



**UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ANÁLISIS Y APLICACIÓN
DEL TRATAMIENTO PARA EL AUTISMO: UN ESTUDIO DE CASO.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A
KARLA YADIRA VALLE MARTINEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
LIC. MILTON CARBALLAR GARRIDO**

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. AUTISMO.	5
1.1 Historia	5
1.2 Definición	7
1.3 Descripción de la triada de deficiencias	11
1.3.1 Deficiencias en la interacción social	11
1.3.2 Deficiencias en la comunicación	12
1.3.3 Deficiencias en la imaginación	13
1.3.4 Actividades repetitivas (estereotipadas)	13
1.4 Formas de tratamiento psicológico	15
1.5 Inteligencia y talentos especiales	26
1.5.1 Islotes de capacidad en el autismo	26
1.6 La atención	27
1.7 Sensaciones	28
1.7.1 Los cinco sentidos	29
1.8 Acciones y pensamientos estereotipados	30
1.9 Las rutinas y la rigidez	31
1.10 Etiología	32
1.10.1 Los factores genéticos	33
1.10.2 Los factores de riesgo ambientales	34
1.10.3 El cerebelo en niños autistas	36
1.10.4 El autismo y otros trastornos evolutivos	37
1.10.5 El autismo y la esquizofrenia	37

CAPITULO II. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA?	39
2.1. Principales consideraciones	39
2.2 Método	40
2.2.1 Objetivos de la evaluación	40
2.2.2 Las pruebas	42
CAPITULO III. ¿CÓMO VIVEN LOS PADRES EL TRASTORNO?	46
3.1 La primera impresión	46
3.2 El duelo por el hijo que no está	49
3.3 Los hermanos	53
3.4 Prioridades paternas	55
3.5 Red de apoyo de la familia	56
CAPITULO IV. TRATAMIENTO	57
4.1 Estructura y rutina	57
4.2 Dar estructura y consistencia	58
4.3 Disciplina y manejo de comportamiento	59
4.4 La educación	60
CAPITULO V. ¿QUÉ ES TERAPIA AMBIENTAL?	61
5.1 Autismex	61
5.2 Terapia Ambiental	62
5.3 Objetivos generales	62
5.4 Actividades de Terapia Ambiental	64
5.5 Tratamiento Terapéutico	64
5.6 Sujeto	69
5.7 Antecedentes del caso	69

CAPITULO IV. PROCEDIMIENTO	72
6.1 Primeras observaciones	72
6.2 Secuencias instruccionales	74
CAPITULO VII. RESULTADOS FINALES	76
7.1 Secuencias instruccionales y registro observacional	76
7.1.1 Atención	76
7.1.2 Control instruccional	81
7.1.3 Coordinación motriz	81
7.1.4 Lenguaje	86
7.1.5 Socialización	88
7.1.6 Estimulación sensorial	90
CAPITULO VIII. DISCUSIÓN	92
REFERENCIAS	93

RESUMEN:

Autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida y que incluye alteraciones en conducta, comunicación verbal y no verbal e interacción social y emocional anómala.

Tanto el Autismo de Kanner como el de Asperger tienen en común la ausencia o la deficiencia de interacción social, la comunicación y el desarrollo de la imaginación; también un patrón de actividades e intereses estrecho, rígido y repetitivo, estos aspectos son conocidos como la Triada de dificultades del Autismo que presentan éstos niños.

El Trastorno del Espectro Autista se encuentra localizado en el DSM-IV como Trastornos Generalizados del Desarrollo.

En este trabajo de tesis se presenta un estudio o historia de caso de un niño de 8 años con autismo moderado diagnosticado en el área de Terapia Ambiental del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en la Ciudad de México. También se presenta una breve recapitulación de la historia, etiología y formas de apoyo a personas que están relacionadas a sujetos diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista.

Palabras clave: Autismo, Ausencia, Conducta, Comunicación, Interacción Social, Imaginación, rígido, repetitivo, Triada de dificultades del Autismo, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Historia de caso.

ABSTRACT:

Autism is not a disease but a clinical syndrome, present from the first months of life and that include changes in behavior, verbal and nonverbal communication and social interaction and emotional anomalous.

Kanner autism like Asperger's have in common de absence or inadequacy of social interaction, communication and developmental of imagination is also a pattern of activities and interests narrows, rigid and repetitive, these aspects are known as the Autism triad of difficulties presented by this children.

Autistic Spectrum Disorder is located in the DSM-IV as Pervasive Developmental Disorders.

In this thesis presents a case study of a boy of 8 years with moderate autism diagnosed in the area of Environmental Therapy of the Child Psychiatric Hospital "Dr. Juan N. Navarro" in Mexico City. It also presents a brief summary of the history, etiology, and ways to support people who are related to subjects diagnosed with Autism Spectrum Disorder.

Keywords: Autism, Absence, Behavior, Communication, Social interaction, Imagination, Rigid, Repetitive, Autism Triad of Difficulties, Autistic Spectrum Disorder, Pervasive Developmental Disorders, Case study.

INTRODUCCIÓN:

Uno de los desórdenes de la conducta infantil que más atención ha recibido por su complejidad es el autismo.

El autismo no tiene una etiología definida, pues a pesar de que existe una gran cantidad de estudios desde diversos puntos de vista, ninguno presenta resultados que demuestren las verdaderas causas de dicho Trastorno.

El primer contacto que tuve con la palabra *autismo* no causó mucha impresión en mí, tenía muy poco conocimiento de lo que era este Trastorno pero a medida que le tomaba mayor interés sentía que había una conexión extraordinaria.

Cuando llegué al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para poder realizar mi servicio social, me enteré de que había un área específica para este tipo de trastorno por lo tanto pedí que me permitieran estar en esa área.

Inicialmente sentía mucho miedo y confusión porque no sabía cómo era tratar a los niños con Trastorno Autista; pensaba que eran como lo decían en los libros, que carecían de todo contacto, que se mecían todo el tiempo y que ni siquiera iban a saber quién era yo.

Las primeras veces que di terapia me sentía muy inexperta, claro nunca había estado tan cerca de un niño así; a medida que fue pasando el tiempo y gracias a las psicólogas que estaban en ese momento fui aprendiendo de manera muy práctica el trato con los niños y no sólo con ellos, si no también con los padres que son una parte muy importante en el avance de los niños.

Me di cuenta que los padres realmente estaban muy preocupados por sus hijos, los cuidan mucho y vi lo que sufrieron al enterarse que sus hijos tenían cierta discapacidad.

En fin, me percaté también de que la sociedad sabe muy poco de este Trastorno y tacha a los niños de caprichosos, desobedientes y demás, pero no saben que es más que eso, no es porque los niños quieran ser así sino que es un Trastorno del desarrollo y nada tiene que ver el trato de los padres, como verán más adelante en la investigación.

Por esto me he decidido a mostrar este trabajo de tesis, para dar a conocer lo que es el Trastorno del Espectro Autista (TEA), lo que implica trabajar con estos niños y lo que tienen que pasar los padres de éstos para darles una buena calidad de vida a sus hijos.

En este trabajó me enfoqué principalmente en describir los procedimientos y el tipo de tratamiento que se dio en intervención con un niño autista de 8 años de edad en un periodo de un año un mes.

I. EL AUTISMO

1.1. HISTORIA:

Ahora se acepta generalmente el hecho de que el espectro autista comprende trastornos del desarrollo debidos a disfunciones físicas del cerebro y se sabe mucho sobre las consecuencias en la vida adulta. Mucho antes de esta comprensión del trastorno, se ha encontrado evidencia de que niños y adultos de épocas muy antiguas presentaban rasgos de dicho trastorno, pero eran base de antiguas leyendas como por ejemplo, “niños cambiados por las brujas”, según las que se creía que las brujas robaban a un bebé humano y dejaban a uno encantado.

Una de las historias más trascendentes es la que comenta Uta Frith en su libro *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, la de Fray Junípero, en su historia se demuestra una total incapacidad para comprender las situaciones sociales y los sentimientos de afecto, unida a la exasperación que provocaba en los demás frailes.

Otra de las más interesantes historias relatadas en el libro es la de Víctor, “el niño salvaje de Aveyron”, que fue un niño que habían encontrado viviendo en el bosque como un salvaje; su conducta era muy extraña y no hablaba, se pensaba que la causa era que nunca había tenido contacto humano.

Philippe Pinel no opinaba igual, creía que el niño tenía dificultades generalizadas de aprendizaje desde el nacimiento de este. Pero ahora se sabe que el niño presentaba todas las características que muestran los niños con trastorno del espectro autista.

Leo Kanner, en los Estados Unidos, observó a una serie de niños remitidos a su clínica que tenían un patrón de conducta inusual, al que llamó “autismo infantil precoz”; lo cual lo publicó en su primer artículo en 1943.

En 1944, Hans Asperger, en Austria, publicó un artículo sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta conocido ahora como Síndrome de Asperger.

En 1979 Lorna Wing, gracias a los estudios realizados por Kanner y a las conclusiones de este, llevó a cabo un estudio en Londres, con niños debajo de los 15 años que tenían una dificultad psicológica o de aprendizaje o una anomalía en el comportamiento. En este estudio encontró la naturaleza de las dificultades sociales e identificó lo que llamó “Triada del autismo” de dificultades, ésta es:

1. Dificultad en las interacciones sociales
2. Dificultades en la comunicación
3. Dificultad en la imaginación.

Wing identificó un gran número de niños que presentaban las características del “síndrome de Kanner”, pero también notó que otro número de niños mostraban algunas características similares pero no exactamente como las había descrito Kanner. Por lo tanto, en 1988, Wing utilizó el término “Continuo Autístico” y después “Espectro autista”.

El término “espectro” ha sido muy útil en cuanto a cubrir la definición de autismo basado en la Triada de dificultades y en facilitar algunos acercamientos educacionales para el autismo.

1.2. **DEFINICION:**

El autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida y que incluye alteraciones en conducta, comunicación verbal y no verbal e interacción social y emocional anómala.

Para Leo Kanner¹ (Wing, L., 1996), quien fue el primero en describir el trastorno, el autismo se caracteriza por una serie de rasgos principales:

A. Hay una gran carencia de contacto afectivo (emocional) hacia otras personas.

¹Leo Kanner tomó el término autismo para explicar el comportamiento de once niños bajo su cuidado. Ellos eran incapaces de tener relaciones humanas, indiferentes, con conductas extrañas y repetitivas, apartados de la realidad y viviendo así en su propio mundo.

- B. Intensa insistencia en la similitud de elaboradas rutinas que son muy repetitivas.
- C. Puede haber considerables anomalías en el habla o mutismo total.
- D. Fascinación por objetos y una increíble destreza para manipular éstos.
- E. Altos niveles visoespaciales o memoria mecánica en contraste con las dificultades de aprendizaje en otras áreas.

Otro de los autores más importantes en la descripción de este espectro fue Hans Asperger (Riviere A., Martos J., 2000), que por él se denominó “Síndrome de Asperger”, quien en un estudio que hizo a niños con éste tipo de Trastorno encontró otras características:

- a) Aproximación social a los demás ingenua e inapropiada.
- b) Intereses intensamente circunscritos a determinadas materias o temas.
- c) Charla monótona (monólogos).
- d) Pobre coordinación motriz.
- e) Nivel de capacidad en el límite.
- f) Considerable falta de sentido común.
- g) Niveles medios o superiores pero con determinadas dificultades de aprendizaje en una o varias áreas.

El Espectro de Trastorno Autista se encuentra localizado en el DSM-IV como Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Tanto el Autismo de Kanner como el de Asperger tienen en común la ausencia o la deficiencia de interacción social, la comunicación y el desarrollo de la imaginación; también un patrón de actividades e intereses estrecho, rígido y repetitivo, estos aspectos son conocidos como la triada de dificultades que presentan éstos niños (Wing, 1996).

Las personas con Trastorno Autista no encuentran sentido al mundo y les resulta difícil aprender de la experiencia. Encuentran difícil ubicarse en el tiempo y en el espacio. Son deficientes en su capacidad para distinguir lo importante de lo trivial. En algunos casos se da una indiferencia hacia los alimentos. Unido a esto está la fascinación idiosincrásica por objetos o experiencias concretos, que a otros les parecen triviales y sin sentido.

Se ha hecho saber que las causas de éste trastorno son físicas y no tiene nada que ver con los métodos de crianza de los padres de éstos niños.

La mayoría de los niños tienen un aspecto físico normal. El diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde edad temprana. También depende de la obtención de una historia personal que relacione entre sí toda la información disponible. Lo ideal es que se recopile, por medio de entrevistas con los padres, la historia de la infancia y una descripción de la conducta presente.

La ICD-10 y el DSM-IV² (OMS, 1996) especifican la aparición del trastorno antes de los tres años de edad. Si se presenta el patrón conductual después de esta edad se denomina en estos sistemas como “autismo atípico”. Para el Síndrome de Asperger establecen un desarrollo normal en el habla y en las habilidades adaptativas antes de los tres años. Este tipo de identificación parece complicada debido a que toda la información obtenida para el diagnóstico se basa en los recuerdos de los padres, lo cual no es muy confiable; a menos que se evalúe al niño siendo muy pequeño.

Es mejor diagnosticar basándose en el patrón general, tal como se revela en la historia, más que en un punto de ruptura arbitrario basado en la edad.

El autismo afecta con más frecuencia a los niños que a las niñas, esto es que hay cuatro veces más niños que niñas; aunque las niñas tienen trastornos autistas con menos frecuencia y cuando les afecta es probable que se encuentren en una forma más severa. Se desconocen las razones de las diferencias sexuales. Tal vez los instintos sociales de las niñas son más fuertes que los de los niños.

² Tanto el Trastorno autista como el Síndrome de Asperger están localizados en el DSM-IV con la clasificación de Trastornos Generalizados del Desarrollo.

1.3. DESCRIPCIÓN DE LA TRIADA DE DEFICIENCIAS (Wing, 1996):

1.3.1. Deficiencias en la interacción social:

- Grupo aislado: se comportan como si los demás no existieran. No acuden cuando se les llama; no responden si se les habla; sus rostros pueden estar vacíos de expresión, excepto cuando sienten rabia, pena o alegría. Mira a través o detrás de las personas. No muestra interés o sentimiento si las demás personas sufren. Son indiferentes a sus compañeros o bien se alarman ante ellos.
- Grupo pasivo: no están completamente apartados. No inician la interacción social. Contacto ocular pobre, pero es más probable que sostengan la mirada si se les recuerda que lo hagan. Son los que tienen menos problemas de conducta.
- Grupo "activo pero extraño": realizan aproximaciones activas a otras personas pero lo hacen para pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que les interesan. No prestan atención a los sentimientos o a las necesidades de las personas a las que se dirigen. Se pueden volver difíciles y agresivos si no se les presta la atención que exigen.

- Grupo hiperformal, pedante: se observa en los que son más capaces y tienen un buen nivel de lenguaje. Son excesivamente educados y formales en su conducta. Tratan con todas sus fuerzas de comportarse bien y se manejan ciñéndose rígidamente a las normas de interacción social aunque en realidad no comprenden estas normas y tiene dificultades en adaptarse.

1.3.2. Deficiencias en la comunicación:

Su lenguaje puede ser deficiente o no. El problema está en el modo en que utilizan cualquier lenguaje que hayan desarrollado:

- La utilización del habla: el retraso y las anomalías en el desarrollo del habla son muy normales. Las dificultades varían según su gravedad. Hay algunos que no hablan nunca. La repetición de palabras puede tener poco sentido para el niño ya que este eco vacío se llama “ecolalia”. Podrían también encontrar dificultades con palabras de relación y más adelante utilizarlas en frases pero incorrectamente.
- La comprensión del habla: el nivel de comprensión varía muy ampliamente. Puede parecer que entienden más de lo que lo hacen en realidad, porque utilizan los ojos para obtener pistas de las situaciones. Pueden surgir dificultades si los objetos tienen más de un nombre. Interpretación literal. Reaccionan mal a las bromas verbales porque las toman en serio.

- La entonación y el control de la voz: tienen una entonación extraña que puede ser monótona o de inflexiones inadecuadas. Tienen problemas para controlar el volumen del habla.

1.3.3 Deficiencias en la imaginación:

No desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás. Manejan los juguetes y otros objetos simplemente por las sensaciones físicas. No entran en los juegos imaginativos de otros niños. Las acciones son limitadas y repetitivas, sin inventiva. Son deficientes en la capacidad de compartir ideas con otros y de utilizar la experiencia pasada y presente para hacer planes a futuro (Riviere et al., 2000).

1.3.4 Actividades repetitivas (estereotipadas):

Les sirven para asegurar la tranquilidad repitiendo las actividades que les proporcionan placer:

- Actividades repetitivas simples: están en relación con sensaciones repetitivas. Tocar, oler, sentir, golpear ligeramente, arañar superficies, escuchar ruidos mecánicos (licuadora, lavadora, aspiradora, etc.), mirar fijamente a las luces o cosas brillantes y retorcer y girar las manos o algún objeto cerca de los ojos. Se dan principalmente en niños pequeños.

- Rutinas repetitivas elaboradas: algunos tienen rutinas que ellos mismos inventan. En niños mayores puede tomar la forma de ordenación rígida de sus cosas. Las rutinas, también, se pueden derivar de una actividad iniciada normalmente por los padres. Deben continuar sin ningún cambio.

- Movimientos:

Movimientos estereotipados: se dan en la mayoría de los niños con Trastorno Autista. Incluyen tamborilear con los dedos, aletear con los brazos y las manos, saltar arriba y abajo, girar la cabeza, balancearse al estar de pie, caminar de puntitas.

Son más aparentes cuando el niño está excitado, agitado o enfadado o está contemplando algo que absorbe toda su atención. Cuando están ocupados los movimientos pueden ser mínimos o nulos (Wing, 1996).

1.4 FORMAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Por medio de la educación es probable tratar a los niños para desarrollar sus capacidades hasta el máximo de su potencial y dar a los adultos las oportunidades para hacer uso de las destrezas que de hecho poseen³.

Tratar de estimular la conducta más adecuada y enseñarles simplemente el autocuidado.

Para enseñar nuevas habilidades son especialmente importantes una serie de principios basados en las teorías acerca de cómo aprende la gente. Estos principios son (Wing, 1996):

- La conducta que se recompensa es más probable que se repita. El problema es encontrar aquello que recompense a un niño con un trastorno autista.
- El momento de la recompensa es importante, también, para que el niño la relacione con la conducta.

³ Antes de que se aprobara una ley en 1971 que daba el derecho a los niños a ser educados en la escuela, incluso los discapacitados; muchos de los que tenían trastornos autistas estaban excluidos del sistema educativo, entonces los padres tenían que asumir la tarea de enseñar el trabajo escolar a sus propios hijos. Ahora, los niños pueden asistir a la escuela, sin embargo, el aprendizaje de las habilidades básicas de la vida comienza en el hogar.

- Las nuevas habilidades se aprenden con más facilidad si se desglosan en pequeños pasos sencillos. Como los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) son poco tolerantes ante el fracaso, es importante asegurarse de que pueda tener éxito en cada pequeño paso.

La tendencia a la repetición de acciones previamente realizadas, se puede utilizar con buen resultado en la enseñanza. La dificultad está, en primer lugar en encontrar las formas que fomenten la ejecución de una nueva acción.

- Adquisición de conductas:

Reforzamiento positivo:

Se entiende por el efecto conseguido, con un procedimiento particular, que consiste en administrar una consecuencia tan pronto se emite una conducta determinada. Se distingue porque produce consistentemente un aumento en la probabilidad de presentación de la conducta; es decir, se hace más factible que una determinada conducta se presente con mayor frecuencia en lo futuro. Los reforzadores consisten en lo que se denomina comúnmente como recompensa. Puede ser que el sujeto tenga ya esa conducta dentro de su repertorio pero que la emita con una frecuencia muy baja; por consiguiente, desde el punto de vista funcional, no la posee en la práctica. De ser así, bastará planear una situación en la que se refuerce al sujeto cada vez que emita la acción. El reforzamiento continuo de esa conducta, alterará su probabilidad, y la tornará más frecuente en lo futuro.

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas:

En la mayoría de las veces el sujeto no posee una determinada conducta en absoluto, es decir, jamás ha emitido previamente la respuesta que estamos interesados en reforzar. Se hace uso de un método denominado moldeamiento. El primer paso consiste en definir de la manera más precisa posible cuál es la conducta final que deseamos obtener, pues sin esta definición es particularmente difícil operar con el procedimiento de aproximaciones sucesivas. Una vez que se ha definido dicha respuesta terminal, se comienza por elegir una conducta más amplia dentro de la cual esté incluida la que hemos previsto, o que tenga alguna semejanza formal con ella. Se la refuerza consistentemente hasta que se presente con frecuencia. El paso siguiente consiste en restringir la amplitud de esta conducta y hacerla cada vez más parecida a la conducta deseada, mediante un reforzamiento de índole diferencial.

Este procedimiento promueve la adquisición de nuevas conductas a través de reforzamiento diferencial de respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final prevista. El resultado del procedimiento es una nueva respuesta, muy diferente de aquella a partir de la cual iniciamos el moldeamiento, respuesta que se agrega al repertorio funcional del sujeto.

Imitación:

Para fomentar la adquisición de una nueva conducta existe el procedimiento de imitación. Puede utilizarse únicamente con sujetos que poseen un repertorio conductual mínimo previo, lo cual hace que no siempre sea posible recurrir a él.

En la imitación hay tres aspectos importantes: a) la semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo; b) la relación temporal entre esas conductas, y c) la omisión de instrucción explícita para que el sujeto imite la conducta.

Uno de los problemas fundamentales de la imitación es que la conducta del sujeto debe copiarla del modelo que se le presenta. Es importante aclarar que no es indispensable que las dos conductas sean idénticas. Es suficiente que se parezcan.

La respuesta del sujeto ha de producirse inmediatamente después de la del modelo, o luego de un intervalo muy breve, pues de otra manera, no podrá considerarse en realidad, como respuesta de imitación.

Cuando tenemos un sujeto que imita podemos llevarlo a adquirir toda una variedad de conductas, desde las más simples hasta las más complejas, sin necesidad de reforzarlo. Esto hace que la adquisición sea casi automática cuando se presentan en forma adecuada las conductas del modelo.

La imitación, constituye un procedimiento mediante el cual la conducta del sujeto se coloca bajo el control topográfico y temporal que brinda la conducta de otro sujeto, que funciona así como modelo.

- Mantenimiento de conductas:

En el uso del reforzamiento positivo deben distinguirse dos aspectos diferentes. El primero que se traduce en la adquisición de una nueva conducta, y el segundo, relacionado con su mantenimiento a largo plazo.

El propósito es lograr que una conducta se siga emitiendo indefinidamente incluso bajo condiciones distintas a las de su adquisición, es decir, que no se requiera seguir reforzando siempre cada una y todas las conductas que se presentan.

Reforzamiento intermitente:

Cuando examinamos la aplicación del reforzamiento positivo para aumentar la frecuencia con que se presenta una conducta de probabilidad muy baja, recalamos la necesidad de que el reforzador se administre de manera inmediata a todas y cada una de las conductas del sujeto.

Existe para ello un procedimiento que se conoce como reforzamiento intermitente, el cual, consiste en presentar el reforzador de manera discontinua, o sea que no se refuerzan todas y cada una de las respuestas del sujeto, sino solamente alguna de ellas.

Puede basarse en varias formas de presentación temporal del reforzador. Puede programarse teniendo en cuenta el número de respuestas o también el tiempo que transcurre. Estos tipos de reforzamiento intermitente se denominan de razón y de intervalo, respectivamente.

La transición del reforzamiento continuo de la conducta al reforzamiento intermitente debe ser gradual. En la reducción progresiva del número de reforzadores que se van omitiendo conforme avanza la intermitencia del programa. De no hacerlo así, se corre el peligro de que el sujeto deje de responder y haya que elaborar otra vez el proceso de adquisición.

El reforzamiento intermitente puede administrarse en base al número de respuestas, o bien al transcurso del tiempo. En ambos casos, puede aplicarse un criterio fijo o un criterio variable.

El reforzamiento con base en el número de respuestas puede administrarse de manera fija o variable. En la programación de razón o número fijo de respuestas, el reforzamiento se da cada vez que el sujeto cumple con el criterio que hemos establecido de antemano.

Cuando se habla de un programa de razón variable, el reforzamiento se continúa administrando de acuerdo con el número de respuestas que da el sujeto, pero ahora, en vez de hacerlo con base a un número determinado de respuestas, se eligen valores que difieren de reforzamiento a reforzamiento; el promedio de dicho valores dará la razón del programa.

Los programas de intervalo se definen en función del tiempo, pero se refuerzan con base a la primera respuesta que se obtiene luego de transcurrido el tiempo previsto, es decir, el reforzamiento, cualquiera que sea el programa seguido de razón o de intervalo, siempre debe ser consecuencia de una respuesta.

Los programas de intervalo variable se establecen de manera semejante a los de razón variable. Elegidos de diversos intervalos de duración diferente, se refuerza siempre la primera respuesta obtenida al cumplirse el intervalo respectivo y se designa el programa con base al promedio de los valores correspondientes a los distintos intervalos.

Control de estímulos:

De ninguna manera los estímulos causan necesariamente la respuesta, sino que solo guardan una relación temporal con ella, con respecto a cuya emisión son en cierto modo neutrales.

Como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una respuesta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella, pues la propia respuesta se hace más probable cuando tales estímulos están presentes, y menos cuando no lo están. Es decir, si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta, la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Se dice que el sujeto distingue o discrimina el estímulo que acompaña al reforzamiento; por consiguiente se le denomina estímulo discriminativo. Los estímulos discriminativos pueden ser todo lo arbitrarios que se desee.

Hay ocasiones en que se debe acudir a un procedimiento que persigue el propósito opuesto de aumentar el número de estímulos que controlan una conducta determinada. A este procedimiento se le denomina generalización de estímulos. Consiste en presentar el reforzamiento de una respuesta, asociado al mayor número posible de estímulos, con arreglo a los propósitos particulares del programa.

Aún después de establecer un control de estímulos riguroso mediante estímulos discriminativos, se produce siempre cierta generalización ante otros estímulos. Que la generalización se restrinja o se amplíe depende directamente de las metas específicas del programa de entrenamiento elegido; el procedimiento consistirá en reforzar sistemáticamente ante uno solo, o ante muchos estímulos, respectivamente.

Reforzadores condicionados:

La creación de nuevos reforzadores, más frecuentes en el medio natural, que nos permitan a la larga sustituir a los reforzadores arbitrarios con lo que se iniciaron el trabajo de modificación de conducta. Para ello se dispone de un procedimiento a través del cual se puede condicionar nuevos reforzadores, haciendo que el sujeto aprenda a responder de la misma manera frente a consecuencias de su conducta que antes carecían de importancia para él.

La mecánica del procedimiento para establecer lo que se denominan reforzadores condicionados es la siguiente: basta aparejar la presentación del estímulo u objeto que deseamos condicionar como reforzador con la presentación de un reforzador que ya funciona como tal en la práctica. El objeto o estímulo que se va a establecer como reforzador condicionado debe preceder al reforzador incondicionado. Tal aparejamiento se realiza el número de veces necesario, que varía de sujeto a sujeto, objeto a objeto y condición a condición, pero que puede probarse en la práctica mediante los efectos que va adquiriendo el nuevo reforzador.

Encadenamiento:

Cuando nos enfrentamos a la tarea de entrenar a un niño en una conducta más o menos compleja y se tiene que definir de inmediato los pasos que se seguirán para lograr tales fines. Lo más recomendable es desarticular en varios segmentos más simples la conducta terminal o final que se interesa y trabajar por separado en cada uno de ellos. Hecho esto, se procede a unir los distintos componentes para rearticular la conducta compleja especificada en un principio. A este eslabonamiento de segmentos conductuales más simples en una sola conducta compleja, se le denomina encadenamiento. Para encadenar diversas respuestas es necesario seguir un orden preciso que va desde la última respuesta, que es la reforzada, hasta la primera dentro de la cadena que es la que se halla más distante del reforzamiento.

Cada parte de la cadena debe tener como consecuencia un reforzador condicionado que la mantenga, excepto la última, a la que debe seguir el reforzador incondicionado correspondiente a la totalidad de la conducta compleja.

Cuando la conducta de nuestro sujeto nos indica que este se encuentra buen control discriminativo, procedemos al siguiente paso, que consiste en encadenar los componentes de la cadena conductual. Se toma la última respuesta de la cadena; es decir, la única que será seguida por el reforzamiento incondicionado y se ubica como consecuencia de la segunda parte de la cadena.

Es importante añadir que, para evitar dificultades en la determinación de la cadena, en un principio se pueden seguir usando reforzadores incondicionados al final de cada segmento, que después serán retirados gradualmente. Ello depende en forma directa de la complejidad de la cadena, de la respuesta del sujeto a los reforzadores incondicionados establecidos y a muchos otros factores.

- Reducción de conductas:

Conjunto de procedimientos que persiguen propósitos de debilitar, reducir la probabilidad de la conducta. Estos procedimientos se aplican cuando deseamos que desaparezcan una respuesta que esta dentro del repertorio de conductas del sujeto. Se trata de suprimir aquellas conductas cuyas consecuencias son aversivas o dañinas para otros sujetos o para el mismo sujeto, o que le impiden tener acceso a fuentes de reforzamiento adicionales.

Extinción:

Este procedimiento consiste en suspender la entrega de reforzamiento, es decir, suprimir las consecuencias que siguen a determinada conducta. La suspensión del reforzamiento debe ser completa; el reforzador ya no se debe administrar nunca para esa respuesta. El efecto de la extinción es una disminución gradual en la frecuencia de las respuestas hasta que desaparece completamente.

También, muchos de los reforzadores positivos son de mucha ayuda, pero no sólo reforzadores materiales, sino los reforzadores sociales como un “felicidades”, “muy bien”, “que bien lo haces”, o aplausos, gestos gratificantes, abrazos (esto solo si el niño acepta el contacto físico); y también la exageración de algunas frases como: “wow”; o una combinación de frases con aplausos. Los niños con este tipo de trastorno pueden atender mejor cuando hay

estímulos sonoros que les llamen su atención y gestos exagerados por parte de las personas que consideran autoridades

1.5. INTELIGENCIA Y TALENTOS ESPECIALES:

Las puntuaciones de CI de los niños con autismo proporcionan una manera razonablemente buena de predecir sus rendimientos en entornos educativos y sociales. Esto resulta especialmente porque aproximadamente dos tercios de los niños con autismo obtienen puntuaciones por debajo del promedio. Sus bajas puntuaciones de CI no se deben a una falta de motivación; tampoco es posible atribuir estos resultados al retraso en el lenguaje. Por bien que rinda un niño con autismo en una prueba de CI, estas pruebas, a menudo, son de lógica y percepción; no proporciona una estimación de la comprensión social, que puede ser muy deficiente incluso en una persona con un CI alto (Baron-Cohen, S., Bolton, P., 1998).

1.5.1. Islotes de capacidad en el autismo:

Los niños con autismo frecuentemente superan satisfactoriamente pruebas que implican capacidad visoespacial, como los rompecabezas. A veces éstas son las únicas capacidades buenas que posee el niño. Cuando esto ocurre, dichas habilidades se denominan islotes de inteligencia. Leo Kanner consideraba que son característicos del autismo; con ello quería decir que son frecuentes en el autismo, aunque no se presentan en todos los casos. Ocasionalmente, los niños con autismo son incluso superiores a los niños normales de la misma edad cronológica (Baron-Cohen et al, 1998).

Los ejemplos mejor documentados de islotes de capacidad en el autismo son el dibujo, la música y el cálculo de calendarios; otras incluyen la memoria literal, encontrar formas en patrones geométricos y la hiperlexia (lectura precoz). En ocasiones se han denominado estas habilidades como capacidades de “sabio”. Cuando una persona con autismo muestra un islote de capacidad señaladamente desarrollado puede llamársele “autista sabio” (Baron-Cohen et al, 1998).

Aún no se conoce cuáles son las causas de que algunos niños con autismo posean estos talentos. Parte de la explicación podría ser la práctica, pero algunos de estos niños muestran sus capacidades a una edad muy temprana y sin demasiada práctica. Más bien, estas áreas de capacidad especial probablemente reflejan la inusual organización cerebral del autismo.

1.6. LA ATENCION:

Los niños autistas no tienen una atención deficiente, sino una atención peculiar. Aunque parece que su capacidad de atención sostenida es elevada, carecen del control ajustado de la atención flexible. Tiene que haber un elemento “ejecutivo” mental de orden superior que decida a qué merece la pena prestar atención de entre el alud de sensaciones que nos llegan. Puede haber

problemas si este orden de arriba abajo no es lo suficientemente clara y concluyente.

Pero las dificultades para controlar la atención también pueden deberse a un atasco en el procesamiento de abajo arriba, probablemente por una sobrecarga de detalles.

Muchas veces parece que los niños autistas no atienden bien a la información que se presenta de modo simultáneo y, en consecuencia, seleccionan un aspecto limitado de la misma.

Uno de los temas recurrentes en las narraciones biográficas de las personas con autismo es que hay determinados estímulos, que a la mayoría nos pasarían inadvertidos, que despiertan en ellos una fascinación inexplicable. Las características secundarias del entorno pueden convertirse en el principal centro de atención de una persona con autismo. También insinúan la existencia de un vínculo entre la sensación, la restricción y la repetición (Frith, U., 2004).

1.7. SENSACIONES:

Los fenómenos de elevada o limitada sensibilidad a las sensaciones se suelen asociar al autismo, y se reconocen con facilidad como signos del trastorno. Hay muchos informes de hipersensibilidad a los ruidos, y la imagen del niño autista que se agacha y se tapa las orejas es un símbolo del sufrimiento agudo que la hipersensibilidad que conlleva. Las preferencias limitadas por alimentos y prendas de vestir determinados no solo indican una inexistencia en la

uniformidad, sino que pueden deberse en parte a la hipersensibilidad al gusto y las texturas.

1.7.1. Los cinco sentidos:

La vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato son los medios por los que recibimos información del mundo exterior. Un primer paso sería investigar si los niños autistas utilizan alguno de los sentidos con menor eficacia, pero los experimentos que se han realizado llevan a descartar dicha posibilidad con rapidez. Estos niños pueden tener deficiencias auditivas, pero la mayor parte no las padece. Algunos tienen deficiencias visuales, pero tampoco es el caso de la mayoría.

Uno de los primeros intentos de explicar los problemas cognitivos de los niños autistas derivó de: ¿y si prefieren utilizar los sentidos más próximos al cuerpo, el tacto, el gusto y el olfato, a expensas de los que tratan la información procedente de fuentes lejanas, como la vista y el oído? Así podría explicarse por qué los niños autistas de corta edad tienden a tocar, gustar y oler los objetos y a las personas, lo cual suele resultar embarazoso desde el punto de vista social. Sin embargo, los datos experimentales demuestran que el empleo excesivo del gusto, el tacto y el olfato no se asocia al autismo de manera específica sino a la edad mental baja.

1.8. ACCIONES Y PENSAMIENTOS ESTEREOTIPADOS:

Las acciones repetitivas son uno de los criterios principales del diagnóstico del autismo. Sin embargo, no se asocian exclusivamente a ese trastorno, ya que hace mucho tiempo que se consideran habituales de las perturbaciones mentales.

Los movimientos estereotipados son comunes en trastornos cerebrales graves, concretamente en los que afectan al sistema cerebral que conecta los lóbulos frontales con una estructura cerebral más profunda denominada “cuerpo estriado”.

Las estereotipias no solo se dan en los movimientos sino también en los pensamientos y, en consecuencia, pueden ser invisibles.

La aparición de estereotipias en situaciones de tensión ha llevado a la hipótesis de que las repeticiones de movimientos y pensamientos forman parte de un mecanismo homeostático que controla el nivel de activación. Pero las estereotipias no disminuyen forzosamente el nivel de activación; lo que suele hacer es incrementarlo. Como reguladoras de los estados internos, resultan extremadamente ineficaces. Más bien parece que son consecuencia de una predisposición general a entrar en acción.

1.9. LAS RUTINAS Y LA RIGIDEZ:

Las denominadas “rutinas de conducta complejas” son más características y exclusivas del autismo que las simples estereotipias de movimientos y pensamientos. Dichas rutinas están formadas por unidades de acción mayores, y no consisten simplemente en hacer muecas, mecerse o pasearse de un lado a otro. No existen definiciones precisas, por lo cual, el juicio clínico constituye la única base para decidir que se entiende por “complejas”.

Aun no se han investigado de modo sistemático los contenidos ni la naturaleza de los intereses y rutinas especiales de los autistas. Continúan sin analizarse aspectos como la rigidez, la perseverancia y la resistencia al cambio, pero existen algunos indicadores.

La conducta espontánea no se produce al azar en el autismo, sino que posee una estructura limitada propia. Se suele afirmar que las personas con autismo se comportan de un modo rígido y restringido en la vida cotidiana⁴.

⁴ Si la persona con autismo no puede disfrutar de las actividades que implican un pensamiento creativo y flexible y no puede integrar experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro, lo único que le queda es asegurarse la tranquilidad repitiendo las actividades que le proporcionan placer.

1.10. **ETIOLOGÍA:**

Hasta la fecha, la etiología del autismo sigue siendo desconocida, sin embargo empieza a perfilarse un panorama cada vez más claro y definido.

En 1991 Uta Frith describió autismo como, “un desorden en el desarrollo debido a una anomalía específica del cerebro con orígenes en una falla genética, defecto cerebral o enfermedad cerebral”. Algunos investigadores han buscado en algunas áreas del cerebro en donde pudiera ocurrir la disfunción.

Las últimas investigaciones aluden a que están implicadas las zonas del sistema límbico y el cerebelo; un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos por Margaret Bauman y Thomas Kemper descrito en su libro *The Neurobiology of Autism*, mostraba anomalías a escala microscópica en éstas áreas, que probablemente se remontaban a antes del nacimiento. Es probable que lesiones prenatales en estas áreas interfieran con el proceso de todo tipo de información recibida por medio de los sentidos y que tengan efectos considerables en el aprendizaje, en la respuesta emocional y en la conducta en general.

También, actualmente se sigue la investigación sobre los neurotransmisores implicados en la transmisión de mensajes en el cerebro y sobre las medidas fisiológicas de la actividad cerebral; los resultados no son consistentes. Igualmente hay interés en las hormonas, como la oxitocina, que afectan al desarrollo precoz del cerebro.

Asimismo, se pueden dividir las teorías sobre las causas del autismo en dos grupos: las que conceden mayor importancia a la predisposición genética y las que lo hacen a los factores del entorno (Frith, 2004).

1.10.1. Los factores genéticos:

Los científicos llevan mucho tiempo sospechando la existencia de una base genética; han tratado de hallar genes que predispongan al trastorno en familias con uno o mas miembros autistas. Aunque es poco habitual que haya más de un hijo autista, se ha calculado que el riesgo de que un segundo hijo padezca algún tipo de trastorno autista es de 3 a un 6%.

Algunos estudios llevados a cabo con familiares de personas autistas demuestran que ciertas características del autismo, como el aislamiento, la falta de amistades íntimas y la rigidez, se hallan presentes en otros miembros de la familia. No obstante, es difícil saber si dichas características siempre han estado presentes o si son, en cierto punto, consecuencia de tener que cuidar a un niño con autismo, lo cual no es aplicable a los estudios en los que se ha

hallado, en los padres, una facilidad evidente para ciertas habilidades analíticas y una tendencia hacia ciertas profesiones.

Una vez establecida la base genética del autismo, la localización de los genes que pueden predisponer al trastorno se ha convertido en un área de investigación que avanza con rapidez.

Sin embargo, es evidente que distintas combinaciones de genes pueden producir el mismo cuadro clínico en diferentes familias afectadas. En varios estudios se han identificado los cromosomas 2, 7, 15 y 16, pero, por desgracia, los niveles de importancia son bajos, y es posible que estudios posteriores modifiquen estos hallazgos.

1.10.2. Los factores de riesgo ambientales:

Analizar las causas ambientales nos puede ayudar a plantear la posibilidad de evitarlas y prevenir el trastorno.

Todo factor de riesgo ambiental que pueda producir daño cerebral al principio del desarrollo se consideraría una posible causa de autismo no genética. Los factores prenatales y las complicaciones del parto son factores de riesgo que pueden traducirse en daño cerebral.

Los problemas de reproducción y las anomalías del feto tienden a producirse juntos, y no resulta fácil separarlos. Las lesiones perinatales no ocupan una de las primeras posiciones en la lista de las causas del autismo. Un parto difícil puede provocar toda clase de problemas evolutivos, pero no se relaciona de modo especial con el autismo.

En algunos casos de autismo se han citado tanto las infecciones víricas como la disfunción inmunitaria. En los casos poco frecuentes de que el sistema nervioso central se infecte en un periodo crítico, antes o después del parto, podría producir autismo.

Son de especial interés ciertos virus, denominados, retrovirus, que se integran en el material genético de las células del cuerpo. Otros virus que se han indicado como posibles causas del autismo son el herpes y el citomegalovirus, que pueden permanecer aletargados durante años, pero que se reactivan de vez en cuando.

El simple hecho de que una enfermedad preceda al inicio de los síntomas no significa que sea la causa del autismo. Para hallar la prueba de que lo es, es necesario tener en cuenta los posibles mecanismos de entrada de un virus en el cerebro y los que hacen posible que produzca daños selectivos.

Las causas son físicas y no tienen nada que ver con los métodos de los padres en cuanto a la crianza de sus hijos⁵.

⁵En 1970 había muchos profesionales que creían en las teorías de que el autismo se debía al modo en que los padres criaban a sus hijos, pero nunca hubo pruebas científicas que apoyaran este punto de vista; tan pronto como se llevaron a cabo investigaciones adecuadamente controladas, se hizo evidente que tales teorías eran erróneas. Ahora está demostrado de que se trata de una causa física que conduce a un trastorno del desarrollo.

1.10.3 El cerebelo en niños autistas⁶ (Hernández-Muela S., Mulas F., Mattos L., 2005):

El cerebelo se comporta como un centro de procesamiento de información que llega a través de conexiones bidireccionales desde regiones encargadas de la atención, la percepción visoespacial, la memoria y de la regulación de funciones ejecutivas y emocionales. Esta extensa conexión entre córtex y cerebelo avala su papel con el mantenimiento de la memoria de trabajo, la resolución de problemas y las funciones ejecutivas.

Las anomalías descritas en el niño autista son que el cerebelo, la amígdala y el hipocampo tienen una morfología normal, permanecen con un patrón infantil sin evolucionar al modelo adulto con sus conexiones y vías cerebelosas. Se trata de una anomalía del neurodesarrollo de forma que existe una disminución en las células de Purkinje y en menor grado de las células ganglionares, y anomalías de la oliva bulbar y de los núcleos cerebelosos, que resultan en una persistencia del circuito arcaico olivodentado que normalmente desaparecería a las 30 semanas de gestación. Estas alteraciones son constantes en los cerebros estudiados de pacientes con autismo primario, sin causas inflamatorias, degenerativas o destructivas implicadas.

⁶ Un estudio anatómico forense de seis cerebros de individuos que tenían autismo del tipo Kanner, llevado a cabo en los Estados Unidos por Margaret Bauman y Thomas Kemper, descrito en su libro *The neurobiology of Autism*, mostraba anomalías a escala microscópica en el cerebelo y el sistema límbico, que probablemente se remontaban a antes del nacimiento.

El cerebelar no es por si mismo característico, ya que se ha descrito tanto un aumento del mismo como disminución del volumen de algunos lóbulos cerebelosos, más bien estaría en relación con el grado de retraso mental concomitante. El neurocerebro juega un papel fundamental en la coordinación de la atención y el estado de alerta.

1.10.4 El autismo y otros trastornos evolutivos (Frith, 2004):

A las personas con autismo se les pueden diagnosticar otros trastornos, por ejemplo, trastorno por déficit de atención, descoordinación motriz, trastornos del lenguaje y dislexia. La torpeza motriz es habitual en muchos trastornos evolutivos, así como los problemas lingüísticos, sociales y educativos.

Se ha confirmado la existencia de autismo sin problemas adicionales, y no acompañado de retraso mental general, razón por la que se halla ampliamente asumido que el autismo es un trastorno específico, lo que significa que no afecta por igual a todas las funciones mentales. En el autismo hay un retraso sistemático de la comunicación social con respecto a otros aspectos del desarrollo.

1.10.5 El autismo y la esquizofrenia (Frith, 2004):

A pesar de que la esquizofrenia y el autismo sean entidades diagnósticas distintas, hay autistas que, en la edad adulta, se asemejen, al menos en la conducta superficial, a un tipo de paciente esquizofrénico.

Bleuler acuñó el término “autista” para referirse a unas alteraciones sociales y del pensamiento concretas de algunos de sus pacientes para los que acuñó el término “esquizofrénicos”. Es indudable que existen similitudes en denominados síntomas negativos.

Aunque los pacientes con síntomas esquizofrénicos negativos se asemejan a las personas con autismo, los pacientes con síntomas positivos no lo hacen.

Los síntomas positivos más característicos de la esquizofrenia consisten en fenómenos como oír voces y creer que hay mensajes importantes para uno mismo en el entorno. Se trata de experiencias subjetivas, que el paciente puede comunicar a otros. Las personas autistas con capacidad de expresarse ofrecen descripciones de sus experiencias muy distintas a las de los pacientes esquizofrénicos.

Un trastorno que afecta al curso normal del desarrollo desde el nacimiento, o incluso antes, no es el mismo que el que sucede a un organismo maduro⁷.

⁷ Los investigadores canadienses Konstantareas y Hewit compararon a un grupo de hombres con autismo con otro que padecía esquizofrenia utilizando escalas de evaluación fiables para síntomas específicos. Numerosos miembros de ambos grupos no hablaban casi nada o en absoluto ni mostraban expresiones faciales, no era de extrañar que se produzca confusión cuando se observa por primera vez a una persona adulta sin disponer de su historia de desarrollo. Kraepelin, primer psiquiatra que describió lo que ahora conocemos como esquizofrenia, informó que el 94% de una muestra de más de mil casos mostraban síntomas después de los quince años, lo que contrasta con el inicio del autismo.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA?

2.1. PRINCIPALES CONSIDERACIONES:

La mayoría de los niños tienen un aspecto físico normal; el diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde temprana edad. El diagnóstico depende de la obtención de una historia personal que relacione entre sí toda la información disponible. Lo ideal es que se recopile, por medio de entrevistas con los padres, la historia desde la infancia y una descripción de la conducta presente. Se debe observar la conducta del individuo y aplicar una serie de test psicológicos (Wing, 1996).

En el área de Terapia Ambiental del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, se utiliza el algoritmo de Filipeck, que describiré a continuación:

Los casos de trastorno del Espectro Autista, deben ser evaluados usando pruebas específicas, que evalúen específicamente la sintomatología autista y que tengan una moderada sensibilidad y buena especificidad (Filipeck, P. A., 1999), además la etiqueta diagnóstica debe ser aplicada en base a los criterios internacionalmente consensuados.

Es importante emitir un adecuado juicio clínico como hacer una evaluación funcional de sus puntos fuertes y débiles y su estilo de aprendizaje en todas las áreas de desarrollo: funcionamiento intelectual, comunicación, interacción social, conducta, habilidades motoras, habilidades de autonomía y vida independiente y alteraciones sensoperceptivas. (Filipeck et al., 1999).

2.2. MÉTODO:

2.2.1 Objetivos de la evaluación:

- a) Detectar necesidades, perfil de puntos fuertes y débiles de la persona y realizar un diagnóstico.
- b) Ayudar a la familia a entender mejor a su hijo y mejorar la relación con él.
- c) Dar orientaciones para mejorar la relación entre la familia y la persona con autismo, potenciar su desarrollo, realizar una intervención educativa y acceder a recursos que se sepa van a ayudar a la persona con TEA.

Para esto se necesitan pruebas como:

- Prueba validada sobre sintomatología asociada al autismo.
- Prueba estandarizada de inteligencia.
- Prueba estandarizada de habilidades adaptativas

Una de las formas del método experimental es el método inductivo utilizado en este trabajo de tesis, el cual se caracteriza por partir de un dato empírico particular llevado a contrastación experimental, después de observar y registrar el desarrollo de una relación, se identifican los posibles factores que la determinan, y se analizan sistemáticamente, a fin de encontrar la generalidad y legalidad de la misma.

En el análisis experimental de la conducta las estrategias metodológicas se fundamentan, esencialmente, en el método inductivo, dado que se centra en el estudio de lo que un organismo individual hace y cómo se relaciona con su medio ambiente (Espinosa A.C, 1997).

La observación es utilizada como estrategia para recabar datos conductuales y se ha caracterizado por desarrollarse a partir de:

- a) El objeto de estudio,
- b) La recogida del dato conductual en escenarios restringidos,
- c) Las circunstancias o situaciones donde se da la observación del objeto,
y
- d) Los medios de observación o instrumentos y medidas para recabar el dato conductual.

La observación no sistematizada (historia de caso) se caracteriza por proporcionar una descripción simple, llana y narrativa de carácter cualitativo e informal, donde se recogen todas las características de la conducta, evento, situación o escena que se observa.

2.2.2. Las pruebas:

- Escala Weschler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV) (Weschler, 2007) es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de niños desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses de edad. Proporciona subpruebas y puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en dominio cognoscitivos específicos, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general (CI total).

Los resultados pueden servir como guía para la planeación de tratamientos y las decisiones de colocación en ambientes clínicos y educativos, y pueden proporcionar información clínica inapreciable en la valoración neuropsicológica.

Esta prueba no puede ser aplicada a todos los niños con el Trastorno del Espectro Autista ya que se necesita de la colaboración de ellos, la mayoría son niños con Síndrome de Asperger debido a que son más funcionales. Contiene 15 subpruebas: Diseño con cubos; Semejanzas; Retención de dígitos; Concepto con dibujos; Claves; Vocabulario; Sucesión de números y letras; Matrices; Comprensión; Búsqueda de símbolos; Figuras incompletas; Registros; Información; Aritmética y Palabras en contexto (pistas).

En este caso con el paciente U.E. no fue posible realizar ésta prueba debido al grado tan bajo de contacto de éste, lo que se utilizó en este caso fue el registro observacional mencionado antes.

- El Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Esquema de Observación Diagnóstica de Autismo) (DiLavore, M., Lord, P., Rutter, C., 1995) se desarrolló como herramienta de diagnóstico para su uso con niños por debajo de 6 años que no utilizan oraciones y que se sospecha que tienen autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo. Se centra en la conducta social y de comunicación mientras realiza actividades de naturaleza lúdica. El esquema consiste en una lista de 123 actividades con 17 puntuaciones anexas.

Un examinador registra las acciones del niño durante un periodo de aproximado de 30 minutos. Los padres o cuidadores pueden ayudar al examinador interactuando con el niño durante el periodo de observación. El instrumento ha mostrado ser un método fiable de observar las habilidades de comunicación, capacidades interactivas y otras conductas relacionadas con el autismo del niño. Como permite al niño jugar con juguetes y moverse con libertad, puede considerarse menos restrictivo que otras escalas de observación en uso y una alternativa apropiada para usar con niños pequeños.

- Escala de Conducta Adaptativa VINELAND (Doll, E., 1998), Esta escala mide la madurez social del niño. La escala proporciona:
 - Un esquema del desarrollo normal que puede usarse repetidamente para la medición o cambios de crecimiento.
 - Una medida de diferencias individuales.

- Un índice cualitativo de variaciones en el desarrollo de sujetos sub-normales tales como desadaptados, inestables, epilépticos.
- Una medida progresiva que sigue a un tratamiento especial.
- Un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital de un sujeto. Nos da una pauta para ver hasta qué punto el sujeto es limitado en su desarrollo social por restricciones ambientales, falta de oportunidad ambiental, por sobreprotección de los padres, u otras circunstancias limitadoras.
- Cada ítem de la escala se considera como representativo de un crecimiento general en la responsabilidad social que se expresa en alguna realización como expresión de responsabilidad. Por lo tanto, el valor de los ítems debe ser determinado principalmente en la medida en que refleja la independencia personal, en aquellas actividades que se refiere a sí mismo.
- Los ítems de la escala están ordenados de acuerdo a su creciente dificultad y representan una maduración progresiva.

Por lo tanto, el valor de los ítems debe ser determinado principalmente en la medida en que refleja la independencia personal, en aquellas actividades que se refiere a sí mismo. Los ítems de la escala están ordenados de acuerdo a su creciente dificultad y representan una maduración progresiva.

La escala está compuesta de ítems y cada uno de ellos recibe una designación categorial según sea el aspecto que trata de evaluar; se ha designado con las siguientes iniciales:

- A.V. Autovestimenta
- A.A.G. Auto ayuda general
- A.A. Auto alimentación
- A.D. Auto dirección
- O. Ocupación
- L Locomoción
- C Comunicación
- S. Socialización

III. ¿CÓMO VIVEN LOS PADRES EL TRASTORNO?

3.1. LA PRIMERA IMPRESIÓN:

U.E.C.R. es el hijo número 3 de 4 hijos dentro de la familia de 6 personas. Según comentarios de los padres existe una buena convivencia entre todos ellos aunque el padre presenta un carácter más irritable que las demás personas que integran a la familia.

“Pues al enterarnos del diagnóstico nos alejamos mi marido y yo pero como siempre quisimos una familia estable porque por separado pues realmente no la tuvimos, por eso siempre nos apoyamos y cada quien sabe cuál es su papel en la familia; no nos tenemos que comunicar tanto sino que sólo sabemos qué es lo que tenemos que hacer. Mi esposo en la casa es más directo y yo pues le doy muchas vueltas al asunto, pero cada quien asume sus responsabilidades” sic. Madre.

“Con mi esposa hubo cambio en el trato, no llegamos a la agresión pero a ella la vi mal, llorando todo el tiempo y yo le decía que me desesperaba verla así pues lo que teníamos que hacer era echarle muchas ganas y ya después de que hablamos pues fuimos aceptando” sic. Padre.

La relación entre hermanos es relativamente buena ya que el hermano mayor (19 años) tiene cierto alejamiento con U.E. pero está pendiente y trata de protegerlo de los demás, los otros se encuentran en una edad más cercana al paciente y existe más empatía de parte de ellos pero en general hay participación de parte de todos para el progreso y ayuda de U.E.

En entrevista con los padres comentan que se dieron cuenta, desde que el niño era muy pequeño, que tenía “algo raro” pero que no sabían realmente que sucedía, cuando comenzaron sus extrañas actitudes fue cuando decidieron llevarlo al médico. Cuando se enteró la mamá de el diagnóstico, dado por una residente de psiquiatría, la madre se quedó con muchas dudas ya que no hay mucha información acerca del Trastorno y pensaba que no era algo tan grave hasta que empezó a investigar y a leer sobre el autismo y fue cuando se preocupó más y se dio cuenta de que era algo muy complejo y “no tan alegre” sic. Madre.

En cuanto al padre no se percibía tanta preocupación sino más un estado de conformidad, “duele pero a alguien le tiene que pasar y nos tocó a nosotros” sic. Padre.

En lo correspondiente al cambio de expectativas que cambiaron para los padres no fueron muchas ya que siempre han pensado que su hijo no es limitado y que puede aprender cosas nuevas y positivas gracias a los terapeutas y ellos, aunque si están al tanto de la severidad que trae consigo el TEA.

Sin lugar a dudas descubrir que su hijo padece un trastorno que durará toda la vida es un golpe muy fuerte que puede producir un sinnúmero de emociones entre las cuales se encuentran la desesperación, depresión, ansiedad y en muchas ocasiones culpa creyendo que ellos tuvieron algo que ver con la enfermedad de su hijo.

Los padres, al recibir esta noticia, deben ajustar sus esperanzas y planes que tenían para el futuro de sus hijos, y de alguna manera el futuro de ellos mismos.

El sentimiento de culpa muchas veces se puede ocupar en un mejor sentido porque puede haber una mayor responsabilidad y esfuerzo de parte de los padres.

Las reacciones inmediatas a veces son similares a las que se observan en el duelo: la negación habitualmente conduce a los padres a minimizar la gravedad del trastorno y a fantasear que su niño, de alguna manera, se curará mágicamente. Después irritación por la injusticia de la tragedia porque muchos se pueden preguntar ¿cómo puede haberme pasado esto a mi? o ¿qué hice para merecer esto?; y culpa que puede convertirse en tristeza y desesperanza.

Son relativamente frecuentes dos tipos de reacciones que aumentan las dificultades de la situación (Ramos-Paúl, R., Torres C, L. 2009):

- La desorientación: el hecho de no saber qué hacer entorpece, en muchos casos, la posibilidad de desarrollo del niño, su pronóstico o el curso del trastorno.
- La sobreprotección: se da un sentimiento de pena, verbalizado en la palabra pobrecito, que impide actuar a favor de un desarrollo normalizador, dirigido a estimular las capacidades del niño y, por tanto, a su mejoría social, afectiva y familiar.

Otra de las circunstancias que puede afectar en las reacciones de los padres es la gravedad del autismo y el nivel de discapacidades mentales que lo acompañan. También son importantes la solidez psicológica de cada progenitor, el apoyo que pueda recibirse de la familia, de los amigos y de los profesionales.

3.2. EL DUELO POR “EL HIJO QUE NO ESTÁ” (Núñez, B.A. 2001):

Todo momento de crisis trae consigo situaciones de pérdida que conllevan la necesidad de elaborar duelos, como ya se mencionó antes. Para que tenga lugar el “Trabajo de duelo” o este desprendimiento se requiere una tarea psíquica.

El examen de la realidad ofrece datos: que el objeto amado ya no estará y es necesario que el sujeto abandone sus relaciones con el mismo. Pero en el tipo específico del diagnóstico de un daño orgánico del hijo, es la familia como totalidad la que enfrenta una pérdida; habrá un duelo intrapsíquico de cada uno de los integrantes de la familia, pero también se dará un duelo intersubjetivo.

Hay cuatro fases del duelo (Bowlby, 1976), esta sucesión de fases puede variar en cuanto al tiempo de duración y la intensidad de sus fases; puede faltar alguna de ellas o alterarse el orden en que se presenten. Las fases son las siguientes:

- Embotamiento de la sensibilidad: acontece en los momentos inmediatamente posteriores de la confirmación diagnóstica, y puede durar desde algunas horas hasta semanas. Es como un adormecimiento de la sensibilidad, a menudo interrumpida por estallidos de cólera y/o episodios de aflicción sumamente intensas. Se está como en estado de shock, aturdimiento y confusión.
- Anhelo y búsqueda de la figura pérdida: se manifiesta cuando los miembros de la familia comienzan a percibir la realidad de la situación, de manera episódica, que están atravesando pero es acompañada de un intento de no admitirla, de una actitud general de descreimiento. Los miembros de la familia se niegan a aceptar el diagnóstico.

Hay un sentimiento de incredulidad ante el diagnóstico e intentos de revertir lo irreversible. Hay una búsqueda infructuosa de otra realidad, con la consiguiente frustración, irritabilidad, rabia, autorreproches y acusaciones a los médicos, al cónyuge y a otros familiares al no hallarla.

Muchas veces la rabia y otros sentimientos presentes en esta fase se manifiestan en forma de hiperactividad y gran inquietud, en una búsqueda irrefrenable y frenética de información de médicos y otras personas. Se intentan salidas mágicas a través de curanderos. Los padres pueden asumir los sentimientos de culpa como propios o colocarlos en otras personas a quienes responsabilizan por el daño del hijo, en Dios o en el destino. La mala información y los mitos que los padres tienen acerca de las enfermedades y las deficiencias pueden provocar intensos sentimientos de culpa no justificados.

- Desesperanza y desorganización: las formas de respuestas instrumentales por los padres hasta entonces se vuelven inapropiadas. Empieza a parecer como respuesta emocional el sentimiento de que ya nada puede hacerse, que no se puede volver la situación hacia atrás, y se cae en depresión, apatía, sentimientos de vacío. Predominan, también, sentimientos de impotencia, desesperanza de recuperar lo anhelado y perdido. Esto puede traer como consecuencia la desorganización de la acción, la falta de voluntad y fuerza de lucha.

- Reorganización: cuando el duelo sigue un curso favorable hay un momento, variable en cada familia, en el que se logra una renuncia a la esperanza de recuperar al hijo perdido. Se caracteriza por una atenuación gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas previas. Se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida. Los padres comienzan a encontrarse con sus propios recursos y logran armar un nuevo orden familiar, sobre la base de una aceptación de ese hijo con sus limitaciones; sentido como quien puede desarrollar potencialidades que permanecen ocultas, en espera de oportunidades para desplegarse.

La familia logra incorporar al niño a la vida del grupo, rearmando una nueva organización en la que se le da a este hijo un lugar, que no será el más importante pero tampoco será subvalorado y marginado.

Ayudar a un niño con TEA a desarrollar habilidades y disfrutar de ciertas actividades es un trabajo difícil que lleva mucho tiempo. Esto, unido a la crianza de otros hijos, parece algo imposible; la única solución es organizar una rutina para que cada miembro de la familia tenga una parte justa de atención de los padres.

Los padres, también, no deben olvidarse de si mismos al establecer los horarios. Necesitan algo de descanso y relajación lejos de la familia, para conservar su sentido de la proporción.

Los niños con TEA pueden suponer para los padres unos gastos extras si tienden a destruir ropas, muebles, ventanas y así sucesivamente. Si no están adiestrados para usar el baño se tienen que utilizar pañales y lavar continuamente la ropa de cama.

La vida social de la familia tiende a restringirse; llevar al niño a lugares públicos puede producir problemas. En la mayoría de ellos no se observan muestras de discapacidad en su aspecto. Si se comporta de forma rara, algunos extraños son críticos y suponen que el niño esta “malcriado”. Por el bien del niño y de toda la familia, los padres tienen que desarrollar una coraza y sacar al niño siempre que sea posible, e ignorar las miradas de las personas.

3.3. LOS HERMANOS:

En todas aquellas familias donde al lado de un niño con autismo existen otros no enfermos, la “fratría” lleva marcas de sufrimiento que resultan de una coexistencia a veces difícil (Braner, A. y Branner, F., 1981).

A partir del momento en que se diagnostica el autismo y se instalan preocupaciones de orden médico que acaparan todo el interés de los padres, el niño con autismo obtiene un lugar desmesurado en la familia. Las madres acaban relegando a los hijos “normales” a una posición algo retirada. Es importante ayudar a la familia a crear relaciones carentes de tensión entre el niño con TEA y sus hermanos.

También se debe considerar el problema de lado del niño con autismo, quien observa a sus hermanos y hermanas. Es falso creer que el niño está separado del mundo y no mira; por el contrario, observa todo lo que ocurre a su alrededor y actúa en consecuencia, si no de manera lógicamente adaptada. Comprueba que la madre repite cotidianamente los mismos gestos y le ofrece cuidados, vestidos y alimentos a las mismas horas; no comprende que sus hermanos no actúen con la misma regularidad, no observa la misma disciplina.

Muchos niños disfrutan jugando y enseñando a su hermano autista y pueden hacerle participar en diversas actividades. Los hermanos obtienen muchas veces mejores resultados en esto que los padres. De alguna forma desarrollan con frecuencia un nivel de madurez superior a su edad. Los padres tienen que cuidarse de colocar demasiadas responsabilidades sobre los hombros de sus otros hijos y asegurarse de que tienen el tiempo suficiente para sus propios intereses.

Hay algunos hermanos que encuentran difícil relacionarse con un niño con TEA se deben respetar sus sentimientos y no se les debe presionar para implicarlos o hacerlos sentir culpables.

Los hermanos, antes de comprender la naturaleza del autismo, pueden preocuparse por la posibilidad de desarrollar ellos mismos una conducta autista. Pueden tener todo tipo de miedos y fantasías alarmantes y es preciso que los padres sean sensibles a estos sentimientos.

3.4. PRIORIDADES PATERNAS (Bristol, M. y Wiegerink, R., 2000):

Una causa principal del fracaso de algunos programas es la negligencia de la estimulación de los padres para establecer prioridades en el programa del niño. Antes de que se concluya que el padre no coopera el terapeuta debe preguntar si el programa satisface las necesidades de la familia.

Los padres suelen escoger conductas específicas del tipo de control de esfínteres como las más importantes, mientras que los maestros pueden ver esos problemas como menos importantes y no tener experiencia o sólo un poco en esa área. Por lo tanto, es de gran ayuda tener un equipo multidisciplinario que trabaje con la familia de tal manera que llegue a existir una gran cantidad de habilidades disponibles.

Un factor esencial para el ajuste exitoso al tener un niño con TEA es contar con expectativas realistas para este. El profesional debe ayudar a los padres a que renuncien a las expectativas no realistas para su hijo, sin desalentarlos de que vale la pena trabajar para lograr ciertas mejorías en la conducta del niño. Al tratar con las expectativas paternas el terapeuta no debe hacer a un lado las necesidades de los padres en cuanto a la información específica, así como el apoyo emocional.

3.5. RED DE APOYO DE LA FAMILIA (Bristol, M. et al., 2000):

Los abuelos y otros miembros de la familia son muy importantes para el niño autista y para sus padres. Se necesita que los parientes entiendan la condición del niño, así como los parámetros de la terapia, pues en algunos casos extremos, los abuelos u otros parientes pueden “culpar” a los padres por tener un hijo con problemas. Este estrés sobre los padres se puede eliminar si se da a los parientes información factual.

Hacer participar a toda la familia en la red terapéutica permite a los padres tener mas tiempo para desarrollar otras actividades y otras relaciones, más tiempo para estar entre ellos mismos y para dedicarlo a sus otros hijos. Suele suceder que cuando los abuelos u otros parientes son participes del proceso terapéutico, los padres se sienten menos desesperanzados y posiblemente ayuden a aliviar cualquier culpa que estén experimentando.

IV. TRATAMIENTO:

4.1 ESTRUCTURA Y RUTINA (Wing,1996):

Los eventos de cada día son diferentes y poco predecibles por lo tanto la mayoría de los niños se pondrán ansiosos e inseguros; para niños con TEA llevar una rutina es primordial.

Los niños con autismo necesitan de la rutina y cualquier cambio, el mínimo que sea, puede llegar a molestarlos ya que modifica su estructura, rutina y ambiente. Esta inflexibilidad puede ser demasiado frustrante para los padres pero deben tener paciencia; se le debe dar la estructura que necesite pero no hay que dejar que la necesidad domine su vida. Lo que funciona con ellos es la anticipación a los eventos que pueden llegar a cambiar su rutina, esto es que, si esta acostumbrado a que los martes, por ejemplo, normalmente va a la escuela en las mañanas pero ese martes en específico tiene que ir al médico, explicarle al niño un día antes qué es lo que se va hacer o al momento en que se levante para que sepa qué es lo que va a pasar y no desencadene la irritabilidad que puede llegar a presentar por el cambio tan fuerte que sufrió su rutina.

4.2 DAR ESTRUCTURA Y CONSISTENCIA:

Establecer una rutina en casa es el primer paso para proveer una estructura al niño con TEA.

Se debe tratar de que la rutina que se establezca sea cómoda para cada miembro de la familia y seguirla constantemente.

Se puede hacer un diario o calendario en dónde se establezca a qué hora va a bañarse, a qué hora va a desayunar, ir a la escuela, comer, jugar, etc.

Muchos niños con TEA no pueden aprender bien del ambiente que los rodea, ellos no aprenden de la experiencia; una manera de ayudarlos es hacer su ambiente lo más consistente que se pueda.

Una de las razones por las que los niños con autismo necesitan consistencia es que tienen problemas usando las mismas habilidades con diferentes personas, lugares o situaciones; esta incapacidad es llamada “pobre generalización”. Una de las causas del problema de generalización es la “atención selectiva”; esto es que el niño se enfoca en un solo aspecto de la situación y no es capaz de responder a menos que esa particular característica esté presente.

La mejor estrategia para combatir esta tendencia es hacer seguro que los aspectos más importantes de la situación de enseñanza sean constantes.

4.3 DISCIPLINA Y MANEJO DE COMPORTAMIENTO:

Muchos padres de niños con autismo encuentran difícil disciplinarlos. Ellos simplemente no están preparados para responder al extraño comportamiento de sus hijos. Una de las causas de estas dificultades es que muchos utilizan estrategias que no son efectivas para niños con este tipo de trastorno; otra de los factores es que toman recomendaciones de gente que no es experta como los son amigos familiares e incluso extraños.

Una de las estrategias que muy efectiva es darse cuenta y recompensar la conducta deseada. Muchos padres sienten que su trabajo es cacharlos haciendo malas cosas, cuando en realidad la meta sería cacharlos haciendo cosas buenas. Esta estrategia necesita de la mayor atención posible por parte de los padres. Lo que se debe hacer es, por ejemplo, “muy bien, hiciste tu cama”.

Estudios de niños con autismo sugieren que los padres deben ser muy específicos cuando recompensan a sus hijos. Usar un lenguaje específico, “bien, te pusiste tu suéter” en lugar de, “bien, buen trabajo”. Siendo así de específico puede ayudar al niño a entender exactamente la conducta que se debe hacer y que será recompensada.

Muchas veces ayuda a darles recompensas que sean tangibles como comida o juguetes seguidos de una recompensa verbal, esto lo encuentran más motivante que simplemente palabras porque, como ya se ha mencionado la interacción social no es recompensante para ellos.

4.4 LA EDUCACIÓN:

Se solía pensar que los niños con autismo no podían ser educados o no podían ir a la escuela; la investigación actual establece que hay muy pocos, si es que hay alguno, que no sean educables, cualquiera que sea su nivel intelectual. Uno de los principios es que la educación debería adaptarse a cada individuo y la educabilidad se demuestra por los progresos realizados, cualquiera que sea su ritmo. Los programas de enseñanza muy estructurados son los que parecen tener mejores efectos. El enfoque muy estructurado parte del supuesto de que cada tarea debe descomponerse en pasos simples y claros, en los que cada meta se ha definido de forma precisa.

Los niños con autismo parecen adaptarse bien a éste enfoque metódico. Puede que la enseñanza estructurada funciona porque los niños con autismo parecen preferir lo que es predecible. Los cambios súbitos y sin justificación pueden provocar rabietas y malestar. La estructura y la predictibilidad deben permitir también la presencia de alguna espontaneidad y flexibilidad. De hecho, puede ser necesario trabajar sobre la flexibilidad, de manera que los niños no acaben sin estar preparados para el mundo real.

En la actualidad no hay un único método que sea el más conveniente para todos los niños con autismo; los profesores y especialistas deben experimentar para adaptar los métodos para cada individuo.

V. ¿QUÉ ES TERAPIA AMBIENTAL?

5.1 AUTISMEX:

AUTISMEX⁸, Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P., esta asociación se encontraba dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” conocida como el área de Terapia Ambiental.

Los objetivos de esta asociación son:

- Dar tratamiento a menores de escasos recursos que padecen: autismo, psicosis o cualquier otro trastorno que afecte el pensamiento.
- Orientar a los padres de los menores que asistan al tratamiento.
- Obtener fondos para el sostenimiento de las terapias consideradas integralmente.
- Apoyar el estudio y la investigación de los trastornos ya mencionados.

⁸ AUTISMEX fecha de constitución 25 de mayo de 1985, siendo el presidente de esta asociación el Dr. Jorge Escotto Morett psiquiatra y paidopsiquiatra. Y siendo coordinada como Terapia Ambiental en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro por la psicóloga Elvira Murga del Valle.

5.2 TERAPIA AMBIENTAL:

Terapia Ambiental (Murga del Valle, E., 2007) es una denominación para un tratamiento que se deriva del ambiente terapéutico que debe existir en la atención del niño autista.

La terapia ambiental tiene como objetivos: ayudar al niño a aprender conductas para que pueda convivir con su familia o en otro ambiente comunitario, enseñarle a compensar sus desventajas, desarrollar sus habilidades y partiendo del orden externo proporcionado por el programa terapéutico poder producir algún orden interno que pueda llevar al niño a una autoconciencia y a tener una mejor adaptación.

5.3 OBJETIVOS GENERALES:

A) Asistenciales.

- **CON EL PACIENTE:**

a) Especificar su diagnóstico y tratamiento.

b) Alejarlo de la indiferencia

c) Disminuir conductas perturbadoras.

d) Estimular el aprendizaje de hábitos.

e) Estimular la permanencia de conductas positivas.

- f) Favorecer su integración al contexto.
- g) Ayudarlo a lograr un determinado nivel de autoconciencia
- CON LOS PADRES:
 - a) Informarles el diagnóstico con la orientación necesaria sobre el pronóstico de su hijo.
 - b) Enfatizarles la importancia de la revisión periódica del niño por parte del Médico (según el caso).
 - c) Estimular su participación en la educación del niño dentro del hogar y en su comunidad.
 - d) Solicitar su asistencia a juntas programadas en el servicio para informarles sobre los avances en el tema del autismo.
 - e) Solicitar su asistencia y colaboración en los festejos del año y solicitar su participación en actividades del programa que así lo requieran.

5.4 ACTIVIDADES DE TERAPIA AMBIENTAL:

Estas son algunas de las actividades que se realizan en Terapia ambiental dentro del Hospital:

- Valoración psicológica y diagnóstico.
- Tratamiento terapéutico:
 - Terapia individual.
 - Terapia de grupo.
 - Orientación a padres y maestros (programas) y Talleres.

5.5 TRATAMIENTO TERAPÉUTICO:

Observar, planear, intervenir y evaluar:

- Observar el entorno en general
- Observar la comunicación individual y grupal.
- Identificar comportamientos positivos
- Planear acercamientos, métodos de aprendizaje, formas de comunicación, etc.
- Programas de intervención.
- Evaluar logros y dificultades.

TERAPIA INDIVIDUAL:

- ✓ Atención.
- ✓ Manejo de conductas perturbadoras (agresión, poca tolerancia, etc.).
- ✓ Comunicación.
- ✓ Interacción social.
- ✓ Manejo muy dirigido.

TERAPIA GRUPAL:

- ✓ Comunicación
- ✓ Interacción social
- ✓ Manejo de Conductas perturbadoras (Tolerancia, Espera de turnos, límites, etc.)
- ✓ Fomentar conductas sociales.

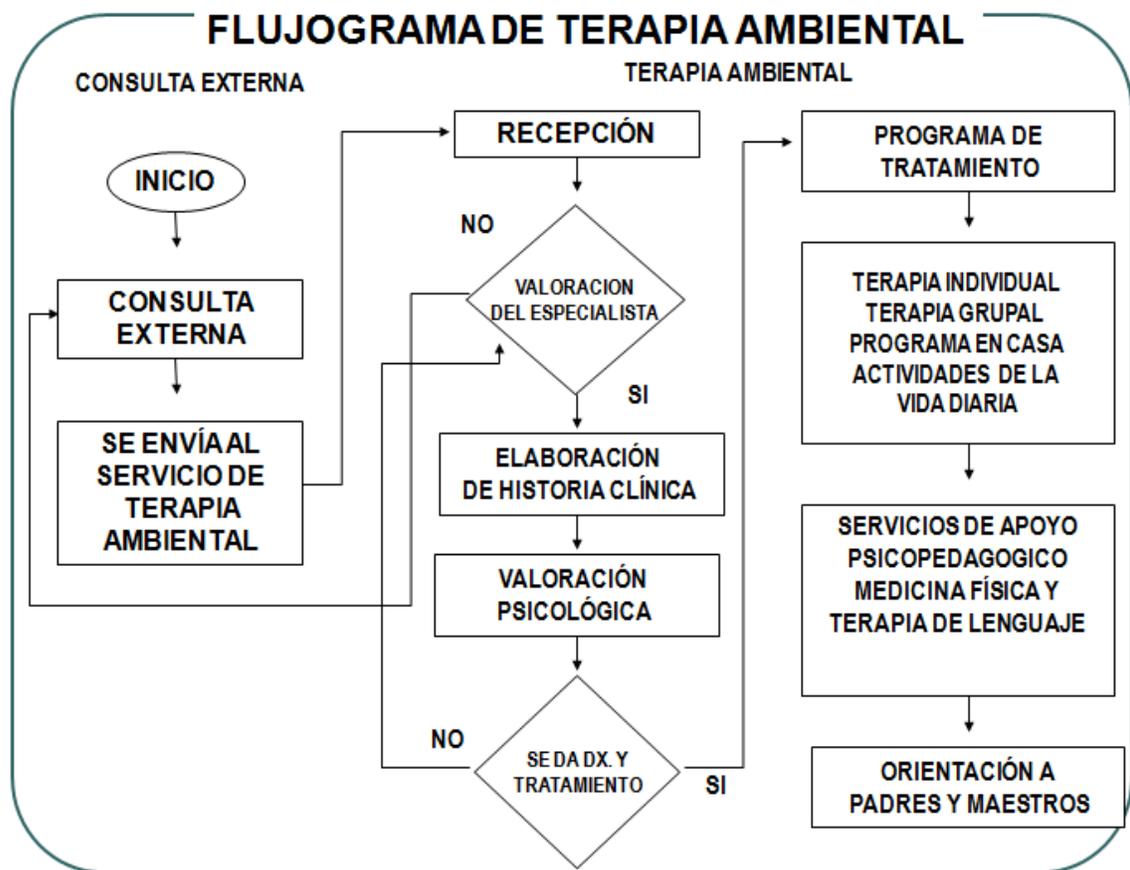
TALLERES:

- ✓ Fomentar la independencia, socialización y algunas habilidades, de los niños con Autismo a través de actividades sencillas, con la finalidad de una mejor integración.
- ✓ En el área de computación se le enseña al niño el uso de una computadora así como trabajar en algunos programas básicos para poder realizar alguna tarea, una presentación o dibujos; también se les enseña el manejo de algunos juegos.

PROGRAMA A ESCUELA:

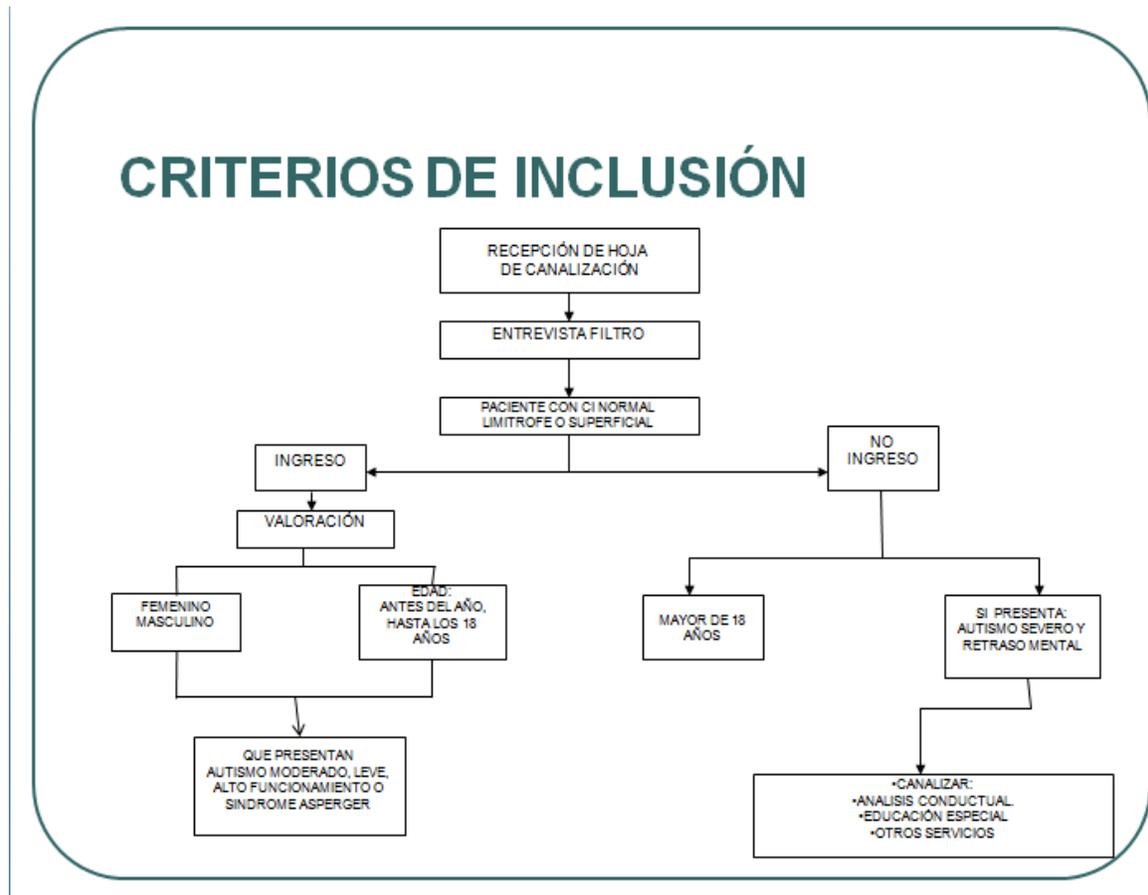
- ✓ Proporcionar información del Trastorno del Espectro Autista.
- ✓ Se dan estrategias de intervención dentro de la escuela.

Cuadro1. FLUJOGRAMA DE TERAPIA AMBIENTAL:



Se recibe al paciente en consulta externa del hospital, si es un probable diagnóstico de autismo se manda al área de Terapia ambiental, ahí se hace una valoración y si es ingresado se le hace una historia clínica y se le hace una valoración psicológica (aplicación de pruebas), al finalizar la valoración se le da el diagnóstico final a los padres, si es un paciente con TEA se le hace un programa de tratamiento de acuerdo a las necesidades del niño y se determina si es apto para terapia individual o grupal.

Cuadro 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN TERAPIA AMBIENTAL:



Para brindar un mejor servicio, el área de Terapia Ambiental (T.A.) sólo recibe a los pacientes que tienen un probable diagnóstico de TEA. Para esto se tiene un formato el cual lo tiene que llenar un médico psiquiatra en el área de Urgencias; una vez llenado este formato se envía al área de T.A. en donde se recibe y se le asigna una cita al paciente para una primer entrevista, dentro de ésta, se le hace una evaluación psicológica para determinar su C.I. El ingreso se hace mediante una valoración psicológica más completa; no importa sexo y deben de tener una edad entre los 0 hasta los 18 años y también deben de ser diagnosticados con autismo moderado, leve, alto rendimiento o Síndrome de Asperger. No se puede ingresar cuando son mayores de 18 años y son diagnosticados con autismo severo y retraso mental. En ese caso son canalizados a otras áreas dentro del mismo Hospital.

5.6 SUJETO:

U.E.C.R., un niño de 8 años de edad diagnosticado con el Trastorno de Espectro Autista en un grado moderado.

Niño sano, de complexión gruesa, en regulares condiciones de higiene y aliño, de edad aparente a la cronológica. Emitía sonidos pero no decía palabras concretas, realizaba movimientos estereotipados con las manos, no tenía contacto visual, no respondía cuando se le llamaba por su nombre. Se autoagredía, se golpeaba la cabeza con las manos o contra la pared, y llegaba a lastimar a su madre. Con horarios muy rutinarios y momentos de explosión de angustia y gritos cuando éste cambiaba aunque fuera en lo más mínimo. No prestaba atención, se mostraba siempre inquieto.

5.7 ANTECEDENTES DEL CASO:

Llegó al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” a la edad de 4 años para un primer ingreso referido por el Instituto de Comunicación Humana.

La madre refería que durante los primeros 6 meses del niño el desarrollo fue completamente normal y adecuado; después se percató de que no se sentaba con apoyo, no emitía sonidos ni palabras, cuando tiempo antes ya balbuceaba. Desde pequeño rechazó cualquier alimento que no fuera del seno materno con lo que cayó en una desnutrición severa, lo que llevó a la madre a acudir a valoración pediátrica donde se detecta reflujo gastroesofágico siendo manejado

posteriormente en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) donde recibió manejo por neurología, pediatría y rehabilitación física; con esta ayuda el niño volvió a adquirir peso y ya pudo lograr sentarse al año 4 meses pero no gateó, se paró sin apoyo a los 18 meses y al año 9 meses ya caminó.

También fue tratado en el Instituto de la Comunicación Humana porque se pensaba que tenía hipoacusia lo cual se descartó.

A la edad de 4 años, cuando llegó al hospital, el niño establecía muy poco contacto visual con la madre y con el resto de las personas. Cuando quería alimentos se lo pedía a su madre a señas; se jalaba el cabello, se azotaba contra la pared; se refería inquieto cuando le interesaba algo le ponía mucha atención. Su sueño era inquieto y no había control de esfínteres. Únicamente emitía sonidos, no se percibían monosílabos.

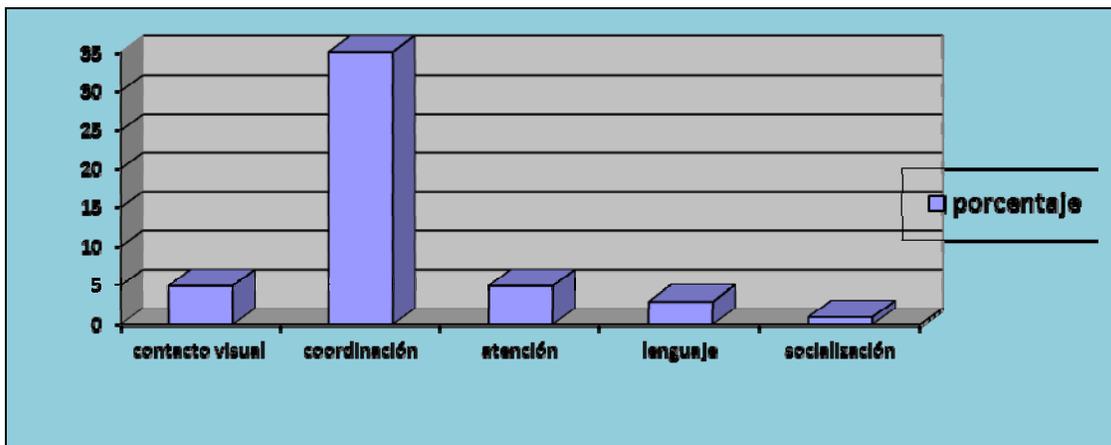
El diagnóstico en ese entonces fue de autismo moderado (Dx. ICD-10: F 84.0) el cual se confirmó cuando llegó al área de Terapia Ambiental, área especializada en Trastornos del Espectro Autista dirigido por la Psicóloga Elvira Murga del Valle. Las pocas pruebas que se pudieron realizar en el niño, debido a la dificultad de contacto de este, fueron aplicadas por la Psicóloga Gabriela Montero, la cual me dio la oportunidad de trabajar con U.E.C.R. cuando llegué a esa área.

VI. PROCEDIMIENTO:

6.1 PRIMERAS OBSERVACIONES:

Para poder comenzar la terapia con el niño primero quise hacer una evaluación mediante observación para poder apreciar que era lo que se tenía y podía trabajar con él ya que no presentaba ningún contacto con otras personas que no fuera su mamá o la Psic. Montero. De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación podemos deducir que tanto el contacto visual (5%), la atención (5%), el lenguaje (3%) y la socialización (1%) son las áreas en que más debía ponerse atención y empezar un programa de trabajo basadas en la mejora de éstas, ya que en la coordinación motriz (35%) (Psicomotricidad fina y gruesa) se encontraba dentro de un rango más aceptable aunque no se podía hacer a un lado la deficiencia también de ésta área (ver gráfica 1).

Gráfica1:



Basándose en éstos resultados se hicieron las siguientes recomendaciones:

a) Tratamiento en consultorio y programa en el hogar consistente en:

1. Estimulación vestibular.
2. Percepción táctil.
3. Coordinación motriz gruesa y fina.

b) Un programa de modificación conductual:

1. Estimular lenguaje.
2. Incrementar lapso de atención.
3. Incrementar tolerancia a la frustración.

Se comenzaron a dar sesiones individuales de instrucción que abarcaron órdenes básicas, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo. El programa de lenguaje se redujo a instrucciones básicas como: “ven aquí”, “siéntate”, “veme”, “manos abajo”, “wow”, “muy bien”, “bravo”, junto con gestos y movimientos positivos (aplausos, sonrisas, etc.) y aumento y exageración del habla de parte del terapeuta.

Se destinó un salón específico para el paciente, el mobiliario consistía en una mesa con dos sillas, un anaquel para colocar el material e iluminación y ventilación adecuados. Las actividades que se querían lograr en el paciente son las siguientes:

6.2 SECUENCIAS INSTRUCCIONALES:

ATENCIÓN:

- a) Contacto visual con el terapeuta.
- b) Establecimiento de contacto visual en estímulos, como precurrente en sencillas tareas de discriminación (colores y formas y posteriormente objetos y animales).
- c) Identificación de partes del cuerpo (ojos, nariz, orejas, boca).

CONTROL INSTRUCCIONAL:

- a) Seguimiento de instrucciones simples.
- b) Seguimiento de instrucciones a distancia.
- c) Seguimiento de instrucciones que requerían desplazamiento.
- d) Seguimiento de instrucciones con mayor grado de complejidad.

COORDINACIÓN MOTRIZ: Coordinación motriz fina:

- a) Construcción de torres con cubos.
- b) Moldear con plastilina.
- c) Empleo de movimientos digitales precisos:
 - 1. Inserción de pijas.
 - 2. Meter palillos por un orificio.
 - 3. Inserción de botones en una agujeta.

- d) Tapar y destapar frascos con rosca.
- e) Armar rompecabezas.
- f) Trazar líneas (toma correcta de lápiz).
- g) Iluminación.

LENGUAJE:

- a) Conducta vocal ecoica.
- b) Lenguaje receptivo.
- c) Lenguaje expresivo.

SOCIALIZACIÓN:

- a) Eliminación de conductas indeseables (autoagresión, hiperactividad, gritos y llantos)
- b) Establecimiento de conductas positivas (proximidad y contacto físico positivo)

ESTIMULACIÓN SENSORIAL:

- a) Colocación y movimiento de manos dentro de un recipiente con semillas.
- b) Acariciar los brazos y manos con un cepillo de cerdas finas y/o plumas de ave.

A continuación se describirá a detalle las actividades que se realizaron dentro de la terapia de cada una de las áreas antes mencionadas.

VII. RESULTADOS FINALES

7.1 SECUENCIAS INSTRUCCIONALES Y REGISTRO OBSERVACIONAL:

7.1.1 ATENCIÓN:

El propósito de esta secuencia era poder enseñar al niño a mostrar interés en cosas y personas que se le presentaban en terapia, así como establecer contacto visual tanto con la terapeuta como con otras personas por un tiempo más largo del que él establecía.

Procedimiento:

a) Contacto visual con el terapeuta:

Al salir por el paciente para entrar al consultorio se le llamaba por su nombre mientras nos acercábamos y finalmente ponernos cara a cara con él para que nos reconociera y estableciera contacto. Después se le tomaba de la mano (contacto sensitivo que sí permitía) y se le llevaba al consultorio mientras se le iba repitiendo: "Vamos U., ¿cómo estás U.?". Ya dentro del consultorio se le pedía que tomara asiento y se le mostraba el primer material con el que se iba a trabajar, esto sin dejar de repetir su nombre en el momento adecuado.

Para lograr tener su atención se utilizaban máscaras para que el niño volteara y se concentrara en nuestra cara y sobre todo que estableciera contacto visual, si no respondía se le tomaba de la barbilla y se le decía “veme U.”. Posteriormente se colocaban objetos, que llamaban su atención, a la altura de los ojos y gradualmente se iban bajando, así se logró mayor tiempo de contacto visual con la terapeuta y se le reforzaba con palabras como: “muy bien U.” y se le daba una caricia en el brazo, a lo cual respondía con una sonrisa.

Cada que respondía bien a la actividad se le daban este tipo de reforzadores sociales positivos. No se le daban premios o reforzadores materiales debido a que se podía generar una conducta más operativa y sólo respondería a premios.

U. alcanzó un porcentaje de 80 de respuestas correctas, las otras veces tuvieron que ser interrumpidas debido a las conductas negativas que llegaba a presentar cuando se irritaba (llantos, golpes en la cabeza y contra la pared y levantarse de la silla).

b) Establecimiento de contacto visual en estímulos, como precurrente en sencillas tareas de discriminación (colores y formas y posteriormente objetos y animales):

- Colores:

Se le presentaban aros de diferentes colores los cuales tenía que meter en la caja del color correspondiente. Al principio se le tomaba de la mano para tomar un aro y se le dirigía a la caja del color al que le correspondía mientras se le iba diciendo el color que era para poder también estimular el lenguaje. Primero se le presentaron dos colores, amarillo y rojo, después conforme iba avanzando, entendiendo y discriminando correctamente se le dieron los colores verde y azul y finalmente amarillo, rojo, verde, azul y anaranjado.

Este último color no le había mostrado antes para verificar la atención que estaba teniendo el niño, de hecho al principio lo confundía con el rojo pero se daba cuenta de que estaba equivocado y lograba colocarlo correctamente.

Ya en la última etapa, se escondían los aros de colores en un recipiente con semillas (alpiste y semillas de girasol) para que el paciente las buscara y las colocara en la caja correcta, en un inicio le costó un poco de trabajo pero mientras iba avanzando la terapia y se iba reforzando logró cumplir con la actividad cabalmente.

- Formas:

Una vez que ya podía identificar y discriminar colores, se le ponían en la mesa distintas figuras geométricas de diferentes colores (triángulos, cuadrados, rectángulos y círculos) para que los pusiera en el tablero el cual tenía los espacios bien marcados de las formas y los colores de las figuras que se le daban al paciente.

Inicialmente fue una actividad muy dirigida puesto que el niño no conocía las figuras, eventualmente se le fue facilitando ya que hacíamos que tomara las figuras, las sintiera y las identificara (mientras pasaba esto se le iba diciendo el nombre de cada figura), finalmente lo llevábamos al tablero para que también sintiera cuál era el espacio que le correspondía a la figura que tenía en la mano para que la colocará en su lugar.

- Objetos:

Se colocaban distintos muñecos y objetos de un tamaño aceptable en diferentes mesas, debajo de ellas o en los recipientes de semillas para que el niño las buscara mientras le pedíamos el objeto que tenía que encontrar y dárselo al terapeuta. Esta actividad obviamente fue utilizada ya en últimas sesiones ya que habíamos obtenido un gran avance.

- Animales:

Se utilizó un rompecabezas de parejas de animales; se le pedía que uniera los animales con su pareja y ya después de que había logrado hacer todas las parejas, le nombrábamos la pareja de animales que queríamos que nos diera. En esta actividad no tuvo ningún problema; lograba identificar muy bien cada animal.

c) Identificación de partes del cuerpo:

Esta actividad necesitaba ser frente a frente por lo cual se retiraba la mesa y la terapeuta se acercaba más a U. para poder tener un mejor control; se tomaba al niño de las manos y se le nombraba alguna parte del cuerpo, ejemplo: U. toca tu nariz, entonces se le dirigía su mano hacia su nariz, momento después se le decía: U. toca mi nariz y se le conducía la mano hacia la nariz de la terapeuta. Y así con cada parte del cuerpo que fuera más sencilla de reconocer para el paciente.

- Resultados:

En cada una de las actividades que se realizaron se obtuvo un 70% de la atención del niño debido a las dificultades que se presentaron por su irritabilidad, ya que si pasaba mucho tiempo atendiendo se empezaba a enojar y a tener explosiones de agresión y conductas negativas, pero en general hubo una gran diferencia de cuando llegó el primer día a terapia.

7.1.2 CONTROL INSTRUCCIONAL:

Esta secuencia fue utilizada en cada una de las actividades ya que para poder hacer que el paciente realizara las acciones se necesitaba un sistema de instrucciones. Se utilizan instrucciones simples, a distancia, que requerían desplazamiento del niño y con mayor grado de complejidad; que dependiendo la actividad, eran aplicadas para el manejo y realización de las secuencias instruccionales.

7.1.3 COORDINACIÓN MOTRIZ:

- Coordinación motriz fina:

La finalidad de esta secuencia era introducir al paciente a actividades que ocuparan su mente para evitar conductas negativas u obsesivas. También para facilitar la adquisición de algunas conductas de autocuidado como subir cierres, abotonar, abrochar, amarrar agujetas y el manejo de utensilios.

- a) Construcción de torres con cubos:

Se colocaban en la mesa frente al paciente cubos de madera de diferentes colores.

U., bajo instrucción, construía torres con cubos de colores; se le presentaban tarjetas con diversas figuras formadas por los cubos y el paciente debía reconstruir esa misma figura con los cubos del mismo color que se le presentaban en dicha tarjeta. Al principio se le iba señalando y nombrando el color de cada cubo para que se le facilitara reproducir la imagen; ya una vez entendida la actividad se le pedía a U. que lo hiciera sólo mientras se reforzaba positivamente cada respuesta correcta.

b) Moldear con plastilina:

Bajo instrucción e imitación U. debía ser capaz de moldear esferas y cilindros de plastilina. Esta fue de las actividades que le causaron más dificultad al paciente debido a su hipersensibilidad; cuando recién tomaba la plastilina empezaba a dar arcadas y se dejó por un instante la actividad hasta que se le tomaron las manos junto con la plastilina y se comenzó a familiarizar un poco más. Después se le pidió que tomara un trozo de plastilina, se la pusiera entre ambas manos y comenzara a hacer “bolitas”. Luego se le pidió que tomara otro trozo de plastilina, se la pusiera entre una mano y la mesa y que hiciera “viboritas”.

c) Empleo de movimientos digitales precisos:

1. Inserción de pijas: se presentaba al paciente en la mesa un tablero con dibujos con orificios los cuales los tenía que llenar con las pijas del color perteneciente. Se le daban cajas con las pijas de diferentes colores, dichas pijas estaban separadas por color, U. tenía que tomar una sola pija del color que se le pedía y ponerla en el orificio del color al que pertenecía en el dibujo. Ya cuando terminaba de llenar el dibujo se le pedía que tomara de igual manera una pija de un color y la colocara en la caja correspondiente y así sucesivamente hasta guardar todas las pijas.

2. Meter palillos por un orificio: Se le daba al paciente un palillo de un determinado color el cual tenía que colocar en el frasco pasándolo a través de un pequeño orificio; para generar el seguimiento ocular cada que se le presentaba el palillo se cambiaba de lugar el frasco. En cuanto se le daba el palillo también se le iba nombrando el color de éste para reforzar la identificación y discriminación de colores que ya se había logrado.

3. Inserción de botones en una agujeta: se le proporcionaba a U. una agujeta con un nudo al final de esta; al principio se le fueron dando los botones de uno en uno igualmente nombrándole el color de éstos, sucesivamente y al tener buen avance en la actividad, se escondían los botones en un recipiente con semillas para que el niño buscara los botones de uno en uno dependiendo del color que se le pedía y finalmente los insertara en la agujeta que se le había prestado.

d) Tapar y destapar frascos con rosca:

Esta actividad esta ligada con la inserción de botones, ya que los botones se encontraban en un frasco el cual, siempre al principio de dicha actividad, se le pedía al paciente que él lo abriera y al final de la actividad y de haber guardado todos los botones se le pedía que tapara el frasco y que lo llevara al estante donde se guardaba el material. Y así con cualquier material que se encontraba en frasco.

e) Armar rompecabezas:

Se le colocaban las dos partes del primer rompecabezas sobre la mesa, separadas a una distancia de 5cm. una de otra, de manera que sólo requería juntarlas para formar la figura. Al principio se le instigaba a apoyar las yemas de los dedos sobre la sección inferior del rompecabezas y moverla hacia arriba para juntarla con la otra. Una vez hecho esto, se le decía: “muy bien” y se le daba una sonrisa y aplausos. Se le fue desvaneciendo poco a poco la ayuda para que juntara las partes del rompecabezas él solo. Después de lograrlo hacer con un rompecabezas de dos piezas, se le prestó uno de cuatro piezas y así hasta llegar a las 8 piezas, ya más piezas se le dificultaban un poco y necesitaba nuevamente de la ayuda de la terapeuta.

f) Trazar líneas (toma correcta de lápiz):

La terapeuta tomaba una hoja de tamaño carta, con un lápiz de color se le mostraba al paciente cómo hacer una línea, después se le daba el lápiz a U., se le ayudaba a tomarlo de manera correcta y se le decía: “ahora haz una línea como esta” y se le señalaba la que la terapeuta había trazado. En un principio el paciente sólo hacía rayones por lo cual se le tenía que dirigir la mano y decirle: “esta es una línea”. Posteriormente U., ya sin necesidad de ayudarlo en la toma del lápiz, hacía la línea en cuanto se le pedía; de ahí se le fueron mostrando otras figuras sencillas para que él pudiera copiarlas.

g) Iluminación:

Ya una vez que U. pudo realizar trazos sencillos, se le pidió que con otro lápiz iluminara dentro de las figuras que él mismo había trazado; al inicio se le fue dirigiendo para que comprendiera lo que tenía que hacer y ya después sólo se le daba la instrucción y lo hacía, obviamente se le reforzaba en cada acierto.

Estas secuencias formaron un grupo de tareas a través de las cuales se le podía mantener sentado y ocupado en una actividad y así alejarlo de sus estereotipias, conductas negativas y establecer habilidades que facilitaran la posterior adquisición de repertorios de autocuidado. De un 35% que se tenía en cuanto a coordinación motriz fina, se logró llegar a un 85%.

7.1.4 LENGUAJE:

La finalidad de esta secuencia es establecer un repertorio básico de conducta verbal que le permita al paciente comunicar a los demás sus deseos y necesidades y responder diferencialmente a expresiones verbales simples.

a) Conducta vocal ecoica:

Se le pedía a U. que imitara algunos sonidos mientras se le tomaba de la barbilla y se manipulaba para que hiciera el movimiento de la boca de acuerdo al sonido que se le pedía. Las palabras que se le pedían eran muy sencillas: “hola”, “mamá”, “papá”, “rojo”, “verde”, “azul”.

b) Lenguaje receptivo:

Se le pedía la identificación de sí mismo, de sus padres, de la terapeuta, de algunas partes de su cuerpo y del cuerpo de la terapeuta y algunos objetos que se encontraban en el consultorio.

c) Lenguaje expresivo:

Se le pedía que por medio de ademanes o movimientos de la cabeza asintiera, negara, saludara o se despidiera de otras personas.

Cada que entraba al consultorio y se encontraba algún compañero terapeuta o algún niño, se le pedía que lo saludara de mano o hiciera la seña de saludo (abrir y cerrar la mano); lo mismo al terminar cada sesión para despedirse de los que se encontraban en el consultorio.

- Resultados:

En cuanto a conducta vocal ecoica, no se obtuvo un gran avance más que en la palabra mamá y el color verde, por lo cual se le recomendó a los padres seguir con la secuencia en casa para tener un mejor progreso. En lenguaje receptivo no hubo gran dificultad porque ya una vez entendida la actividad que se le pedía, por asociación el niño iba respondiendo favorablemente, aunque obviamente se hacían algunas modificaciones para que no se volviera sólo una actividad o respuesta operante. En lo correspondiente al lenguaje expresivo se tuvo progreso en cuanto a la negación y en el saludo y despedida sin embargo, igualmente, se le pidió a los padres que siguieran trabajando en actividades que incluyeran dicha secuencia. Se obtuvo un porcentaje de 20%, lo cual de acuerdo con las dificultades con U. fue un gran avance aunque no nos dejó muy satisfechos y se hizo la recomendación de seguir trabajando el lenguaje tanto en casa como en terapia.

7.1.5 SOCIALIZACIÓN:

Esta secuencia incluía llevar a cabo dos objetivos, eliminar las conductas indeseables que impedían el aprendizaje de conductas adecuadas y producían consecuencias aversivas para los demás, obstaculizando así la integración y adaptación del niño a su medio ambiente. También promover la adquisición y mantenimiento de respuestas sociales adecuadas que paulatinamente expondrían al niño a consecuencias sociales más positivas y contribuirían así al desarrollo de nuevas y más variadas conductas.

a) Eliminación de conductas indeseables (autoagresión, hiperactividad, gritos y llantos):

En la eliminación de estas conductas negativas lo que se hacía era mantener ocupado al paciente realizando actividades en las cuales utilizara tanto su atención como sus manos o se procedía a utilizar el recipiente de semillas para poder disminuir su ansiedad. Cuando se calmaba se intentaba regresar a la actividad que en primera instancia irritó a U.

b) Establecimiento de conductas positivas (proximidad y contacto físico positivo):

Cuando se logró que el paciente tolerara más el contacto con las personas, se le daba la instrucción de que al saludar o despedirse lo hiciera de mano. También cuando tenía algún acierto aparte del reforzador emitido verbalmente, se le daba una palmada o se le daba una caricia en la cara. Finalmente, cuando vimos mejoría en la aceptación de el contacto físico y de tener más personas en el consultorio, se trato de integrar a U. a un grupo de niños con Síndrome de Asperger, no se integró mucho al grupo pero notamos que lograba aceptar el contacto con los demás y hasta llegó a compartir algunas sonrisas con ellos.

Resultados:

A lo largo del año que se tuvo en tratamiento a U. se logró disminuir un 80% las conductas negativas que impedían a U. concentrarse o tener algún acercamiento a otras personas. En cuanto al contacto físico se logró disminuir la ansiedad que éste le producía y por lo tanto se pudo acercar más a otros niños dentro de un grupo que se tenía en terapia y a otros terapeutas que se encontraban en el área. Se logró un porcentaje de 45% en esta secuencia.

7.1.6 ESTIMULACIÓN SENSORIAL:

El objetivo de esta secuencia era disminuir las reacciones exaltantes del niño con toques suaves o el uso de semillas. También que el niño comenzara a aceptar el acercamiento de personas y objetos y que no le produjera algún tipo de aversión.

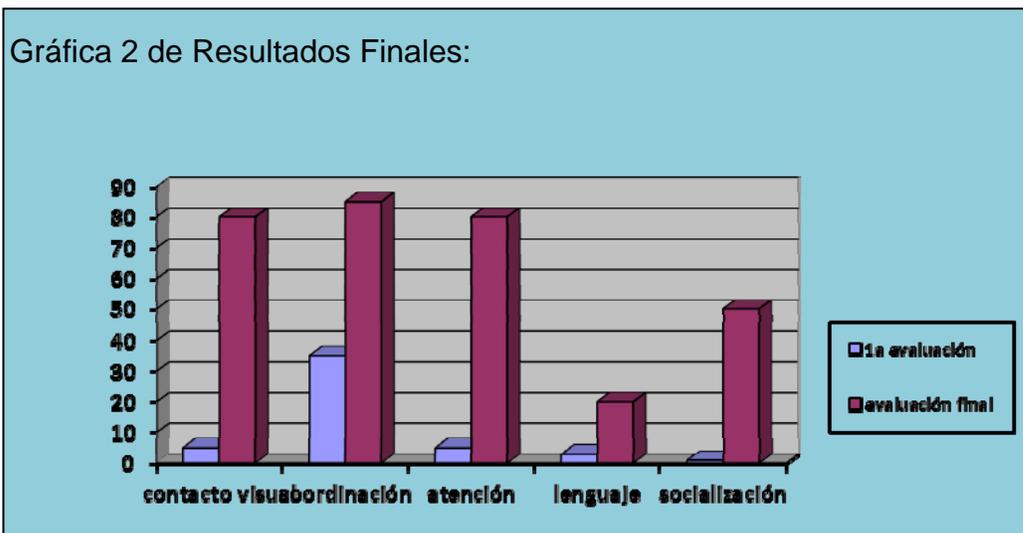
a) Colocación y movimiento de manos dentro de un recipiente con semillas:

Esta actividad, en un principio, se utilizaba al final de cada sesión para tratar de disminuir la ansiedad que podía llegar a presentar debido a la presión del trabajo que se había realizado dentro de la terapia. Después sólo se fue utilizando cuando llegaba alterarse el niño y ya no en todas las sesiones. Y al final esta actividad se incluía en el manejo de otras actividades como un elemento más y no tanto como reductor de conductas negativas.

b) Acariciar los brazos y manos con un cepillo de cerdas finas y/o plumas de ave:

Al iniciar este tipo de actividad notamos que U. tenía muy poca tolerancia al toque de otras personas, por lo cual se decidió implementarla para poder lograr la aceptación del toque de texturas diferentes tanto en sus manos como en sus brazos. Al inicio le costaba mucho trabajo acceder al contacto y nos alejaba haciendo a un lado el cepillo o las plumas; primero se intentó un lapso de 1 min y después se fue aumentando el tiempo paulatinamente.

De acuerdo a la gráfica 2 podemos observar una significativa mejoría en las distintas habilidades que se propuso aumentar al principio del estudio. Dicha mejora va a estar muy marcada en el estilo de vida que va a llevar el niño de ahora en adelante, claro, esto si los padres siguen estimulando y trabajando de la manera en que se hizo



VIII. DISCUSIÓN:

El tratamiento conductual abarcó tres aspectos fundamentales:

1. El desarrollo de nuevas conductas;
2. El aumento de frecuencia de conductas ya existentes;
3. La supresión de conductas aversivas.

Al promover la adquisición de nuevas conductas, se emplearon los métodos de moldeamiento por aproximaciones; se partió siempre de una respuesta simple y elemental que ya existía en el repertorio del niño; después mediante estimulación suplementaria y reforzamiento diferencial, se desarrollaban gradual y progresivamente nuevas cadenas de conductas.

La estimulación suplementaria, formada en su mayoría por instigación verbal y física, instrucciones y estímulos para respuestas de imitación, se desvaneció de manera muy gradual. De esta manera se evitaba la aparición de respuestas incorrectas, se daba práctica constante a la emisión de aproximaciones adecuadas y se favorecía la probabilidad de consecuencias positivas.

El decremento de la frecuencia de conductas se instrumentó mediante el procedimiento de extinción, el cual se empleó principalmente en situaciones de instrucción; cuando U. respondía incorrectamente a instancias de adiestramiento ya superadas con anterioridad y que no requería retroalimentación, no se prestaba atención a tal respuesta, pero se repetía la instrucción para que el niño la realizara nuevamente. También se aplicó la extinción a aquellas conductas indeseables o aversivas; para contrarrestar la ocurrencia de tales conductas.

Fue importante informar a los padres acerca de los objetivos del tratamiento, su importancia y la necesidad de su colaboración en lo que se refiere a su establecimiento y mantenimiento.

Se finaliza entonces con que el tratamiento conductual que se le dio al niño U.E.C.R. fue de gran ayuda y tuvo mucho progreso gracias al trabajo que se tuvo en terapia durante un año dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro multidisciplinario y apoyo de los padres para que esto sucediera.

REFERENCIAS

- Aarons, M. y Gittens, T. (1992). *The handbook of Autism: A guide for parents and professionals*. Routledge London and New York.
- American Psychiatric Association. (1995). *Trastornos Generalizados del Desarrollo en Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*, Masson, Barcelona.
- Baron-Cohen, S. y Bolton, P. (1998). *Autismo: Una guía para padres*. Alianza Editorial.
- Bauman, M. (1982). *Observaciones Neuroanatómicas en el cerebro autista: Fejerman, N. (Comp.). Autismo Infantil y otros Trastornos del Desarrollo*. Paidós, Argentina.
- Braner, A. y Branner, F. (1981). *Vivir con un niño Autístico*. Paidós, Barcelona-Buenos Aires.
- Bristol, M. y Wiegerink, R. (2000). *Autismo*.
- Bogdashina, O. (2003). *Percepción Sensorial en el Autismo y Síndrome de Asperger*. Autismo Ávila, España.
- Cuadrado, P. y Valiente, S. (2005). *Niños con Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo. ¿Cómo puedo ayudarlos?*. Editorial Síntesis, Madrid.
- DiLavore, M., Lord, P. y Rutter, C. (1995). *Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS)*.
- Doll, E. (1998). *Escala de Conducta Adaptativa VINELAND (Adaptive Behavior Scales)*. Interview Edition.
- Dunn, L.M.(1986). *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody*. Hispanic-American Adaptation. Universidad de Nuevo México.
- Espinosa A., C. (1997) *Metodología Observacional*. Facultad de psicología. UNAM.

- Filipek P. A., Accardo P., J., Baranek G., T., Cook E., H. Jr., Dawson, G., Gordon, B., Gravel J.,S., Johnson C.,P, Kallan R.,J., Levy S.,E., Minshew N.,J., Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin S, Tuchman R.,F., Volkmar F.,R. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29: 437-482.
- Frith, U. (2004). *Autismo: Hacia una explicación del Enigma*. Segunda Edición. Alianza Editorial.
- Garanto, J. (1984). *La familia del niño autista: el autismo*. Herder, Barcelona.
- Gómez C., A., Camarena M., B. y Nicolini S., H. Investigación sobre algunos factores genéticos y cognoscitivos que influyen en la etiología del autismo. *Salud Mental*, Vol. 20, No. 1, marzo 1997.
- Hernández- Muela, S., Mulas, F., Mattos, L. Contribución del cerebelo a los procesos cognitivos. *Revista de Neurología*, Vol. 40, 2005.
- Núñez, B. A. (2001). *Familia y Discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*.
- Palaszny, M. (2004). *El autismo: Guía práctica para padres y profesionales*. Trillas.
- Pedreira M., J.L. Evaluación del autismo y de las psicosis en la infancia: revisión y protocolo actualizados. *Psiquis*, Vol. 13, No. 3, 1992.
- Powers D., M. (2000). *Children with autism: A parent's guide*. Second Edition Woodbine House, USA.
- Ramos-Paúl, R. y Cardona T., L. (2009). *Trastornos infantiles: el entorno*. Santillana Ediciones Generales.
- Riviere, A. y Martos, J. (Comp.) (2000). *El niño pequeño con autismo*. APNA, Madrid
- Sigman, M. y Capps, L. (2000). *Niños y niñas con Autismo*. Ediciones Morata, Madrid.

Val Calmine L., J. y Stevenson, G. (2000). Autism in the early years: A practical Guide. David Fulton Publishers LTD, Great Britain.

Weidenheim, K.M. Neurobiology of Autism: An update. Salud Mental, Vol. 24, No. 3, junio 2001.

Weschler, D. (2007). Escala Weschler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV). Manual Moderno.

Wing, L. (1996). El Autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Paidós, Barcelona.