

**CAPITULO II**  
**MARCO TEORICO**

## I. MARCO TEORICO

### 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL AUTISMO INFANTIL

El concepto del autismo infantil ha sufrido diferentes modificaciones en el transcurso de los años, desde que Kanner (1943) lo definiera por primera vez. En la primera mitad de este siglo ya se habían descrito casos de niños y niñas con un trastorno mental grave. Sin embargo, eran diagnosticados como una demencia precoz, esquizofrenia infantil, entre otros.

Kanner hizo avanzar los criterios diagnósticos al definir este síndrome haciendo hincapié en las conductas infantiles específicas y diferenciando la de los criterios de los adultos.

Kanner definió el autismo infantil como una “innata alteración autista del contacto afectivo”.<sup>1</sup> Dio especial relevancia a los déficit interpersonales, incluyéndolos en su descripción, estos pasaban en un segundo lugar lo que indujo en años posteriores a definir el autismo infantil en términos de creencias emocionales y dificultades en las relaciones sociales.

Hasta los años 60 (sesenta) no se dio un salto cualitativo en el desarrollo y profundización del concepto del autismo infantil. Rutter discrepó de Kanner quien en su redefinición del autismo infantil plantea un origen orgánico cerebral, aunque concibe al autismo infantil como un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños y niñas autistas y específicos de este trastorno.

De esta manera va posponiendo a un segundo plano la concepción Kanneriana del síndrome como un trastorno socioafectivo.

En un intento por llegar a un consenso interprofesional y no en base a datos científicos, la National Society for Autistic Children de Estados Unidos, elaboró una definición ponderada por un comité técnico en 1977. Al igual que Rutter, hace referencia a un síndrome conductual cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

Actualmente sigue vigente la controversia sobre si son los factores cognitivos o los socioafectivos los rasgos esenciales en el diagnóstico del autismo infantil. No obstante quizá sea esta falta de acuerdo la que ha puesto de manifiesto que el trastorno autista afecta a una amplia gama de áreas del desarrollo cognitivo además de la afectiva, lo que ha llevado a un amplio acuerdo grupal que se plasmó en el DSM-III (Manual de Psiquiatría), al considerar al autismo infantil como un “trastorno generalizado del desarrollo”,<sup>2</sup> con la finalidad teórica de alejarlo definitivamente de la psicosis. De allí es que se han establecido como rasgos primarios tanto los factores socioafectivos como los cognitivos y conductuales, intentando recoger de esta forma las diferentes concepciones que se tenían del autismo infantil hasta ahora.

---

<sup>1</sup> <http://www2.adi.uam.es/~snaper/cap6.html>

<sup>2</sup> <http://aut.tsai.es/scripts/articulo/smuestra.idc.?n=scarano6#ADULTOS>

De igual manera que el diagnóstico de autismo infantil ha constituido una controversia a lo largo de la historia, la atención educativa de estos niños y niñas también lo ha sido.

Las escuelas de Educación Especial del país no escapan de enfrentarse a este tipo de síndrome para proporcionarle su atención educativa, encontrándose que no cuentan para ello con personal capacitado, ya que en El Salvador únicamente el Centro de Inválidos Múltiples (CIM), dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), cuenta con un programa especializado en la atención educativa de los niños y niñas con autismo infantil.

Dicho programa inició por el año 1993, con el objetivo educativo de ayudar a los niños y niñas a superar sus discapacidades primarias, reducir o eliminar los problemas conductuales secundarios, mejorar los niveles de autosuficiencia, ayudar a que obtengan de su vida la mayor satisfacción y disfrute posible.

Desde sus orígenes al programa de autismo del CIM, ha evolucionado, de tal manera que durante el año 2001 se atiende un total de 32 niños y niñas, ubicados en el espectro del autismo a quienes se les brinda las siguientes terapias:

- Terapia educacional, ésta es una terapia de apoyo a todo el proceso de habilitación en donde se trabaja el área pedagógica y social mediante el plan de visitas a diferentes lugares: centro turísticos, supermercados, restaurantes, etc.
- Terapia musical, mediante ésta se trabajan marchas, rondas, expresión corporal y facial, coordinación motora gruesa, baile, sensibilidad, entre otros.
- Terapia de integración multisensorial, su objetivo es estimular los diferentes sensores para que el niño y niña pueda organizar adecuadamente los estímulos que recibe.

Se han percibido cambios en los niños y niñas con autismo más que todo en el aspecto social ya que ha habido necesidad de exponer al niño y niña a grandes cantidades de gente, de ruidos y puede decirse que su respuesta ha sido favorable. Al principio se les dificultaba adaptarse a las terapias por los cambios en las actividades; las primeras semanas hacían berrinches, se rehusaban a trabajar, mostraban agresividad. Ahora los niños y niñas permiten mayor contacto físico, visual, incluso verbal aunque no sea establecer conversaciones pero repiten, si ven algo lo nombran.

Entre los logros podrían mencionarse que se ha llegado a romper su rutina, eliminar algunos movimientos estereotipados. Se ha tratado de no forzar al niño y niña sino de darle el estímulo que necesita.

## **1.2 DEFINICION DE AUTISMO INFANTIL**

La terminología autista se deriva del griego “autos” y significa “uno mismo”.<sup>3</sup> Empleado por vez primera por Bleuler (1911) para referirse a un desorden mental que persiste en algunos pacientes esquizofrénicos. A pesar de que fue Bleuler el primero en utilizar el vocablo autista, es el psiquiatra austríaco Leo Kanner a quien se considera el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil.

---

<sup>3</sup> <http://www.ucm.es/info/psclinic/asignaturas/autisinf.htm>

Para el Dr. Kanner, el autismo infantil es “un síndrome comportamental que se presenta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida”.<sup>4</sup>

### **1.3 ETIOLOGIA DEL AUTISMO INFANTIL**

Aunque no se han determinado aún las causas del autismo infantil se han desarrollado un gran número de teorías, con mayor o menor validez explicativas que desde los diferentes enfoques y modelos intentan aproximarse a las raíces de este trastorno.

Sin embargo, lo seguro es que está quedando en el olvido el modelo psicoanalítico que pretendía responsabilizar a los padres como agentes causantes del autismo infantil. Ya que hipótesis de este tipo resultan hoy en día insostenibles y ningún enfoque científico defiende este tipo de especulaciones etiológicas.

Las teorías explicativas que se conocen actualmente sobre la etiología del autismo infantil se pueden agrupar en dos grandes áreas:

- Un grupo de hipótesis que hace referencia a los factores genéticos y cromosómicos y a las variables neurobiológicas.
- Otro grupo integra las hipótesis que enfatizan los aspectos psicológicos (afectivos, cognitivos, sociales) que subyacen al comportamiento autista.

---

<sup>4</sup> <http://familymanagement.com/facts/spanish/apuntes11.html>

### 1.3.1 HIPOTESIS GENETICAS Y NEUROBIOLOGICAS

En la investigación que aborda el estudio, se clasifica esta hipótesis de los factores genéticos presentes en los trastornos psicopatológicos en dos enfoques:

- En el primer enfoque, se pretende identificar una alteración genética conocida y estudiar el patrón comportamental anormal relacionada con esa determinada alteración genética.
- El segundo enfoque, analiza e identifica un determinado patrón comportamental anormal e investiga la frecuencia con que aparece en la familia, lo que hace inferir la existencia de un marcador genético responsable de una alteración neurobiológica subyacente al patrón conductual identificado como anormal.

Con respecto al autismo infantil se ha venido haciendo ambos planteamientos. Entre los diferentes autores se admite la presencia de una alteración genética en el 10 – 20 por 100 de los casos, con la sospecha de que esta cifra irá en aumento a medida que avance el conocimiento y las técnicas de investigación en el estudio del DNA.

- Los resultados del primer enfoque apuntan a la existencia de diversas anomalías en el cariotipo de algunos autistas, en lo que se ha detectado alteraciones en la mayor parte de los pares cromosómicos (excepto en el 7, 14, 19 y 20). Sin embargo, el síndrome x frágil es la hipótesis genética que más interés ha originado. Plantea una falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma x que afecta a ambas cromátides.

- Desde el segundo enfoque se ha abordado el tema de la herencia genética, que puede hallarse en el autismo infantil. Los resultados demuestran una relativa responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia de autistas en la población general (2 – 4 por 10,000 habitantes) con la frecuencia del trastorno entre hermanos que se sitúa en un 3 – 5 por 100 y si los estudios son con gemelos monocigóticos las cifras aumentan hasta límites altamente significativos.
- En estudios actuales del conocimiento sobre la etiología del autismo infantil que manifiestan los modelos inmunológicos, han llevado a cabo diversos planteamientos a raíz de los hallazgos que ha habido en este campo. El virus de la rubéola parece ser el proceso infeccioso que más se ha detectado en casos de autismo infantil, aunque también se han descrito casos de autismo infantil asociados a infecciones intrauterinas y postnatales causadas por diferentes virus (citomegalovirus, sífilis, herpes simples, etc.).
- En relación con las relaciones metabólicas, son diversas las causas que se han detectado como posible etiología del autismo infantil. La enfermedad metabólica que ha tenido mayor confirmación es la fenilcetonuria, relacionada por primera vez con el autismo infantil por Friedman (1969) quien encontró un 92 por 100 de los casos con esta alteración metabólica.

En la actualidad, el hallazgo que ha encontrado mayor interés es la existencia de la hiperserotoninemia, detectada en algo más del 25 por 100 de los casos de autismo infantil, con una alta correlación con historia familiar de hiperserotoninemia. Sin embargo, existe una gran controversia en torno a esta cuestión, ya que se ha encontrado hiperserotoninemia en una gran diversidad de trastornos sin sintomatología autista.



- También, desde la neuropsicología se han planteado hipótesis distintas. Unos autores abogan por una disfunción cortical primaria como factor causante de las alteraciones autistas, mientras que desde otro enfoque se postula la disfunción primaria del tronco cerebral como variable etiopatogénica. Si tenemos en cuenta las modernas técnicas de exploración neuroimagen, las hipótesis caminan de la mano de la técnica utilizada. Esto es, dependiendo de la capacidad exploratoria de la técnica, parece que se detecta una alteración o disfunción diferente. Sin embargo, si bien no se puede rechazar la evidencia de que existen todas estas alteraciones psicobiológicas, sigue siendo cuestionable el papel que juegan todas ellas en la etiopatogenia del autismo infantil.

Planteadas las hipótesis anteriores se concluye que:

1. El trastorno se encuentra en el sistema nervioso de los niños y niñas y no en el ambiente o en sus padres, y
2. Existe una amplia heterogeneidad biológica que causa diferentes subtipos de autismo infantil, o por el contrario, las técnicas y las metodologías actuales no han logrado dar con la causa primaria común a todos los autistas. Sin embargo, están de acuerdo la mayoría de autores en los déficit cognitivos que presentan los niños y niñas autistas, y que dan lugar a los déficit comportamentales y de relación social.

### 2.3.2 HIPOTESIS PSICOLOGICAS

La contribución de los modelos psicológicos al estudio del autismo infantil se han centrado en los problemas de comunicación en las relaciones sociales y en los déficit cognitivos subyacentes. Aunque en los años sesenta y setenta se llevaron a cabo intentos explicativos tan desiguales como la hipótesis parental del enfoque etiológico de Tinbergen y Tinbergen (1972), que postulaba como variable etiopatogénica un estado básico motivacional de activación que se explicaba en función de las pautas de crianza de los padres, hemos de reconocer que ha sido el modelo cognitivo el gran propulsor en el conocimiento de los déficit psicológicos que están presentes en el autismo infantil.

En estos últimos años se han retomado los tres viejos planteamientos:

1. La teoría socioafectiva, inicialmente defendida por Kanner (1943) y replanteada por Hobson (1983, a, b, 1984).
2. La teoría cognitiva defendida por Leslie, Frith y Baroncohen, entre otros.
3. Teoría cognitiva-afectiva propuesta por Mundy, Sigman, Urgerer y Sherman (1986).

En resumen, estas tres hipótesis planteadas intentan explicar el problema de la comunicación y de la conducta social de los niños y niñas autistas. La hipótesis afectiva considera primaria la alteración en el proceso de vinculación afectiva en las primeras fases del desarrollo.

La hipótesis cognitiva considera a la capacidad metarepresentacional como variable primaria. Y la tercera hipótesis, denominada cognitiva-afectiva, intenta conjugar las dos posturas anteriores, al considerar que la alteración reside tanto en la capacidad cognitivo-

social para reconocer que el otro tiene un estado mental propio (teoría de la mente), como en la habilidad afectivo–empática asociada para compartir un interés común por los objetos con otra persona.

Hobson (1984) postula en su teoría que la alteración en la comunicación que sufren los niños y niñas autistas es primariamente afectiva. Parte de que el ser humano, desde que nace, está orientado a lo social, lo que le da la capacidad de comprender que las emociones son algo más que la cognición, por lo que esos estados mentales pueden ser percibidos directamente a partir del lenguaje no verbal gestual. Esta percepción de los estados mentales es lo que Hobson denomina empatía no inferencial, que se puede entender como un proceso propugnado biológicamente para comprender las emociones. Por tanto, el niño y niña aprende a concebir las cosas, al modo de los adultos, mediante reacciones afectivas que entabla con ellos.

La teoría de Hobson (1989) se puede sintetizar en cuatro axiomas:

1. Los autistas carecen de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas.
2. Tales relaciones personales son necesarias para la configuración de un mundo propio y común con los demás.
3. La carencia de participación de los niños autistas en la experiencia social tiene dos consecuencias relevantes:
  - a) Un fallo relativo para conocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones, etc.
  - b) Una severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir, pensar simbólicamente.

4. La mayor parte de los déficit cognitivos y del lenguaje de los niños y niñas autistas son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.

La hipótesis cognitiva propuesta por Leslie y Frith (1989) y Leslie y Happé (1989) postula que los problemas sociales y de comunicación de los niños y niñas autistas se deben a un déficit cognitivo específico, en concreto a una alteración en lo que estos autores denominan capacidad metarepresentacional, con la que intentan dar explicación a los procesos subyacentes al desarrollo normal que están alterados en la comunicación y en las relaciones sociales de los niños y niñas autistas. La capacidad metarepresentacional es la responsable de que los niños y niñas puedan desarrollar el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros.

Sin embargo, la evidencia experimental ha demostrado que también existen otras habilidades que no implican metarepresentaciones, y se encuentran alteradas en los niños y niñas autistas; como en las habilidades comunicativas prelingüísticas o en las habilidades de apreciar significado de las expresiones afectivas o por ello, deben existir otros mecanismos distintos del metarepresentacional que se alteren previamente.

La hipótesis cognitivo-afectiva critica esta cuestión de forma implícita al postular que las dificultades comunicativas y sociales de los niños y niñas autistas tienen su origen en un déficit afectivo primario, que se halla estrechamente relacionado con un déficit cognitivo, también primario. Estos dos déficit son los que causan dificultades en la apreciación de los estados mentales (teoría de la mente) y emocionales de otras personas, dificultades que están en la base de la alteración del proceso de interacción, lo que explica

los fallos que muestran los niños y niñas autistas en la comunicación, la conducta social y el juego simbólico.

Las críticas que ha recibido la hipótesis cognitivo–afectiva, sobretodo por parte de los defensores de la hipótesis cognitiva, se centran tanto en el déficit afectivo como en el déficit en percibir contingencias, ya que una dificultad en procesar expectativas de contingencia implicaría que los autistas fuesen difíciles de condicionar, algo que la evidencia empírica ha rebatido en sucesivos estudios.

En posteriores reformulaciones de la teoría socio–afectiva sus defensores descartan la hipótesis del procesamiento de contingencias y postulan como responsable de la alteración en la atención gestual conjunta la existencia de un déficit en la regulación de la activación, que alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, por tanto, también se vería alterada la atención gestual conjunta, así como la comprensión de los estados mentales y afectivos.

## **2.4 CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO INFANTIL**

Se pueden observar en los niños y niñas con autismo infantil diversas características o impedimentos que a continuación se detallan:

### 2.4.1 ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SOCIAL

Los problemas que presentan los niños y niñas autistas en su conducta social es quizás el rasgo más conocido no sólo en la comunidad científica que investiga la problemática autista, sino también entre la sociedad. Así, cuando se habla de un niño y niña autista, la imagen que se viene a la cabeza es la de un niño y niña extravagante, encerrado en sí mismo, que no habla ni juega con nadie, como si viviera únicamente consigo mismo, ignorando el resto del mundo, incluso a sus padres y hermanos.

El desarrollo de la conducta social del niño y niña autista va produciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Está claro que el déficit social más evidente en los primeros años de vida, de ahí que la mayoría de las descripciones sobre las alteraciones sociales de los niños y niñas autistas se refiere a las primeras etapas de la vida de estos niños y niñas y no a las etapas posteriores en las que se produce una frecuente variabilidad de estas alteraciones a lo largo del desarrollo. La compleja variabilidad observada en el comportamiento social llevó a algunos autores a proponer subtipos de autismos en función de la alteración social predominante en el niño y niña.

“Wing y Gould (1979), establecieron tres patrones distintos de relación social a partir de su estudio epidemiológico:

- Aislado: que evita la interacción de forma activa;
- Pasivo: que soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.

- Activo pero extravagante: que interactúa de un modo extraño o excéntrico”.<sup>5</sup>

Estos estudios han dejado claro que no todos los autistas muestran el mismo tipo de alteración social, dado que muchos hacen intentos más o menos exitosos de acercamiento social, aunque utilizando estrategias inadecuadas.

A pesar de estas pautas diferenciales, algunas conductas específicas de los niños y niñas autistas como la ausencia de contacto con los demás (o un menor contacto) y carencia de vínculo con los padres. Parece como si no necesitaran a sus padres. Con frecuencia, estos niños y niñas no gritan para llamar la atención como lo hacen los niños y niñas normales, no buscan el contacto afectivo (besos, ternura) y nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en sus brazos. Un ejemplo gráfico es cuando un niño y niña autista se hace daño, rara vez acudirá a sus padres para que lo conforten. Incluso aunque esté ausente el contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses; parece como si la otra persona fuese un objeto que él utiliza para un fin determinado. Un niño y niña autista puede subirse en el regazo de su madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto. Es como si la madre ejerciese la función de ser una silla para alcanzar el objeto.

“Otra de las características esenciales del autismo infantil, reflejada de igual forma por Kanner (1943), Rutter (1978) e incluso en el DSM–IV (1994), es la preocupación que tiene el niño y niña autista por preservar la invariabilidad del medio”<sup>6</sup> Estos niños y niñas muestran, con frecuencia, una hipersensibilidad al cambio. Manifiestan una gran resistencia

---

<sup>5</sup> <http://inter-dec.com/autista.htm>

<sup>6</sup> <http://www.deltanet.com.ar/apna/autismo.htm>

a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales, respondiendo a estos cambios con fuertes berrinches, incluso autolesionándose y oponiéndose sistemáticamente a cualquier clase de cambio. Esta exigencia de invariabilidad se puede ver en la reacción de estos niños y niñas ante cambios como por ejemplo, que una silla de la cocina de su casa esté desplazada unos centímetros o que las cortinas estén abiertas. En ocasiones, los niños y niñas autistas desarrollan ciertas preocupaciones ritualistas, tales como insistir en comer siempre determinado alimento, utilizar el mismo recipiente para beber, llevar siempre los mismos zapatos, memorizar calendarios e incluso normas. Rituales en los que invierte una gran cantidad de tiempo a diario.

#### **2.4.2 ALTERACIONES DEL LENGUAJE**

En la mayoría de los casos, la primer sospecha que tienen los padres de que su hijo(a) tiene algún problema surge cuando detectan que el niño y niña no muestra un desarrollo adecuado del lenguaje. No es de extrañar que con frecuencia sean los especialistas del área del lenguaje (logopedas, audiólogos, psicólogos del lenguaje, etc.) los primeros en atender las demandas de los padres de los niños y niñas autistas, que aún no llegan a comprender el alcance del problema que muestra su hijo(a).

La comunicación intencional, activa y espontánea, que suele desarrollar el niño y niña normal desde los 8-9 meses se ve muy perturbada o limitada en los niños y niñas autistas. La falta de sonrisa social, mirada a las personas, gestos y vocalizaciones comunicativas son varias de las características más evidentes de su conducta. Estas dificultades se hacen aún más patentes a partir del año y medio o dos años de edad, en la



que los niños y niñas normales hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas. Los niños y niñas autistas que llegan a hablar lo hacen de forma característica, con unos patrones lingüísticos cualitativamente diferentes de los niños y niñas normales y de los niños y niñas con otros trastornos del habla. Además, un alto porcentaje de autistas, se estima entre un 28 y 61 por 100, no adquiere el lenguaje expresivo nunca. De esta población, sólo un 5 por 100 presenta una capacidad intelectual suficiente para adquirir el lenguaje, aunque con déficit muy graves de comprensión y mutismo.

En los autistas hablantes se presentan diversas alteraciones lingüísticas:

a) Inversión pronominal:

Cuando el niño y niña se refiere a sí mismo utilizando tú o él, como por ejemplo, cuando quiere pedir algo:

¡Mamá, él quiere un caramelo!

b) Ecolalia: es la repetición de las palabras o frases dichas por los demás, puede tener lugar inmediatamente después de un tiempo de demora (ecolalia retardada), que puede ser de horas e incluso días, lo que produce en ocasiones las respuestas propias de una ecolalia retardada estén alejadas del estímulo original y resulten absolutamente extravagante.

La ecolalia, como tal, no es específica de los niños y niñas autistas. El desarrollo del lenguaje normal incluye una fase en la que se pueden observar conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses de edad. Pero cuando persiste más allá de los 3-4 años empieza a considerarse patológica.

Además de estas dos alteraciones, que quizá sean las más conocidas, el niño y niña autista presenta muchos otros fallos tanto o más graves que los anteriores.

- c) Alteraciones fonológicas: alteraciones de la voz, esto tiene unas características esenciales que le dan calidad y peculiaridades en cada caso: timbre, tono, intensidad, modular.

Sus alteraciones originan la rinolalia y la disfonía (afonía, si hay pérdida total de la voz). El origen puede ser de tipo neurológico, endocrino, metabólico, laringeo, respiratorio, auditivo, psíquico, o por uso defectuoso de los órganos fonatorios.

- d) Semánticas: los niños y niñas con autismo infantil presentan trastornos en el significado de las palabras.

- e) Defectos en la articulación: hay trastornos articulatorios que existen con una incapacidad para emitir correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. Como resultado de una alteración de los mecanismos sensorio-motores de la elocución.

Los defectos de la articulación se dividen en: dislalias y disartrias.

- f) Monotonía: existencia de igualdad en el tono de voz.

- g) Labilidad en el timbre y en tono de voz: hablan agudos inesperados.

- h) Alteración del lenguaje receptivo: Presentan dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, etc. además cuando hablan, con frecuencia no lo hacen con propósitos comunicativos. Su uso del habla como medio de conversación es limitado, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea inmediato.
  
- i) Lenguaje expresivo no verbal (gestual): se encuentra alterado. Se observan diferencias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y esterotipias, además de alteración ausencia de contacto ocular. Incluso el habla de los autistas con menor grado patológico que han alcanzado un lenguaje relativamente sofisticado, muestra una carencia de emoción, imaginación, abstracción y una literalidad muy concreta.

### **2.4.3 ALTERACIONES MOTORAS**

Otra característica de los niños y niñas autistas, incluida en los criterios diagnósticos, hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. Parece ser que la estereotipia refleja un déficit creativo asociado al autismo infantil. Sin embargo, no están nada claro aún los factores subyacentes a este problema, puesto que también se observa este tipo de problema en otros trastornos del desarrollo, como el retardo mental.

La conducta estereotipada, también denominada conducta autoestimuladora, ha sido descrita como un comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, sin otra función aparente que proveer al niño y niña de retroalimentación sensorial o cinestésica. Estas

conductas pueden incluir movimientos de balanceo rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, giros de cabeza, aleteos de brazos o manos, o posturas extravagantes. Dentro de la motricidad más fina, este comportamiento puede incluir miradas a ciertas luces, observar la mano en cierta postura, mirar de reojo, girar los ojos o tensar los músculos del cuerpo. También se observan estereotipias motoras con materiales, como observar insistentemente un objeto giratorio, dar vueltas a una cuerda, etc. En todos estos comportamientos parece que el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva.

Está claro que las conductas estereotipadas muestran un papel de especial relevancia en los niños y niñas autistas. La mayoría de estos niños y niñas emplean la mayor parte de su tiempo en estos comportamientos. De hecho, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandone estas actividades. Diversos autores confieren a las conductas estereotipadas la responsabilidad de interferir en la responsividad del niño y niña y en la adquisición de conductas normales. Mientras el niño y niña autista está entregado a la conducta autoestimuladora, se observa una total irresponsividad ante otros estímulos ambientales que no sean implicados en la conducta estereotipada.

Las conductas autolesivas suponen no sólo otra característica más de las alteraciones motoras que se observan en los niños y niñas autistas, sino que es la alteración más dramática que presentan estos niños y niñas (aunque no es una característica exclusiva de los autistas, ya que también se pueden observar en niños y niñas con retardo mental o en los adultos con esquizofrenia). La conducta autolesiva implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Los ejemplos más conocidos de conducta autolesiva en los niños y niñas autistas son golpearse en la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, las piernas, arrancarse el pelo, arañarse la cara y

autobofetarse. Incluso se han relatado casos de haberse arrancado las uñas a mordiscos o hundirse los ojos.

La conducta autolesiva tiene daños tanto directos como indirectos. Si dicha conducta es demasiado peligrosa para la vida del niño y niña, será necesario obligarles físicamente para prevenirla. Si la contracción se alarga demasiado puede originar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño y niña (acortamiento de los tendones, detención del desarrollo motor, etc.) Como resultado de la no utilización de sus miembros. Otro daño secundario es que esta conducta reduce y condiciona el desarrollo psicológico y educativo del niño y niña.

#### **2.4.4 ALTERACIONES COGNITIVAS**

A pesar de la falta de acuerdo que existe entre los autores, parecen coincidir en que existe un déficit generalizado en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo. Los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc., se hallan claramente alterados en estos niños y niñas.

Existen dos procesos cognitivos presentes en los niños y niñas con autismo infantil: capacidad intelectual y la atención y sensopercepción.

##### **a) Capacidad intelectual:**

Hasta hace pocos años se tenía la visión de que el niño y niña autista tenía una inteligencia normal; su buena memoria automática, la ausencia de anormalidades físicas, etc., parecían apoyar la hipótesis de Kanner (1943). Sin embargo, los datos acumulados hasta el presente sugieren lo contrario. Ritvo y Freeman (1978) indican que

aproximadamente un 60 por 100 de los niños y niñas autistas presentan un CI por debajo de 50, un 20 por 100 entre 50 y 70, y un 20 por 100 de 70 o más. Parece ser que los niños y niñas autistas obtienen mejores resultados en los tests que miden habilidades manipulativas o bisoespaciales y memoria automática, y registran un rendimiento significativamente inferior en tareas que requieren un procesamiento secuencial. Parece claro que los autistas procesan la información de forma cualitativamente diferente a los sujetos no autistas. Una evidencia de este proceso diferencial se comprueba en el análisis de sus habilidades especiales, o también llamadas por los investigadores cognitivos islotes de habilidad. Esto es las capacidades intelectuales que con frecuencia permanecen extraordinariamente intactas y en algunos casos son superiores a los autistas. Es de todos conocidos la habilidad que tienen algunos de estos niños y niñas para memorizar listados, como la guía telefónica. Por ejemplo se pudo ver en la película Rain Man como se enfatizaba en las habilidades nemotécnicas del protagonista, un autista cuarentón, que era capaz de memorizar las cartas de póker que habían salido en el juego y predecir la probabilidad de aparición de una carta, o cuando realizaba mentalmente operaciones matemáticas complejas sin ayuda externa.

b) Atención y Sensopercepción:

Una característica esencial del autismo infantil es la respuesta anormal que estos niños y niñas tienen ante la estimulación sensorial. Sin embargo, a pesar de la cantidad de datos aportados sobre esta alteración conductual, no se puede concluir que se trate de un problema perceptivo, sino más bien de sus procesos atencionales, que son cualitativamente diferentes del resto de los sujetos. Un niño y niña autista puede no responder a un ruido intenso y responder melodramáticamente al oír el ruido que se produce al pasar una hoja de la revista. De la misma forma, puede no ver un objeto claramente visible y advertir un

caramelo que se encuentra a más distancia, o un hilo tirado en el suelo. Esta anomalía en la respuesta del autista se suele dar también en otras modalidades sensoriales como el olfato y el tacto. Pero de igual forma que con los estímulos visuales y auditivos parecer ser más una consecuencia de los procesos sensoriales que de los perceptivos. “Diversos estudios han demostrado que los niños y niñas autistas responden sólo a un componente de la información sensorial disponible, lo que llaman hipersensibilidad estimular. Por tanto aunque los autistas pueden tener una estrategia perceptiva característica, parece claro que es más que una consecuencia de los procesos atencionales, que harían referencia a una presunta rigidez hiperatencional, y no a una alteración específica de los procesos perceptivos”.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> <http://www2.adi.aum.es/~snaper/cap6.html>

## **2.5 PREVALENCIA**

El autismo infantil tiene lugar en 2 a 4 niños y niñas por cada 10.000 (ó 0.02 a 0.04%) menores de 12 ó 15 años. Empieza antes de los 30 meses de edad, pero los padres pueden no apreciarlo, según sea de agudo y según la gravedad.

### **2.5.1 CLASE SOCIAL**

Muchos estudios indican una gran representación de clases superiores, pero trabajos más recientes no han confirmado esta distribución. En los últimos 20 años se ha hallado una creciente proporción de casos en las clases sociales más bajas. Esto puede deberse a un mayor conocimiento del síndrome y a la mayor disponibilidad de personas de salud mental para las clases inferiores.

## **2.6 CLASIFICACION DEL AUTISMO INFANTIL**

Los primeros investigadores del autismo infantil consideraron a este síndrome como una clasificación de los siguientes trastornos:



### 2.6.1 ESQUIZOFRENIA

El grave problema de relación, el uso del lenguaje de manera tan inapropiada e idiosincrásica y la impresión general de que los niños y niñas tienen un buen potencial intelectual, parecían diferenciar el síndrome autista de otras perturbaciones psiquiátricas y del retardo mental. Parecía más razonable cambiar la actitud de que debía existir un período de ajuste previo al desarrollo de la esquizofrenia y, como lo sugirió Kanner (1949), ver el autismo infantil temprano como la manifestación más temprana posible de la esquizofrenia.

La esquizofrenia en la niñez muestra la más alta incidencia en dos grupos de edades:

- La primera incidencia más alta ocurre con anterioridad a los dos años y medio.
- La segunda en la adolescencia. La primera puede ser representativa del autismo infantil y la segunda de los inicios de la esquizofrenia. Por tanto, las edades de inicio de estos síndromes son diferentes y no hay una continuidad entre tales inicios.

Las alucinaciones y los delirios de la esquizofrenia, tan característicos, no los son del autismo infantil, y de hecho resultan muy raros (Rutter 1974). También se encuentran algunas diferencias demográficas entre estos síndromes:

Los padres de niños y niñas autistas muy rara vez son esquizofrénicos, pero existe una incidencia del 10 por 100 de padres esquizofrénicos entre las personas que padecen de esta alteración; la proporción por sexos también es diferente, pues el autismo infantil resulta más común en los hombres (4 – 1), mientras que la esquizofrenia muestra una proporción igual entre hombres y mujeres.

### **2.6.2 RETARDO MENTAL**

Frecuentemente se asocia con el autismo infantil, pero no con la esquizofrenia, a medida que aparecieron estudios sobre niños y niñas autistas se encontró que muchos de ellos(as) se incluían en el rango de retardo mental, surgió la cuestión de si debía o no agruparse al autismo infantil con la clasificación del retardo mental.

Ha surgido una controversia al tratar de delimitar el autismo infantil del retardo mental. Dado que los niños y niñas autistas, frecuentemente, dan muestras de poseer un CI bajo y como los niños y niñas con retardo mental normalmente muestran conductas peculiares, surge la pregunta de si el autismo infantil debería considerarse una variante del retardo. En este caso, las respuestas parecen algo más sencillas, pues, en primer lugar, no todos los niños y niñas autistas son retardados(as) y en segundo lugar, el grado de retardo no puede explicar el retardo del niño y niña, dado que la mayoría de los niños y niñas retardados(as) no son autistas. Así, parece ser que el autismo infantil podría estar presente a la par que el retardo, pero no es un tipo de retardo mental o el resultado de éste.

### **2.6.3 ALTERACIONES PSICOTICAS DE LA NIÑEZ**

Según lo que ahora se sabe del autismo infantil, ésta parece ser una clasificación aceptable, pues la psicosis no implica etiología y puede resultar de una disfunción orgánica o ser una alteración funcional. La psicosis se describe simplemente como el funcionamiento mental desequilibrado en la adaptación y la percepción de la realidad lo suficiente para interferir de manera importante con la capacidad de la persona de enfrentarse a la vida cotidiana; por tanto, el autismo infantil es una forma de psicosis.

### **2.6.4 DEFICIENCIA DEL DESARROLLO**

A este respecto, investigaciones recientes en el área de la etiología del autismo infantil han aportado evidencias suficientes de que existen desajustes orgánicos. En la actualidad, la mayoría de los investigadores piensan que un defecto en el Sistema Nervioso Central, causan el suficiente déficit cognoscitivo para evitar la capacidad de aprendizaje del niño y niña autista en su relación normal con el ambiente; estos desajustes son un tipo de deficiencia del desarrollo.

La mejor y más razonable manera de clasificar el autismo infantil es el empleo de un enfoque multiaxial propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfoque que combina una clasificación descriptiva con otra funcional. Básicamente, el sistema incluye tres ejes:

1. El primero especifica el síndrome clínico.
2. El segundo, el nivel intelectual.

3. El tercero, cualquier asociación o factores etiológicos psicosociales.

## **2.7 ETAPAS DEL AUTISMO INFANTIL**

El autismo infantil se divide en 3 etapas las cuales se detallan a continuación:

### **2.7.1 INFANCIA**

Frecuentemente, los padres de los niños y niñas autistas no advierten problemas en el primero o segundo año de vida del niño y niña, pues el bebé parece normal en todos sentidos. De manera retrospectiva, los padres describen a sus hijos(as) como excepcionalmente atractivos, con un adecuado período inicial de conducta responsiva feliz. Después, generalmente antes del tercer año de vida, ocurre una regresión en la que el niño y niña pierde todas las habilidades que había adquirido y empiezan a aparecer algunos de los síntomas típicos del autismo infantil.

Sin embargo, muchos padres de niños y niñas autistas notan casi desde el nacimiento la diferencia de su bebé con uno normal, aunque no pueden señalar con exactitud en qué consiste esa diferencia, y sólo manifiestan sentimientos vagos de que algo no marcha bien desde la primera infancia de su hijo(a). Frecuentemente, esta diferencia de otros bebés es cierta falta de respuesta social.

En los niños y niñas con desarrollo normal, una de las primeras señales de la conducta social es la sonrisa. A partir de un mes de edad, los bebés suelen sonreír al ver el rostro de un adulto o ante su voz, y ya para los dos meses esta respuesta debe encontrarse

bien constituida; no obstante, un niño y niña autista puede parecer feliz y contento, pero su sonrisa no es social, pues ocurre como respuesta a lo que ve, a lo que escucha y a otros estímulos, pero no en respuesta a los cuidados que recibe del adulto.

El bebé normal reacciona con rapidez ante la faz de su madre; sonríe y explora su rostro al mirarla y tocarla y trata de introducir sus deditos en los ojos, nariz y boca de su madre. El niño y niña autista rara vez mira a su madre, y es característico que no establezca contacto visual con ella, y que falle también en la exploración de sus rasgos. De la misma manera, este niño y niña no reacciona con llanto cuando su madre se aleja, ni ríe cuando ella se acerca. La mayoría de los bebés normales muestran una angustia extraña alrededor de los ocho meses de edad.

Antes de ese tiempo, casi todos los bebés le sonríen a cualquiera, pero entre los seis y ocho meses empiezan a mostrar cierta aprensión ante los extraños y suelen llorar cuando alguien desconocido trata de tomarlos en brazos. El niño y niña autista parece no diferenciar a las personas familiares de las extrañas, parece estar desinteresado en las personas en general y no responden con placer a la familia ni con muestras a estrés a los extraños.

Igualmente, un niño y niña autista no da muestras de conducta lúdica, ni revela postura anticipatoria alguna al ser levantado en brazos, ni se entretiene con los juegos que frecuentemente realizan los niños y niñas pequeños(as) normales, juegos como las “escondidillas” o las “tortillitas”, en que la mayoría de los niños y niñas de un año intervienen sin problemas, parecen no causar interés a los niños y niñas autistas; parecen gozar más bien de juegos que los estimulan sensorialmente, como las cosquillas, ser

lanzado al aire o el “caballito” sobre el hombro de alguien, pero ninguno de estos juegos requiere interacción personal.

Los padres de los niños y niñas autistas frecuentemente señalan que su hijo(a) era muy “bueno” cuando pequeño(a), lo cual se debe a que prefería jugar solo(a). A menudo, el(la) pequeño(a) se concentra en la observación de algo (una luz) o en un ruido, o él(ella) mismo(a) puede crear sus propias visiones o sus propios ruidos al permanecer mirando durante horas un dedo ondulante frente a su cara o rascando la sábana de su cama. Puede quedar totalmente absorto por medio de la estimulación de su propio cuerpo al mecerse o golpearse la cabeza contra algo. La autoestimulación y este gusto por los objetos, que son sumamente estereotipados, resultan mucho más notables después; sin embargo, aún en la infancia, el niño y niña autista muestra muy poca curiosidad, ya que no explora su ambiente y prefiere, en vez de ello, jugar con objetos de manera repetitiva o estimular su propio cuerpo.

La segunda piedra angular en el desarrollo psicosocial del bebé es la vocalización, que normalmente suele aparecer a partir del segundo mes de edad, y a los tres meses la mayoría de los bebés ya articulan sonidos. Al principio estos sonidos pueden ser solo chillidos o balbuceos pero hacia los seis meses, el bebé ya emplea estos sonidos para “hablar” con los demás o con sus juguetes. Para los siete u ocho meses de edad, estos sonidos empiezan a incluir consonantes definidas, como “ma – ma” o “da – da”, y hacia los 10 meses, estos sonidos ya se relacionan con una persona específica. Para el año de edad, el niño y niña promedio puede hacer gestos cuando quiere algo, y empieza a agregar expresiones verbales adicionales a sus primeras palabras (aunque siga diciendo mamá y papá), y los padres se dan cuenta de que el niño y niña puede entender mucho más de lo que

puede decir, como órdenes simples (“dame”, o “di adiós”), que no sólo se comprenden sino que además se demuestran.

El bebé autista no da señales de este desarrollo social, ni muestra un lenguaje apropiado ni trata de comunicarse, ya sea por medio de gesticulación o imitación. El problema del habla en el niño y niña autista es primordial: el(la) pequeño(a) parece incapaz de entender o responder al lenguaje; sin embargo, este problema puede no llegar a advertirse sino hasta mucho más tarde. El bebé puede llegar a aprender una o dos palabras y usarlas de manera repetitiva e indiscriminada. Los padres y el pediatra observan que hay lenguaje, pero no se dan cuenta de que el niño y niña lo usa de modo inapropiado, y pueden no preocuparse de estos aspectos del desarrollo del lenguaje, sino que hasta que el niño y niña ya tiene tres o cuatro años de edad.

En contraste con la deficiencia del desarrollo psicosocial, los elementos fundamentales del desarrollo motor en la mayoría de los niños y niñas autistas normalmente son como se espera. Parece no haber retraso alguno en las señales del desarrollo motor, aún cuando este desarrollo normalmente manifieste un ligero retardo; por ejemplo, la mayoría de los bebés son capaces de sentarse entre los siete y ocho meses de edad y empiezan a caminar ceca de los doce meses, mientras que el niño y niña autista puede sentarse tal vez, a los nueve meses de edad y empezar a caminar entre los trece o catorce meses. Ocasionalmente, los niños y niñas autistas muestran un desarrollo motor temprano, como empezar a caminar a los nueve o diez meses de edad; sin embargo, este desarrollo no es completamente normal, pues el niño y niña puede caminar de puntas o girando o mostrar una postura poco común mientras permanece de pie; pero a medida que el niño y niña

aprende a caminar, las peculiaridades de su marcha se hacen a un lado y se consideran rasgos inmaduros que el niño y niña habrá de superar con el tiempo.

### **2.7.2 NIÑEZ TEMPRANA**

A medida que el niño y niña autista empieza su segundo y tercer año de vida, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos problemas. La falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente, pues la mayoría de niños y niñas de esta edad siguen activamente a su madre por todas partes, la imitan y exploran sus alrededores, pero el niño y niña autista parece no darse cuenta de las personas dentro de su ambiente y se siente contento en extremo si puede jugar solo o si se le permite jugar de manera repetitiva con algún juguete o cualquier otro objeto, y pueda pasar horas en dar vueltas a un juguete o en verlo rodar. Este juego es estereotipado, repetitivo y no muestra variación alguna; el juguete se emplea de manera idiosincrásica, sin relación con su verdadera función, y si este juego es interrumpido o se interfiere con él de alguna manera, el niño y niña hará el más terrible de los berrinches.

Los movimientos corporales repetitivos, como mecerse o golpearse la cabeza contra algo, que se veían ya desarrollados en la infancia, resultan más significativos y empiezan a llamar la atención de los padres la aparente carencia de reacciones al dolor del niño y niña. Asimismo, el niño y niña puede mostrar falta de respuesta a otros estímulos, aparejada con una hipersensibilización a otros; por ejemplo, el niño y niña puede ignorar un ruido fuerte, pero parecer fascinado o aun miedoso ante sonidos como los que hace el papel cuando se arruga o el de la comida que se fríe. De manera similar, muchos niños y niñas autistas



parecen especialmente fascinados por los objetos que dan vuelta, y así el girar o dar vueltas a su propio cuerpo tiene para ellos una atracción especial; esto pueden repetirlo al mismo tiempo que palmea con las manos, o que se mecen cuando están excitados. Algunas veces, esta excitación al igual que los berrinches, parece presentarse sin provocación, el niño y niña ríe o grita sin razón evidente y ocasionalmente llora, pero muchos padres de niños y niñas autistas dicen que el llanto acompañado de lágrimas es algo que llegan a ver muy rara vez.

El adiestramiento del control de esfínteres suele ser un verdadero problema con los niños y niñas autistas. Sólo con mucho esfuerzo, la mayoría de los niños y niñas llega a ser capaz de ir al baño con mayores o menores dificultades a la edad de tres años; pero los niños y niñas autistas dan muestras de mayor resistencia al control de esfínteres. Algunos pueden adiestrarse a temprana edad, pero muestran persistencia de evacuaciones sobre la ropa o conductas similares mucho tiempo después de que fueron adiestrados.

La mayoría de los niños y niñas muestran hábitos alimentarios regulares aproximadamente a los dos años, pero los niños y niñas autistas pueden dar señal de ciertas peculiaridades en el tipo o en la cantidad de alimentos que comen, pueden llegar a evitar cierto tipo de comida, como la leche, pero consumir de manera esporádica o rutinaria grandes cantidades de otro tipo de alimentos.

La comunicación, sobre todo mediante la destreza del lenguaje mejora continuamente, es muy notoria en la mayoría de los niños y niñas que han cumplido los dos años; en esa edad, el niño y niña normal promedio empieza a utilizar pronombres, como “mío”, “yo” o “tú”, y entre los dos y tres años de edad emplea el “sí” y el “no” de manera rutinaria. Estos niños y niñas pueden referirse a ellos mismos por su nombre y nombrar

varios objetos en los libros de láminas, así como dar muestras del dominio de los conceptos abstractos mediante el lenguaje. Los conceptos abstractos aún son simples, pero significativos en la continua comprensión del niño y niña de sí mismo y del mundo que lo rodea; por ejemplo, la mayoría de los niños y niñas de tres años ya pueden distinguir en una lámina si el personaje es niño o niña, de la misma manera que ya tiene su propia identidad sexual. Empiezan a usar proposiciones, a nombrar los colores y aprenden a contar; pero, aún más importante, si no pueden hacer todo esto, los niños y niñas entre los dos y tres años de edad pueden gesticular si la comunicación verbal les resulta insuficiente para indicar a sus padres lo que desean.

Una característica de los niños y niñas autistas es dar muestras de problemas en el desarrollo del lenguaje. Es posible que el habla se halle presente, pero no se emplea como forma de comunicación, y los pronombres, si los hay, se usan al revés; por ejemplo, si se pregunta a un niño y niña autista: “¿quieres un vaso con agua?”, contestará “tú quieres agua”, y por lo general no usa el pronombre yo.

Los niños y niñas autistas suelen emplear el no, pero el sí nunca lo utilizan o lo usan muy rara vez, y la ecolalia –o sea, la repetición exacta de lo que dijo el adulto –es la respuesta más frecuente de estos niños y niñas.

Tales problemas con el lenguaje implican a toda el área de la comunicación. El niño y niña autista comúnmente no hace mímica, ni gesticula, ni usa entonaciones de la voz, ni intenta transmitir una intención comunicativa de alguna otra manera, ya sea verbal o mediante gestos del cuerpo, en contraste con un niño y niña normal de dos años, quien puede tomar un vaso vacío para indicar que tiene sed, o puede jalar la falda de su madre y conducirla hasta el refrigerador o al grifo. El niño y niña autista de dos años suele trepar

sobre el objeto o emitir alaridos, sin dar a su madre la menor guía de qué es lo que desea. Aun cuando presenta una mínima cantidad de gesticulación, no logra ser comunicativo; por ejemplo, puede ser que el niño y niña autista sacuda su manita en señal de decir adiós, pero el significado de este acto no está relacionado con el hecho de que alguien parte en realidad. Es muy frecuente que el(la) pequeño(a) autista grite sin cesar (aparentemente porque quiere algo) y de repente se detenga con brusquedad, dejando a sus padres totalmente confundidos acerca de lo que deseaba.

### **2.7.3 NIÑEZ TARDIA Y EDAD ESCOLAR**

Cuando el niño y niña autista tiene tres o cuatro años de edad, su familia, el médico familiar, y aun los parientes y amigos, se preocupan por el desarrollo tan poco común de ese niño y niña. Las áreas con problemas que ya se hicieron notar en la infancia y en la niñez temprana, paulatinamente resultan más evidentes a medida que el niño y niña crece y muestra conductas desviadas del patrón de desarrollo común a los niños y niñas de su misma edad.

Cuando cumplen cuatro años, la mayoría de los niños y niñas muestra mayor independencia y socialización. Se visten solos(as), comen solos(as), comunican sus deseos y necesidades de manera verbal y juegan con otros niños y niñas, no sólo de manera paralela, sino que además cooperan y esperan sus turnos. En contraste, el niño y niña autista suele mostrar conductas poco típicas en la alimentación y en el vestir, continúa actuando de manera aislada, sin socializar con otros niños y niñas y prefiere jugar solo(a).

Las conductas rituales y estereotipadas pueden estar presentes en el acto de vestirse y desvestirse, e igualmente el niño y niña autista gusta de tener todos sus objetos en el mismo lugar, y ante el menor cambio en su ambiente rutinario y cotidiano cae en berrinches o en períodos de angustia extrema. Es como si tal niño y niña recordara los más mínimos detalles y como si el más mínimo cambio en uno de dichos detalles pudiera precipitar una calamidad.

La comunicación verbal continúa siendo uno de los problemas principales a medida que los niños y niñas autistas crecen. La habilidad para el lenguaje de un niño y niña autista entre los tres o cuatro años puede estar ausente por completo, en forma de ausencia de comprensión y de incapacidad para desarrollar algún lenguaje expresivo, pero frecuentemente se observa cierto desarrollo del lenguaje, aunque esté perturbado. El niño y niña autista puede mostrar una ecolalia demorada y repetir monólogos largos (como los anuncios comerciales de la televisión), pero no puede emplear ese lenguaje para comunicarse. Los niños y niñas normales, frecuentemente, también memorizan los anuncios de la televisión, pero esta memorización es diferente, ya que en ellos se observa la habilidad para sustituir una palabra por otra o para parafrasear toda una parte del discurso, lo cual indica que entienden una parte del material que repiten. El niño y niña autista no tiene esta capacidad: repite el mensaje tal cual es y puede observarse también que el tono y la entonación varían entre el niño y niña normal y el(la) autista. Cuando el niño y niña normal repite algo, normalmente imita el tono original de lo escuchado, mientras que el niño y niña autista repite el enunciado pero con el mismo patrón de entonación que él(ella) emplea, sin poder imitar la entonación de lo que escuchó.

Algunos niños y niñas autistas tienen un repertorio verbal para comunicarse muy limitado, y aunque logren expresarse, una vez más es posible notar distorsiones en forma de reversión de pronombres, repetición de preguntas o de sus propias vocalizaciones (como un eco de ellos(as) mismos(as)). Aun si existe cierto lenguaje verbal, no hay una comprensión abstracta del mismo. Algunas veces, estos patrones poco usuales cambian a medida que el niño y niña autista se desarrolla, pero estas idiosincrasias suelen persistir.

## **2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL AUTISMO INFANTIL**

Si bien el autismo infantil no ha sido definido con exactitud debido a la infinidad de causas que se le pueden atribuir, puede ser confundido con otra diversidad de problemas.

Los niños y niñas atraviesan una etapa normal del autismo infantil, donde el mundo gira sobre sí mismo y reacciona en base a sus percepciones fuera de contexto, pero, entre los 3 y 6 meses abandonan esta etapa.

Dada la heterogeneidad con que se manifiestan los casos de autismo infantil, la cantidad de síntomas o características conductuales, las controversias existentes, las cuales son menesteres para la formulación del diagnóstico autista.

Este puede aparecer oculto con otros trastornos infantiles. Algunas veces como producto de una patología anterior como la rubéola congénita, esclerosis tuberculosa, encefalopatía, lipoidosis cerebral o neurofibromatosis, en otros casos el autismo infantil se asocia a otros trastornos como Síndrome de Down, o con crisis epilépticas que se presentan en la adolescencia.

“El autismo infantil puede diferenciarse al menos de siete características diagnósticas:

- Esquizofrenia infantil
- Disfasia evolutiva
- Retardo mental
- Privación ambiental
- Síndrome de Rett
- Síndrome de Asperger
- Trastornos infantiles desintegrativos

Toda esta fuente de heterogeneidad conlleva problemas al diagnóstico del autismo infantil ya que este trastorno comparte ciertas características primarias con las alteraciones infantiles”.<sup>8</sup>

#### ❖ **ESQUIZOFRENIA INFANTIL:**

Para muchos autores el autismo infantil fue considerado como una manifestación temprana de la esquizofrenia. Esta es una categoría diagnóstica que reúne una gran cantidad de trastornos infantiles.

Actualmente, existen importantes diferencias, en cuanto al tratamiento del niño y niña esquizofrénico(a) tiene mejores resultados con el tratamiento psicofarmacológico, mientras que los niños y niñas autistas responden satisfactoriamente a los tratamientos psicoeducacionales.

---

<sup>8</sup> <http://inter-dec.com/autista.htm>

Se han propuesto las siguientes diferencias:

- El autismo infantil se considera un trastorno profundo del desarrollo y la esquizofrenia es un trastorno mental.
- La sintomatología esquizofrénica es más grave y posterior a un período de normalidad; en el autismo infantil se presenta desde la primera infancia.
- Ambas parece que se apartan del mundo y presentan conductas extrañas debido a lo cual pueden ser confundido.
- El autismo infantil es una falta de integración social, mientras que la esquizofrenia es una desintegración psicológica.

❖ **DISFASIA EVOLUTIVA:**

En esta alteración infantil se presenta un cierto retraso en la adquisición del lenguaje y la articulación, por lo cual los infantes disfásicos comparten con los autistas diversidad de síntomas relacionados con la adquisición del lenguaje. Entre los que se destacan:

- La ecolalia
- La inversión pronominal
- Los déficit de seriación
- Déficit en la semántica

Son visibles, además, problemas sociales en los niños y niñas disfásicos(as) por causa de sus problemas de lenguaje. Los déficit que presentan los(as) autistas en el lenguaje son más graves y complejos que los problemas de los niños y niñas disfásicos, pues

estos(as) pequeños(as) conservan su capacidad comunicativa mediante el uso del lenguaje no verbal, dan a demostrar sus emociones y son capaces de realizar juegos funcionales.

#### ❖ **RETARDO MENTAL:**

La confusión entre la deficiencia mental y el autismo infantil es común; la diferencia radica en que el retraso psicomotriz en el niño y niña débil mental es definitivo y está establecido.

Por otra parte el desarrollo desigual de habilidades en el(la) autista se presenta un desempeño cercano a lo normal e implica habilidades memorísticas, relaciones espaciales y musicales en contraste de la ejecución subnormal de las pruebas verbales.

La capacidad intelectual entre autistas mentalmente retrasados es el denominador común. Los niños y niñas con deficiencia mental muestran un pobre rendimiento en las funciones intelectuales de adquisición, mientras que los niños y niñas autistas pueden tener conservadas y potenciadas las habilidades no relacionadas con el lenguaje, como:

- Música
- Matemáticas
- Manualidades

#### ❖ **PRIVACION AMBIENTAL:**

La privación ambiental es un agente causante de problemas y déficit en el desarrollo infantil. De esta manera, la privación maternal, el abandono, los abusos y maltratos, así como la institucionalización pueden provocar efectos desconsolables en el desarrollo



infantil. A pesar de que estos niños y niñas reflejan déficit en diversas áreas, como la psicomotricidad, el habla, la afectividad, etc. Al ser situados en un ambiente estimulador comienzan a recuperar esas habilidades aparentemente perdidas, no sucedido en los niños y niñas autistas, que en la mayoría de los casos no recuperan esas habilidades deficitarias.

**❖ SINDROME DE RETT:**

Es una evolución de múltiples déficits específicos que aparecen después de un período normal de desarrollo. Es un trastorno exclusivo del sexo femenino.

Los niños y niñas con este síndrome presentan un desarrollo normal hasta los seis u ocho meses, pérdida progresiva del habla y de la función manual, ausencia de lenguaje, microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento y pérdida de peso, contacto ocular presente, a veces muy intenso, mientras que el autismo infantil aparece en la primera infancia, las habilidades previamente adquiridas se mantienen, el desarrollo físico es normal en la mayoría de los casos, en algunas ocasiones ausencia de lenguaje. Si está presente, patrones peculiares, trastornos comunicativos no verbales, y el contacto ocular es inadecuado.

**❖ SINDROME DE ASPERGER:**

Este síndrome es quizá el que más problemas acarrea en cuanto a su validez nosológica. No está demostrado hasta qué punto es una entidad diferente del autismo infantil o subtipo del trastorno autista, ya que ambos presentan déficits cualitativos comparables. Una descripción empírica plantearía que los niños y niñas de Asperger parecen autistas de alto nivel, éstos, sin la afectación en el desarrollo del lenguaje.

El diagnóstico del Síndrome de Asperger requiere la manifestación de falta de empatía, estilos de comunicación alterados, intereses intelectuales limitados y con frecuencia, vinculación idiosincrásica con los objetos.

Se plantea como criterio diferencial del autismo infantil la adquisición del lenguaje y el desarrollo cognitivo que con frecuencia son normales en los niños y niñas con

Síndrome de Asperger, quienes tampoco presentan los problemas de comunicación asociados al autismo infantil.

Aún estos datos clínicos no pueden considerarse como definitivos y se hace necesario, más que en ningún otro caso, nuevas investigaciones con el fin de clarificar y especificar si el Síndrome de Asperger presenta a una variedad subclínica del autismo infantil o alguna categoría diagnóstica completamente diferente.

#### ❖ **TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL:**

En el trastorno desintegrativo infantil el criterio esencial es la manifestación de una regresión profunda y desintegración conductual tras los 3 ó 4 años de un aparente desarrollo normal, aunque las clasificaciones nosológicas adelantan la edad hasta los 2 años al menos. Con frecuencia se observa un período de malestar.

Al que se asocia la presencia de irritabilidad inquietud, ansiedad y una relativa hiperactividad; período al que sigue la pérdida del habla y del lenguaje, de las habilidades sociales, alteración de las relaciones personales, pérdida de interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos.

Existe un evidente solapamiento de este trastorno con la sintomatología del autismo infantil. La importancia de estos casos de aparición tardía radica en la frecuencia con que este trastorno va asociado a alteraciones neurológicas progresivas (ya sean congénitas o adquiridas) como la lipoidosis o la leucodistrofia.

El DSM-IV ha agrupado en tres grandes áreas los criterios relacionados con las conductas psicopatológicas:

- En la primera se hace referencia a las diversas alteraciones que ocurren en las relaciones sociales, haciendo énfasis en el cómo de la alteración más que en el cuánto.
- El segundo grupo de conductas psicopatológicas se refiere al déficit en la comunicación, tomando en cuenta tanto el retraso del habla como la desviación o déficit cualitativo de las conductas incluidas en la comunicación.
- El tercer grupo de los criterios diagnósticos abarca tanto los déficits cualitativos como cuantitativos de los modelos comportamentales, significados por los conceptos de repetición y movimientos estereotipados.

### **2.8.1 CRITERIOS DEL TRASTORNO AUTISTA SEGUN DSM-IV**

Los criterios diagnósticos específicos del trastorno mental del autismo infantil son directrices para establecer su diagnóstico.

El propósito del DSM-IV, es proporcionar descripciones claras del síndrome autista y de esta manera brindar un tratamiento adecuado.

“Por lo menos deben estar presentes seis ítems de los puntos (1), (2) y (3), y al menos dos de (1), y uno de (2) y (3):

1. La alteración cualitativa en la interacción social se manifiesta, al menos dos de los siguientes aspectos:

- a) Alteración marcada en el uso de conductas no verbales, tales como la mirada directa (contacto visual cara a cara), expresión facial, posturas corporales y gestualidad para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo, el sujeto no se acerca cuando se le va a dar la mano, se queda inmóvil si se le abraza, no sonríe ni mira a la persona cuando establece algún tipo de contacto social).
  - b) Fracaso para desarrollar relaciones amistosas adecuadas al nivel de desarrollo adquirido.
  - c) Incapacidad para la búsqueda espontánea del disfrute, intereses o logros compartidos con otras personas.
  - d) Carencia de reciprocidad emocional o social.
2. Existencia de alteración cualitativa en la comunicación que se manifiesta, al menos, por la presencia de uno de los siguientes ítems:
- a) Retraso en (o carencia total de) el desarrollo del habla (no va acompañado por un intento de compensar esta carencia mediante modos alternativos de comunicación tales como gestos o mimos).
  - b) En individuos con un desarrollo del habla normal se observa una alteración importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás.
  - c) Uso estereotipado o repetitivo del habla, o uso de un habla idiosincrásica (por ejemplo ecolalia inmediata o repetición mecánica de los anuncios de TV).
  - d) Carencia de los juegos imaginativos o de juegos de imitación social adecuados al nivel de desarrollo.

3. Patrones limitados, repetitivos y estereotipados de comportamiento como los manifestados por al menos uno de los siguientes ítems:

- a) La preocupación, absorbente y estereotipada, por uno o más de los patrones de interés que resulta anormal en la intensidad o focalización.
- b) Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas específicas o rituales, no funcionales.
- c) Manierismos motrices repetitivos y estereotipados (por ejemplo, sacudir o torcer la mano o el dedo, o movimientos complejos del cuerpo).
- d) Preocupación excesiva y persistente por detalles o formas de distintos objetos (por ejemplo, olfatear objetos, examen repetitivo de la textura de los materiales, atención especial al volante de un coche de juguete).

Retraso o funcionamiento anormal desde antes de cumplir los tres años de edad, que afecta al menos a una de las siguientes áreas:

1. La interacción social.
2. La lengua como instrumento de comunicación social o.
3. El juego simbólico o imaginativo.

No cumplir los criterios del trastorno de Rett o trastorno infantil desintegrativo.”<sup>9</sup>

## **2.9 EL CURRÍCULO Y LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

---

<sup>9</sup> <http://www.geocities.com/hotsprings/1305/#diagnosis>

El Ministerio de Educación tiene una responsabilidad concreta en lo que respecta a la formación de los objetivos específicos, directamente relacionados con las necesidades curriculares de los alumnos(as) con necesidades educativas especiales.

Los objetivos específicos deben ser compatibles con los fines generales de la educación y esto también se aplica cuando los objetivos específicos están destinados a satisfacer necesidades de la población con discapacidades cognitivas en diferentes grados.

Ahora bien, si la escala de las necesidades especiales plantea un problema de currículo, también plantea la enorme diferencia entre un estado leve y un grave, dentro de la misma discapacidad.

Se considera que existen necesidades educativas especiales cuando una deficiencia física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de estas, afecta el aprendizaje hasta tal punto que son necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo especial o modificado o unas condiciones de aprendizaje específicamente adaptadas para que el alumno(a) sea atendido(a) eficientemente.

Las necesidades educativas especiales, pueden presentarse en cualquier punto, en un continuo que van desde leves hasta agudos, estas pueden ser permanentes o temporales en los procesos de desarrollo del niño y niña o del adolescente.

### **2.9.1 LA VALORACION DE ASPECTOS CURRICULARES**

La valoración psicopedagógica debe culminarse siempre con:

- a) Una definición específica de objetivos concretos de enseñanza-aprendizaje para el niño y niña evaluado(a).

- b) Una determinación, también clara, de las adaptaciones de objetivos, estrategias o procedimientos de los proyectos curriculares vigentes.
- c) Una consideración de los contextos de aprendizaje y de las actitudes educativas globales con respecto al niño y niña situado en el espectro autista.

Es muy importante, en todo este proceso, tener en cuenta tres aspectos:

1. Con mucha frecuencia, los profesores sienten una considerable carga de angustia e impotencia si no reciben ayudas y orientaciones externas, que les permitan afrontar con serenidad y eficacia las limitaciones funcionales y las alteraciones de conducta de las personas autistas. La relación directa de psicopedagogos y profesores es absolutamente necesaria para el buen fin de la actividad educativa.
2. Las ideas dogmáticas y universalistas sobre el emplazamiento escolar de las personas con rasgos autistas son contraproducentes. No es correcta la afirmación de que “todos los autistas deben tener una educación segregada”, ni tampoco la de que “todos deben integrarse”. Lo que piden los autistas al sistema escolar es diversidad, flexibilidad, capacidad de adaptación, un alto nivel de personalización de la actividad de enseñanza y de las actitudes educativas. Algunos niños y niñas del espectro autista, los de niveles cognitivos y sociales más bajos, o los que tienen alteraciones de conducta más marcada, tienen más oportunidades de aprender en contextos completamente individualizados, de relación uno a uno con adultos expertos. Se trata de condiciones que prácticamente sólo se dan en los centros específicos de autismo infantil. Otros es mejor que acudan a aulas especiales en centros normales, para poder beneficiarse de interacciones lúdicas con niños y niñas normales y al tiempo tener oportunidades más adaptadas e



individualizadas de aprendizaje. Hay niños y niñas autistas que es mejor que “se integren” con niños y niñas retrasados no-autistas, que les proporcionen modelos de interacción y oportunidades de relación que otros autistas difícilmente les darán. Los autistas más capaces pueden integrarse, con apoyo y adaptaciones, en el sistema escolar ordinario, pero no sin asegurar un trabajo con alta calidad por parte del claustro y un apoyo firme a este.

3. La valoración psicopedagógica debe incluir una definición precisa de los recursos de apoyo a la labor educativa. Delimitar, por ejemplo, la posible necesidad de ayuda logopédica, la exigencia de aplicar programas complementarios en psicomotricidad, etc., para ser útil, la valoración psicopedagógica debe ser completa y no deformar o limitar las necesidades especiales de la persona autista. De este modo, una valoración adecuada es el camino que permite pasar desde las posibilidades de desarrollo del niño y niña a su desarrollo real.

### **2.9.2 CRITERIOS DE ESCOLARIZACION DE LOS(AS) ALUMNOS(AS) CON AUTISMO INFANTIL**

El autismo infantil pide al sistema educativo:

1. Diversidad
2. Personalización

Los sistemas homogéneos y los modelos poco individualizados del proceso educativo son incapaces de atender a las necesidades de aquellos niños y niñas cuyo modo de desarrollo se aparta más del “modelo estándar de desarrollo humano”. Por otra parte, dada la enorme heterogeneidad de los cuadros de autismo infantil, debe ser la valoración específica y concreta de cada caso la que indique las soluciones educativas adecuadas. La mera etiqueta de autismo infantil no define, por sí misma, un criterio de escolarización. Hace falta una combinación muy concreta y particularizada, para caso, de varios factores, que deben ser tenidos en cuenta para definir la orientación educativa adecuada.

Algunos criterios de escolarización que deben tomarse en cuenta para niños y niñas con autismo infantil son los siguientes:

1. Capacidad intelectual (en general, deben integrarse los niños y niñas con CI superior a 70 no debe excluirse la posible integración).
2. Nivel comunicativo y lingüístico (capacidades declarativas y lenguaje expresivo como criterios importantes para el éxito de la integración).
3. Alteraciones de conducta (la presencia de autoagresiones graves, agresiones, rabietas incontrolables, deben hacer cuestionar la posible integración si no hay solución previa).
4. Grado de inflexibilidad cognitiva y comportamental (puede exigir adaptaciones y ayuda terapéutica en los casos integrados).

5. Nivel de desarrollo social: es un criterio importante. Los niños y niñas con edades de desarrollo social inferiores a 8 – 9 meses por lo general, sólo tienen oportunidades reales de aprendizaje en condiciones de interacción uno a uno con adultos expertos.

### **2.9.3 FACTORES DEL CENTRO ESCOLAR**

1. Son preferibles los centros escolares de pequeño tamaño y número bajo de alumnos(as), que no exijan interacciones de excesiva complejidad social. Deben evitarse los centros excesivamente bulliciosos y “despersonalizados”.
2. Son preferibles centros estructurados, con estilos didácticos directivos y formas de organización que hagan anticipable “la jornada escolar”.
3. Es imprescindible un compromiso real del personal docente que atienden a niños y niñas autistas.
4. Es importante la existencia de recursos complementarios y en especial del psicopedagogo, con funciones de orientación y de logopeda.
5. Es muy conveniente proporcionar a los(as) compañeros(as) del niño y niña autista claves para comprenderle y apoyar sus aprendizajes y relaciones.

En las primeras fases de enseñanza, o en los casos de niños y niñas autistas con cuadros graves o niveles intelectuales muy bajos, los procesos de aprendizaje sin errores, y no por ensayo y error, son los más eficaces. Se ha demostrado que el aprendizaje por ensayo y error disminuye la motivación y aumenta las alteraciones de conducta.

Para estimular un aprendizaje sin errores es necesario seguir ciertas normas:

1. Asegurar la motivación.
2. Presentar las tareas sólo cuando el niño y niña atiende, y de forma clara.
3. Presentar tareas cuyos requisitos están previamente adquiridos y que se adaptan bien al nivel evolutivo y las capacidades del niño y niña.
4. Emplear procedimientos de ayuda.
5. Proporcionar reforzadores contingentes, inmediatos y potentes.

La necesidad de proporcionar a los niños y niñas autistas ambientes estructurados y contextos directivos de aprendizaje está ampliamente justificada y tanto cuanto más grave es el autismo infantil o más severo el retraso de que se acompaña, puede aumentar las dificultades de aprendizaje de estos niños y niñas.

Se han empleado procedimientos de enseñanza de habilidades en los nuevos contextos.

Sistemas que facilitan reconocer las recompensas de ejercer las habilidades adquiridas en situaciones distintas a las de adquisición y procedimientos de autorregulación.

En los últimos años, se ha desarrollado el uso de “agendas” en los contextos de aprendizaje de los niños y niñas autistas. Se trata de procedimientos que implican el

registro (gráfico o escrito) de secuencias diarias de actividades y frecuentemente el resumen simple de sucesos relevantes en el día. Facilitan la anticipación y comprensión de las situaciones, incluso a autistas de nivel cognitivo relativamente bajo y con los que deben usarse viñetas visuales como claves de organización del tiempo. Las agendas tienen efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños y niñas autistas, favorecen su motivación para el aprendizaje y contribuyen a dar orden a su mundo.

En los casos de autismo infantil, como en otros trastornos o retrasos del desarrollo, sólo debe recurrirse a soluciones de segregación escolar cuando sea muy evidente que las ventajas de los contextos extremadamente individualizados, directivos y específicos son superiores a las de la integración. Esto solo sucede en casos muy graves, de niveles intelectuales muy bajos y que presentan deficiencias importantes de atención, alteraciones de conducta difícilmente controlables o pautas hiperactivas muy difíciles de regular en contextos más naturales de aprendizaje.

#### **2.9.4 PROGRAMAS EDUCATIVOS ESPECIALES**

Los programas para el trabajo educativo de los niños y niñas autistas deben basarse en los resultados detallados de las habilidades intelectuales del niño y niña, de sus déficits sensoriales y cognoscitivos, de su habilidad para el lenguaje, de su madurez emocional y de sus problemas de conducta, basándose en estos resultados se han creado algunos programas especiales para niños y niñas autistas entre los cuales se consideran los siguientes:

##### **1. TERAPIA PARA EL DESARROLLO DEL CENTRO RUTLAND (GEORGIA)**

Un supuesto básico de este programa es que el niño y niña autista necesita más modelos normales. Además de un programa altamente especializado e intensivo en el centro, se pone al niño y niña concurrentemente en otros servicios educacionales de otros programas para niños y niñas. Las clases se realizan cinco días a la semana durante dos horas diarias; además, el niño y niña tiene una experiencia diaria en la escuela y también participa en sesiones estructuradas de terapia con sus padres.

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

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

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

Etapa III: aprendizaje de habilidades para participación en grupo. El énfasis recae en los grupos y en cómo se aplican las reglas a ellos. Se delinean las consecuencias de la

conducta y se intenta aproximarse a la vida real tanto como sea posible; además, se destacan las habilidades verbales para la expresión.

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

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

Este modelo terapéutico es altamente individualizado, y en otra etapa en un área diferente.

## **2. PROGRAMA DE INTERVENCION REGIONAL (RIP)**

Este programa a nivel estatal, realizado en Nashville, Tennessee, para los niños y niñas autistas y sus familias (Wiegerink y Parrish, 1976), se destaca por entrenar a los padres para trabajar con sus hijos en edad preescolar. Se instruye a los padres acerca de los procedimientos de la modificación de conducta para que instruya a su hijo(a), y se utiliza el centro para ayudar a incrementar la interacción social positiva entre el padre o la madre y el(la) hijo(a).

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

una clase para el lenguaje y una clase para la comunidad. Cada salón de clases está diseñado para instruir en áreas específicas del desarrollo.

### **3. PROGRAMA TEACCH DE CAROLINA DEL NORTE**

Emplea a los padres como coterapeutas, y éstos participan en las actividades del salón de clases, además de llevar a cabo actividades de entrenamiento específicas en el hogar.

Cada salón de clases que se localiza en las escuelas de la comunidad, cuenta con un programa educacional diseñado para cinco u ocho niños y niñas. Estos salones de clases modificados y autocontenidos cuentan con programas diseñados para lograr el desarrollo de cada niño y niña. A los niños y niñas se da también la oportunidad de participar en ciertas clases regulares cuando éstas son apropiadas a sus necesidades y a sus habilidades.

De la misma manera, los padres son entrenados por el personal del programa, de tal modo que los enfoques son similares y continuos y se mantiene en todos los aspectos de la vida del niño y niña.

### **4. PROGRAMA DEL CENTRO JUDEVINE**

Se registran cuidadosamente las interacciones padre-niño(a) y padre-maestro(a), y después se analizan y modifican donde sea necesario. La conducta del niño y niña es modificada hacia la conducta que elicite la respuesta que él(ella) quiere, mientras que la conducta del adulto es modificada para alentar la producción de la conducta deseada en el niño y niña y desalentar o extinguir las respuestas inapropiadas.



Las áreas de enfoque del entrenamiento son: a) aspectos físicos (como la ambulación y la manipulación), b) aspectos sociales (como la empatía, la comunicación y la responsabilidad), y c) aspectos intelectuales (como la información, la ideación y la creatividad). El programa de cada niño y niña está basado en los déficits y necesidades en cada una de estas áreas, y las áreas de entrenamiento son separadas en componentes menores y en procedimientos específicos, que se disponen de manera secuencial. El progreso se vigila y controla por medio de criterios definidos; además, en este programa hay expectativas no sólo respecto del niño y niña, sino también de sus padres, sus maestros(as) y otro tipo de personal, los cuales quedan mapeados.

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

## **5. PROGRAMA DE DESARROLLO DEL LENGUAJE**

La técnica básica del programa es el condicionamiento operante, y la base teórica es que el lenguaje se adquiere mediante la habilidad del niño y niña para reconocer ciertos estímulos que le dan lugar a que surja la producción verbal. Estos estímulos pueden ser internos o externos, pero en ambos casos, una vez que se produce una emisión verbal,

ocurre una respuesta. Al tratar a los niños y niñas autistas bajo este programa, se establece un supuesto: “El fracaso del niño y niña autista para adquirir el lenguaje está basado en un déficit de la estructura motivacional”. Por tanto, primero se eliminan las conductas de interferencia y después se construye el lenguaje mediante el empleo del reforzamiento positivo y de la estimulación aversiva, de manera sistemática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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