aulas, además de técnicas como el aprendizaje sin error, el encadenamiento hacia atrás, la enseñanza incidental, las técnicas de incitación y modelado, la espera estructurada, la interrupción de respuesta y el uso de recursos de varias modalidades de percepción, especialmente los visuales

(Tortosa, s.f, p. 14)

Se recomiendan lugares con un grupo reducido de alumnos y espacio pequeño, que no exija interacciones sociales complejas, preferiblemente lugares estructurados con estilos didácticos directivos y formas de organización que permitan anticipar la jornada escolar.

Se recomienda la asesoría de un profesional especializado externo. El lenguaje que se debe considerar en estos casos es proporcional al nivel de comprensión, las agendas visuales, e historias sociales son una gran herramienta que permite transmitir información sin sobrecargar a la persona. (Millá & Mulas, 2009)

Características del autista en las que se deben considerar las estrategias pedagógicas

Para planificar estrategias de aprendizaje para niños con autismo se deben tomar en cuenta las principales limitaciones, como lo son: las dificultades para la generalización del aprendizaje ya que debido a la rigidez de su pensamiento y de sus conductas, el autista tiene problemas para transferir a otros ambientes y situaciones, conductas y contenidos que

aprende en la escuela, aun más si no hay una continuidad de esos aprendizajes en su propio ámbito familiar y social. (Cadozo, 2009)

La falta de aprendizaje incidental, lo que significa que todo necesita ser aprendido de manera directa; la literalidad de la comprensión impide comprender las diferentes interpretaciones que un mismo concepto, evento o relación entre objetos y situaciones puedan tener. Esta inflexibilidad del pensamiento limita mucho la posibilidad de formar relaciones conceptuales abstractas y esquemas ideacionales. (Cadozo, 2009)

Las dificultades para involucrarse en actividades de grupo, su carencia de habilidades sociales y la tendencia al aislamiento le impiden poder aprender en actividades de grupo, que es una de las formas de aprendizaje escolar. Posibles reacciones a un “exceso” de estimulación o de presión académica, lo que puede resultar en conductas incomprensibles para los demás, como inquietud descontrolada, irritabilidad, rechazo a trabajar, llanto, exacerbación de movimientos repetitivos o verbalizaciones sin sentido.

Adaptación curricular

Una de las tareas que realiza el psicólogo en la escuela es la adaptación curricular. Aquí se deben tener en cuenta las competencias funcionales de la persona, su contexto y no solamente las conductas observables del niño. Algunas dificultades que se pueden presentar en el proceso de valoración es la falta de colaboración del niño o niña, es decir desatención, oposición, hiperactividad. (Alcantud, 2013)

La dificultad para entender las demandas de las pruebas, un patrón de desarrollo poco uniforme, con unas áreas muy desarrolladas y otras escasamente desarrolladas. Por otro lado, la mayoría de los tests, se basan en “puntos débiles” del desarrollo de los

trastornos del espectro autista, como son: el lenguaje y la simbolización, y no tienen en cuenta los puntos fuertes mencionados en el apartado anterior. (Alcantud, 2013)

A nivel de lectoescritura se ha venido utilizando fotografías y dibujos realistas, sin embargo, se ha demostrado que tienen un alcance limitado.

Por eso, “enseñar a leer” en autismo no supone sólo un paso más en el natural proceso de educación y culturización. En autismo, la lectura y escritura pueden suponer un puente de acceso a la intervención de aspectos especialmente afectados. Ofrecer guiones de modelos verbales, apoyar al lenguaje oral, hacerlo permanente y así ofrecer mayor tiempo de procesamiento, mejorar la conducta “fijando normas”, ofrecer información anticipada de actividades y guiar la conducta, expresar ideas, sensaciones y pensamientos, son algunos de los objetivos que se pueden tratar con la lectoescritura. (Alcantud, 2013)

Las adaptaciones de acceso a los elementos materiales exigen que para estos alumnos todas y cada una de las aulas de la escuela y del entorno tengan un sentido funcional, sean contextos y espacios educativos, por lo que la programación por Espacios Estructurados y Entornos Educativamente Significativos será la respuesta más adecuada. (Tortosa, s.f, p. 18)

Con respecto a las adaptaciones en el área de comunicación se espera promover la Comunicación Aumentativa y Alternativa, desarrollar el bienestar emocional de la persona autista, disminuyendo sus experiencias emocionales de miedo, terror, ansiedad, frustración, hostilidad, etc., e incrementar la probabilidad de emociones positivas de serenidad, alegría, afecto positivo y autovaloración (permitirle que se enfrente al mundo en mejores condiciones). (Tortosa, s.f)

Aumentar la libertad, espontaneidad, flexibilidad de la acción, así como su funcionalidad y eficacia. Para ello es importante disminuir la inflexible adherencia a rutinas, rituales, estereotipias y contenidos obsesivos de pensamiento o acciones compulsivas. Promover la autonomía personal y las competencias de autocuidado, disminuyendo la dependencia de la persona autista e incrementando sus posibilidades de sentirse y ser eficaz (prepararlos para cuando falten sus padres). Desarrollar las competencias instrumentales de acción mediada y significativa sobre el mundo y las capacidades simbólicas, que a su vez permiten una acción sobre los otros y sobre sí mismo, y aumentan sus posibilidades de comunicación, autoconciencia y autorregulación.

Desarrollar destrezas cognitivas y de atención, que permitan una relación más rica y compleja de la realidad circundante. Aumentar la capacidad de la persona autista de asimilar y comprender las interacciones humanas, y de dar sentido a las acciones y a las relaciones con otras personas. Aumentar las posibilidades de relación intersubjetiva y de sus capacidades de interpretar las intenciones de los demás. Desarrollar las destrezas de aprendizaje, como las basadas en la imitación, la identificación intersubjetiva, el aprendizaje observacional y vicario, que permiten incorporar pautas culturales y beneficiarse de ellas. Disminuir aquellas conductas que producen sufrimiento en el propio sujeto y en los que le rodean, como las autoagresiones, agresiones a otros y pautas destructivas, incrementando así las posibilidades de convivencia en ambientes lo menos restrictivos posible. Desarrollar las competencias comunicativas. Aumentar las capacidades que permiten interpretar significativamente el mundo, disminuyendo el “fondo de ruido”

cognitivo que aísla a la persona autista y la hace sufrir (enseñarlos a separar lo relevante). (Tortosa, s.f, p. 41)

Para evaluar la adaptación hay que observar el grado de aprendizaje y determinar si la ayuda ofrecida al alumno ha sido la adecuada. Las personas con TEA requieren de formas e instrumentos diferentes de evaluar que tengan en cuenta su falta de generalización de los aprendizajes en distintos ambientes, los grandes desfases en áreas que deberían correlacionar según modelos piagetianos y evolutivos, la poca resistencia a la frustración por lo que necesitan aprendizajes sin error, la conveniencia de contar con refuerzos especiales como golosinas, alimentos, objetos “fetiche” o música para conseguir una mejor ejecución. (Tortosa, s.f)

Factores que impiden o reducen el progreso de la educación escolar del autista

Son varias las causas de que falle un acompañamiento psicológico en la escuela, por ejemplo: la falta de entrenamiento de los maestros. Las escuelas normales no suministran ni capacitan a los maestros que forman para trabajar con estudiantes con algún trastorno. Se presenta un temor de no poder cumplir con esos alumnos los lineamientos del programa educativo que se les exige para cada año escolar, y que les puedan presentar problemas de conducta que les altere el ambiente de clases. Es importante que las escuelas formadoras de educadores, consideren incorporar a sus planes curriculares la capacitación para la labor con niños no “típicos”, sin necesidad de que sea a nivel de una especialización en materia de Educación Especial, otorgándoles mejores herramientas, tanto conceptuales como prácticas, para desempeñarse bien con todos los alumnos y no solamente con los que consideran normales. (Caduzo, 2009)

Al tratar de la educación inclusiva, no son únicamente los alumnos con alteraciones neurobiológicas los que presentan necesidades educativas especiales o diferentes, sino también muchos con otras situaciones: los que tienen dificultades de aprendizaje, los que no han logrado la disciplina apropiada, los que no tienen buen conocimiento de la lengua que se utiliza en la escuela, etc. Se debe, entonces, tener en cuenta que el docente tiene que procurar individualizar la atención dentro del seguimiento del plan curricular establecido para su grado, lo cual se torna más difícil cuando hay aulas saturadas de estudiantes. (Bareño, 2015)

La consideración de las capacidades del estudiante, así como sus aprendizajes previos, se logrará con la evaluación inicial y la información que suministran otras fuentes como los familiares. Con base en este conocimiento, se tiene entonces que determinar qué tipo de adecuaciones se necesita hacer para que el aprendizaje del niño cuando se aplican incorrectamente. Puede ser que un estudiante autista esté en capacidad de lograr los objetivos curriculares de su grado, pero la forma en la que se le trate de enseñar no sea la correcta porque no toma en cuenta sus características cognitivas. “Los objetivos pueden estar bien planteados pero las estrategias o las acciones pedagógicas para conseguirlos son erradas”. (Caduzo, 2010, p. 90)

La falta de comunicación entre maestros y padres no contribuye a que los primeros puedan hacer docencia y asesoramiento con éstos, es también factor causante de que los niños no reciban en sus casas la ayuda necesaria contemplada en el plan educativo individual.

El psicólogo y el docente

Los profesores en las escuelas carecen de herramientas suficientes para abordar desde el aula un proceso de inclusión real pese a la existencia de leyes al respecto y de las capacitaciones a las que puede acceder. En algunos casos se asume la inclusión por el hecho de tener en el aula de estudiantes regulares alumnos con necesidades educativas especiales, sin realizar ajustes curriculares o adaptaciones físicas o estratégicas en el proceso de enseñanza, situación que lleva a que no sean consideradas sus capacidades y sus dificultades a la hora de proponer un plan de aprendizaje y de evaluación. (Bareño, 2015)

Según Ruiz (2015) en su trabajo sobre la percepción que tienen algunos maestros sobre integración e inclusión de alumnos con alguna discapacidad, concluye que un buen número de maestros no conoce cómo debe ser un aula inclusiva. Además, afirma que los maestros suponen que el hecho de tener alumnos con discapacidad en un aula ordinaria ya la hace un aula inclusiva, sin hacer las modificaciones que la educación inclusiva requiere. Adicional a esto, se tiene la concepción de que los terapeutas ocupacionales, los psicólogos, médicos, entre otros profesionales de la salud, deben ocuparse de este trastorno, y aunque sus intervenciones son fundamentales como parte del tratamiento, la mayoría de los niños con TEA pasan un tiempo importante del día en el colegio o jardín infantil, situación que ubica al docente en una posición prioritaria en cuanto al conocimiento que debe tener frente al trastorno, de manera que, desde su ejercicio profesional puedan generar pautas de orientación a los profesionales clínicos para que esta problemática se aborde desde un eje multidisciplinar (Bareño, 2015 p.5)

Dado que el desarrollo del niño durante los primeros años y al comienzo de la escolaridad puede no haber sido inusual o problemático, los psicólogos y profesores no consideran la idea de que se trate de algún trastorno del espectro autista. Por su parte, los padres perciben que juega con sus hermanos e interactúa funcionalmente con ellos, por tanto, no reportan ningún problema; sin embargo, es importante tener en cuenta que las diferencias en el comportamiento de los niños son más evidente en ambientes poco familiares (Agrela, s.f).

Attwood (2002) considera que cualquier profesor que tenga entre sus alumnos un caso de TA, debe recurrir al trabajo conjunto con otro profesional, en este caso psicólogo, y promover en los otros niños claves para indicar qué hacer; por ejemplo, si se presentan problemas de comportamiento podría indicar a la persona integrada que observe a los otros con el objetivo de copiarlos, asumiendo que lo que hacen es lo correcto.

Se recomienda modelar a los otros alumnos cómo relacionarse con los niños, fomentando la tolerancia a la diferencia y estimulando la puesta en práctica de habilidades sociales. (Agrela, s.f)

Se pueden promover medios alternativos de solución de problemas y búsqueda de ayuda facilitando el encuentro con amigos potenciales, detectando uno o varios de ellos que por sus características le ofrezcan ayuda. (Attwood, 2002)

A nivel escolar debe haber una preparación (como se mencionó anteriormente) del profesor y de los compañeros que promuevan canales de comunicación eficaz y acorde al contexto, la psicoeducación con los pares es muy importante para evitar señalamientos y rechazos, esta es una gran responsabilidad del psicólogo acompañante.

Tener presente las dificultades y capacidades, permite adecuar un plan de trabajo con objetivos y actividades que faciliten el desarrollo del alumno. Así mismo permite tener el control de la mayor cantidad de variables ambientales, físicas y sociales.

Las variables a tener en cuenta principalmente son: el nivel de comprensión que tenga el niño o niña del medio social, las alteraciones sensoriales que se puedan presentar, las dificultades emocionales (bajo umbral de frustración y ansiedad). Se debe valorar la capacidad adaptativa (lenguaje, actividades académicas, juego, imitación y otros repertorios básicos). (Calle de Medinaceli y Utria, 2004)

El psicólogo y los padres

Los padres cumplen un papel muy importante desde el momento del diagnóstico y a través de toda la vida del niño con autismo. El planificar con ellos es funcional ya que serán los encargados de reforzar lo aprendido en la escuela. Ellos ayudan o pueden llegar a truncar los logros alcanzados en el colegio, por esta razón un continuo dialogo asegurará un intervención exitosa.

Uno de los cambios más significativos en la cotidianidad de los padres puede referirse a la falta de sueño ya que los niños duermen intermitentemente, tener que enfrentar berrinches y rabietas impredecibles, alimentar, vestir y cambiar a un niño como si fuera un bebé, el comportamiento bizarro e independiente del niño puede ser embarazoso y agotador para los padres, un niño autista puede crear una familia deficiente, sin contactos sociales; esto se agrava si en la escuela se le niega el derecho a una educación acorde a sus necesidades y posibilidades.

Los padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal (Bristol, 1984). Existe una

considerable evidencia científica que sugiere que madres y padres de niños diagnosticados con autismo están en mayor riesgo de experimentar dificultades en el bienestar psicológico que madres y padres de niños con otras formas de discapacidad (Obando, 2009). En un estudio se obtuvieron mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y síntomas somáticos en madres de niños con autismo frente a madres de niños con retraso mental y niños sanos o sin discapacidad. (Weiss, 2002)

Se ha comprobado que madres de niños autistas sufren de más depresión y ansiedad que niños con síndrome de Down. También se ha observado mayores niveles de estrés en madres de niños con autismo frente a madres de niños con otras enfermedades crónicas como la fibrosis quística. (Obando, 2009)

Conclusiones

El trastorno del espectro autista es un trastorno del desarrollo que propone una comprensión y proceso de adaptación particular por parte del niño y su entorno. Estas dificultades se manifiestan como alteraciones cualitativas, de mayor o menor intensidad, de las capacidades de relación social, de comunicación y lenguaje, de flexibilidad y anticipación y de simbolización.

Comprender la situación que vive el niño con este trastorno es muy importante para aproximarse a su experiencia de la realidad y así poder ayudarle a desarrollar su conocimiento, su capacidad de comunicarse y de relacionarse con las demás personas. La intervención psicológica en la escuela se verá garantizada principalmente en una óptima adaptación de éste a su medio físico, cultural y social, y en ayudar a su familia para que participe de esta labor y mejore sus competencias y recursos para afrontar el hecho de tener un hijo con TEA.

La comprensión del autismo merece un acercamiento tanto cualitativo como cuantitativo. Aunque todavía no se ha definido, ni unificado el criterio sobre las causas de este trastorno es importante continuar investigando ya que es un tema que tiene una vigencia que exige conceptos y tratamientos claves y especializados, aunque es un trastorno en el desarrollo se puede tratar conductas específicas, como también minimizar algunos daños mediante diversas técnicas de educación especial que centran su trabajo en el trabajo interdisciplinario: psicopedagogos, psicólogos, psiquiatras, acompañantes, fonoaudiólogos, etc.

Es necesario que la intervención se lleve a cabo con una perspectiva holística, e incidir de manera interdisciplinaria sobre todos los aspectos que ofrezcan disfunciones, bien sea en la conducta social, en el manejo de la comunicación y del lenguaje o en el

comportamiento. Se trata de mejorar la situación del niño con TEA y sus habilidades, pero al mismo tiempo su bienestar, su calidad de vida y la de su familia.

Para poder ver resultados favorables en el niño se requiere la intervención de las personas que le rodean y el apoyo que pueden prestar las instituciones las cuales deben proporcionar ayudas que posibiliten mejoras sustanciales en el manejo de este trastorno en la vida diaria del niño, en su integración social y en la situación familiar.

Esta realidad hace necesario que todos los profesionales en la atención primaria de Salud tengan conocimiento de los principales síntomas y signos de este trastorno, así como el manejo comunitario, por ser precisamente estos los servicios de salud más cercanos al paciente para proporcionar a la familia información, apoyo y pautas de tratamiento.

Debido a que el autismo no sólo afecta el desarrollo y bienestar de los afectados, sino también en sus familiares y el entorno social, la gravedad de estos trastornos hace que se precise un plan de detección precoz y tratamiento multidisciplinario sistemático. A nivel escolar, el psicólogo no sólo acompaña sino que es el encargado de engranar, integrar y el responsable de dar al niño o a la niña las herramientas claves y necesarias para un aprendizaje y convivencia óptima.

Así que el psicólogo lleva a cabo la materialización de un proceso de integración focalizando su atención en las diferentes dimensiones de la persona: emocional, social, conductual. Será el encargado de unir, servir de puente entre lo terapéutico y lo pedagógico, intentando hacer partícipe a los actores que se involucran en la educación del niño: la escuela y la familia; como también otras personas intervinientes e influyentes en el desarrollo del niño o niña como son sus pares, propendiendo el acercamiento, la comprensión y la sensibilización del entorno social.

Sin embargo, para hablar del rol del psicólogo y su eficaz desempeño se debe situar su labor, su trabajo está netamente enmarcado en la escuela. La escuela es un espacio de socialización secundaria que delimita la actividad y los alcances de su trabajo. La escuela no sólo tiene una labor intelectual, sino que allí se considera la pluralidad de miradas y creencias frente a la participación y el correcto desarrollo a nivel social de las personas donde aprenderá las habilidades necesarias para salir al mundo.

Hablar de integración educativa es referirse a la manera cómo realizar sinergia entre la educación especial y la escuela común, evitando enfoques individualizadores que se podrían llevar a cabo en un consultorio psicológico fuera del colegio. Aquí surge, por ejemplo, una primera labor de la que se debe encargarse el psicólogo: ¿Cómo romper la brecha entre estudiantes “especiales” y los que no lo son? Es importante para el psicólogo saber desde dónde quiere apropiarse de su labor, él debe entender que incluir no debería significar homogeneizar conductas.

Referirse a inclusión es reconocer y actuar no solamente en el marco reducido entre niño y aprendizaje, lo cual ya implica una exigente tarea, sino promulgar y proveer herramientas a la comunidad educativa, que procuren modificar la percepción del “otro diferente”.

El psicólogo debe abrir un espacio donde los niños se beneficien integralmente asistiendo a clases, en las que se implementen este tipo de prácticas, lo que garantizará a la institución educativa la oportunidad de enriquecerse interactuando en la diversidad, promoviendo una escuela que facilite la capacitación constante no solo en materia de definición y actualización del trastorno, sino en su comprensión.

Las instituciones educativas que hacen inclusión deben comprender que se trata de un proceso, de estar dispuesto a transformar y mejorar continuamente las condiciones y el

ambiente educativo. Se debe entender, asimismo, que una intervención desde el área educativa en niños con TEA tiene como fin su preparación en cosas elementales que les serán útiles a lo largo de su vida.

Con relación al docente y el psicólogo tendrán la tarea de ofrecer estrategias para que sean aún más independientes y funcionales. La labor de un psicólogo que asuma ser parte de los procesos de inclusión es comprender qué es lo que realmente necesitan para la vida y no solamente preocuparse por enseñarles contenidos académicos con los que quizás no se puedan relacionar de forma significativa como sí podrían con el entendimiento de cómo bañarse sin la ayuda de un adulto, por ejemplo.

El llevar a cabo este trabajo le exigirá al psicólogo una labor de acompañamiento y búsqueda de las necesidades del niño con TEA, su adecuado acompañamiento le dará la oportunidad de potencializar las cualidades habidas.

Existe gran diversidad de métodos de intervención para niños con TEA en la escuela que abordan diferentes problemáticas y muy precisas, pero no todos los métodos le son funcionales a todos los niños. Es importante que antes de escoger un método se conozca y se lleve a cabo primero una fase de acercamiento y conocimiento del niño, esto permitirá que se haga una adaptación más apropiada desde el área educativa.

Finalmente, las acciones terapéuticas ante este trastorno requieren aptitudes de los profesionales de los equipos interdisciplinarios de atención temprana, a la que hay que añadir competencias profesionales específicas y la empatía necesaria para sintonizar con el niño y con la familia.

Referencias

- Agrela, B. (s.f). Prácticas inclusivas de aula regular en escolares. Universidad de Carabobo. Recuperado de <http://observatorioperu.com/2013/Mayo/Educacion%20Inclusiva%2014.pdf>
- Ainscow, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas: ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Madrid: Narcea Ediciones
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44. Recuperado en 08 de febrero de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100006&lng=es&tlng=es.
- Alcantud Marin, F. (2013) *Trastorno del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR* Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2014) *DSM-V Development*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B6-ryBrlW-AXNFpJQ241S3d5LW8/view>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Amodia de la Riva, J., Andrés, M. (s.f) *Trastorno de Autismo y Discapacidad Intelectual*. Capítulo III. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo03.pdf

- Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de asperger. *Revista de Neurología Clínica*. Recuperado de http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=176Aspectos%20neurocognitivos%20del%20S%EDndrome%20de%20Asperger
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger*. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós
- Barton, M. Volkmar, F. (1988) How commonly are known medical conditions associated with autism?. *Journal of Autism and Development Disorders*, 28 (4), 273-278.
- Bareño, C. (2015) *Inclusión educativa: fundamental para el tratamiento integral del trastorno del espectro autista (TEA)*. Recuperado de <http://repository.poligran.edu.co/bitstream/10823/742/1/Inclusion%20Educativa%20para%20TEA.pdf>
- Bender, L., Maslow, A. (1965) *Trastornos mentales y emocionales*. Primera edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós.
- Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S. & Velez, C. (2012) Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*. Tomado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2074>
- Cardoze, D. (2010) *Autismo infantil redefinición y actualización*. Tomado de http://consulta.meduca.gob.pa/04unad/DNEE/page/doc/REDEFINIENDO_Y_ACTUALIZANDO_EL_AUTISMO_INFANTIL.pdf
- Calle de Medinaceli, J., & Utria, O. (2004) *Trastorno de asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536311.pdf>

- Charman, T., Baird, G. (2002) *Practitioner Review: Diagnosis of autism spectrum, disorder in 2 – and 3 – year – old children*. J Child Psychol Psychiatry No. 43. P. 289–305.
- Cook, E. y Leventhal, E. (1996). *The serotonin system in autism*. En Current Opinion in Pediatrics, 8: 348-54.
- Cederlund, M., Hagberg, B., Gillberg, C. (2010) Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems. Res Develop Disabilities. Caycedo, S. (13 de enero de 2006). Hospital Central de la Policía. Obtenido de http://www.acnweb.org/acta/2006_22_2_91.pdf
- Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (s,f) *¿Qué es el autismo?* Recuperado de <http://www.conadis.gov.ar/autismo/index.htm>
- Correira, S. (2013) *Autismo: Características e intervención educativa en la edad infantil*. Trabajo fin de grado. Intervenciones psicoeducativas. Madrid: Universidad Internacional de Andalucía.. Recuperado de http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000368.pdf
- Felici, M. (2005).
- Coto, M. (2007) Autismo infantil: el estado de la cuestión. *Revista Ciencias sociales*. Recuperado de <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/116/coto.pdf>
- Cuxart, F. (2000) *El autismo aspectos descriptivos y terapeuticos*. Ediciones Aljibe. Recuperado de <http://www.autisme.com/autisme/documentacio/documents/El%20autismo.pdf>
- Escobar, M., Caravaca, M., Herrero, J., Verdejo, M. (s.f) *Necesidades educativas especiales del alumnado con trastornos del espectro autista*. Tomado de <http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/hecho-19.pdf>

- Etchepareborda, M. (2001) Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología clínica*. Recuperado de <http://www.lafun.com.ar/PDF/9-pncog.pdf>
- Espectro Autista (sf) *Criterios Diagnósticos*. Recuperado de <http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-5>
- Escuela de educación especial San Martín de Porres (sf) *Modificación de la conducta en niños con autismo*. Recuperado de: <http://www.feathouston.org/Spanish1.pdf>
- Fernández-Mayorales, M., Fernández- Perrone, A., Fernández- Jaén, A. (2013) *Trastornos del espectro autista*. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. Tomado de http://apapcanarias.org/files/november13/Revision_Autismo_I.pdf
- Frith, U. (2003). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Alianza Editorial,
- S.A.Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Revista Salud mental*, 257-261.
- Fonseca, R. (1987) Procedimiento para demostrar la validez y la efectividad de los procedimientos de investigación. *Revista Educación (U.C.R)* Vol. 3 No. 1 y 2. Pp. 37-38
- Heredia, J. (2010) *Terapias psicoeducativas en el trastorno de los TEA*. Recuperado de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUAN_HEREDIA_1.pdf
- Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. (2004) *Trastornos del espectro autista Una publicación que responde a las “preguntas más frecuentes” planteadas en el autismo*. Recuperado de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_16ra.pdf
- JIMENEZ, P. y VILÀ SUÑÉ, M. (1999): De educación especial a educación en la diversidad. Málaga: Aljibe.

- Hernández, J., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios- Antón, S., Fuentes-Biggi, J. (2005) Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista (I). *Rev Neurol* 237-245. Recuperado de: www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/09/04._guideteccioTEA.pdf
- Hernandez, M.J., Ruíz, B., Martín, A. (2011) *Déjame que te hable de los niños y niñas con autismo en tu escuela*. Madrid: Teleno Ediciones.
- Horner, R. (2002) Using Punishment: A Commentary. *Journal of Applied Behavior Analysis*. No. 4. University the Oregon.
- Hofvander, B, Delorme, R, Chaste, P. (2009) Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC psychiatry*. P. 9 - 35.
- Howlin, P., Baron Cohen, S. y Hadwin, J. (2006) *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás*. Barcelona: Ceac.
- Hunter- Watts, C. (s.f) *Método A.B.A Modificación de conductas en niños con autismo*. Recuperado de <http://www.feathouston.org/Spanish1.pdf>
- Instituto de investigación de enfermedades raras (2009) *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista*. Recuperado de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/material_complementario/m4/Evaluacion_de_la_eficacia_IPTEA.pdf
- Johnson, C., Myer, S. (2007) Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Journal Pediatrics* 120 (5).

- Luque, B. (2012) *Concientización sobre el autismo*. Tomado del blog <http://www.unr.edu.ar/noticia/4735/concientizacion-sobre-el-autismo>
- Marshesi, A. (1996). *La escuela que incluye las diferencias, excluye las desigualdades*. Congreso de CEAPA sobre necesidades educativas especiales. Madrid: Popular.
- Martos-Pérez, J. (2006) Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Rev Neurol*, No. 2. Colombia
- Mahler, M. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires. Editorial Marymar.
- Medinaceli, J. U. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 517-530.
- Millá, M., Mulas, F. (2009) Atención temprana y programas de intervención Específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología Suplemento 2*. Pp 47-52. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S047.pdf>
- Ministerio de sanidad y política social (2009) *Guía de prácticas clínicas para el manejo de Pacientes don Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria España*. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dautismo+guia_resumida.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271579362127&ssbinary=true
- Molina, E. (2003). *Guía práctica para la integración escolar de niños con necesidades especiales*. Mexico: Popular.

- Mora, P. (2013). Retos y estrategias para la convivencia: el síndrome de asperger y el contexto escolar y familiar. *Revista de Orientación Educativa*, 51-61.
- Muñoz-Yunta, J. P. (2006). Autismo: Identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colombiana*.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*.
- Obando, M. (2009) Experiencias de los cuidadores de niños y niñas con autismo en una institución. Bogotá, marzo a abril de 2009. Tomado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis15.pdf>
- Paluszny, M. (1987). *Autismo: Guía práctica para padres y profesionales*. Mexico: Trillas.
- Perez, M. (S.f) *Trastorno del espectro autista (TEA)*. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30496/1/TEA.%20Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>
- Proyecto Salud (2011) *Autismo*. Recuperado el 08 de febrero de 2016 de <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=351>
- Riviere, A. (1997) Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. Tratamiento y definición del espectro autista II: anticipación, flexibilidad y capacidad simbólica. En A. M. Riviere, El tratamiento del autismo. *Nuevas perspectivas*. Madrid: Imsero-APNA.
- Riesgo, R., Michelin, M., Ranzan, J., Bragatti, M., Ohlweiler, L. (2013) *Actualización en Neurología Infantil IV. Evolución de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista*. Recuperado el 08 de febrero de 2016 de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802013000500004&script=sci_arttext&tlng=en#ref

Ruggieri, V., Arberas, C. (2007) *Trastornos generalizados del desarrollo aspectos clínicos y genético*. Recuperado de

<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v67n6s1/v67n6s1a06.pdf>

Ruggieri, V. (2006) Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. *Revista de neurología*. Suplemento 3. Recuperado de

<http://www.neurologia.com/pdf/web/42s03/us03s051.pdf>

Rogel - Ortiz, F. (2004) *Autismo*. Recuperado de

<http://scielo.unam.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf> Stahlberg O, Roderstrom H,

Temas de enfermería (24 de abril de 2012) Método Son-Rise para niños afectados por el espectro autista: ¿De qué se trata? ¿Cómo comienza? [Web log post]. Recuperado de

<http://temasdeenfermeria.com.ar/2012/04/metodo-son-rise-para-ninos-afectados-por-el-espectro-autista-de-que-se-trata-como-comienza/>

Tortosa, F. (s.f) Intervención educativa en el alumnado con trastornos del espectro autista. [en línea]. Recuperado de

file:///C:/Users/Monareta/Desktop/tesistrabajo/psi%20y%20auti_033M/Intervenci%C3%B3n%20TEA.pdf

UNSAM (2010) *Educación especial encuentros y desencuentros en los discursos y las práctica*. Tomado de

http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/ruedes/ACTAS_RUEDES_XIX.pdf

- Vargas, M., Navas, W. (2012) Autismo Infantil. *Revista Cúpula*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art5.pdf>
- Vain, P. (2003). *Educación Especial: Inclusión Educativa- Nuevas de Exclusión*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Vivanti G. y Pagetti D. (2013) New definition of autism in the DSM -5. *LINK No. 60*
Recuperado de <http://www.autismeurope.org/files/files/link-autism-60-3.pdf>
- Zander, E. (2005) *Introducción al autismo*. Recuperado de http://83.241.200.202/gn/export/download/af_oversattningar/Introduktion_om_autism_spanska.pdf