

La mirada mental de niños autistas que asisten a escuelas públicas de la ciudad de Temuco en Chile

Claudia Huaiquián Billeke

Mg. Psicología. Universidad de la Frontera
Académico Universidad Católica de Temuco
chuaiquian@uct.cl

Juan Mansilla Sepúlveda

Dr. Filosofía. Universidad Pontificia de Salamanca
Académico Universidad Católica de Temuco
jmansilla@uct.cl

Abstract

This investigation consists of the evaluation of a program of intervention psico-educativo based on images, applied to nine children with Widespread Disorder of the Development (TGD) of autistic type, which ages were fluctuating between 3 and 8 years of age that they were present at Temuco's city. The program focused to activate the development of the dimensions of anticipation and flexibility in children with TGD. For this, it was applied to them the Inventory of Development of Autistic Spectrum IDAS. Once executed the program they were evaluated again by the same instrument, significant differences being demonstrated in the dimensions of anticipation $t = 0,039$ ($P < 0.05$); in addition results notexpected were found, in the scale of disorder of social development $t = 0,040$ ($P < 0.05$). There were no significant evidences in the dimension of sense of own activity, a result being obtained of $t = 0,57$ ($P > 0,05$). The results reflect the efficiency of the application of the program of intervention with images which intention was to reach to the systematizing of the work with children and girls who suffer some widespread disorder of the development.

Key words: anticipation, flexibility, autism, visual thought, images

1. Problematización

Hay algo de autista en los dioses naturales del Olimpo, Apolo, Artemio y Anatema, avanzan rodeados de una aureola. Contemplan el mundo cuando deben golpearlo. Sus miradas son lejanas, como dirigidas a un espejo invisible donde encuentran su figura separada del resto. (Calasso, 1990, p. 53)

El autismo ha suscitado interés científico en diversas disciplinas, se caracteriza por graves trastornos del funcionamiento intelectual, social y emocional. Sus rasgos aparecen antes de los 30 meses de edad y consisten en anomalías en el ritmo y etapas de desarrollo. Esto implica necesidades de adecuaciones curriculares en los centros escolares, modificaciones de las condiciones de educabilidad¹ y disminución de las brechas sociales². Esto con el objeto lograr una auténtica igualdad de oportunidades de resultados.

La incorporación de niños autistas a grupos heterogéneos, así como la continua y variada modificación de los métodos educativos dificultan otorgar a este trastorno la atención especializada que requiere³.

La clasificación del autismo se sitúa desde la propuesta de los TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo) incluidos en las categorizaciones del Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales⁴.

Según DSM-IV-TR y CIE 10, el TGD se categoriza como: a) Trastorno autista, b) Trastorno de Asperger. El primero, se asocia en un 75% de los casos a un retraso mental; en cambio el segundo, se diferencia principalmente porque no implica limitaciones o alteraciones formales del lenguaje - aunque si otras alteraciones

¹ L. Navarro, *La escuela y las condiciones sociales para aprender y enseñar: equidad social y educación en sectores de pobreza urbana*, Unesco, Buenos Aires, 2004.

² J.C. Tedesco, *Educación en la Sociedad del Conocimiento*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2000.

³ A. Riviére, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Simnacas, Madrid, 2001.

⁴ Association DSM IV TR, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona, 2000.

pragmáticas y prosódicas - alteración en la relación social, y se acompaña de un rendimiento intelectual en los rangos de normalidad⁵. Se incluyen en la clasificación: (i) Trastorno de Rett; (ii) Trastorno desintegrativo de la niñez, y (iii) Trastornos profundos del desarrollo no específicos⁶. Entonces, surge la pregunta ¿Cuál es el impacto del modelo de intervención basado en imágenes en niños y niñas entre 3 y 8 años con TGD en Temuco en la región de la Araucanía?

2. Discusión teórica

Al respecto Kanner⁷ describe que las personas con autismo clásico muestran los siguientes síntomas: (a) interacción social limitada, (b) problemas con la comunicación (c) la imaginación y (d) actividades e intereses limitados o pocos usuales. Según DSM-IV-TR para diagnosticar TGD deben coexistir un conjunto de trastornos, principalmente de relación, comunicación y flexibilidad. En este sentido, los TGD de acuerdo a su severidad se han definido a partir de las siguientes clasificaciones:

Autismo de Kanner. Visibiliza trastornos profundos de la actividad intelectual, social y emocional, con anomalías en: a) el ritmo y etapas del desarrollo, b) las respuestas inadecuadas a estímulos sensoriales y, c) el habla, lenguaje y alteraciones en las capacidades y de relación con las personas, sucesos y objetos⁸.

Síndrome de Asperger. Es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce como espectro y se caracteriza por la perturbación grave y generalizada de varias áreas de las habilidades para la interacción social y comunicación o presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados⁹.

Trastorno espectro autista. Considera al autismo como un continuo, ya que ayuda a comprender la existencia de rasgos comunes, como es en las limitaciones a nivel social. Existen marcadas e importantes diferencias entre las personas diagnosticadas, ya sea con autismo de Kanner, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, o con rasgos autistas asociados a otros cuadros.

⁵ A. Rivière, Op.cit.

⁶ Association DSM IV TR, Op. cit.

⁷ L. Kanner, *Autistic disturbances of affective contact*, Nervous Child, 217 (2), 5-251943, 1943.

⁸ W. Herward, *Los niños excepcionales: una introducción a la educación especial* (5ª ed.). Prentice Hall, Madrid, 1998.

⁹ Valdez, Rivière, Martos y Ruggieri, *Autismo. Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*, Fundec, Buenos Aires, 1991

Rivière y Martos¹⁰ definen un conjunto de doce dimensiones. Cada dimensión posee cuatro niveles, que han demostrado establecer equilibrios significativos entre la validez y fiabilidad de los diagnósticos y a su vez posibilita visualizar con más detalle, las características individuales de las distintas personas que presentan espectro autista. Rivière¹¹ planteó que desde los años sesenta se han propuesto diversos programas para desarrollar la comunicación, el lenguaje y las competencias sociales en los niños autistas.

El método educativo más conocido es el método Lovaas¹², y ha sido uno de los sistemas de enseñanza que se ha fundamentado en modelos conductistas. El tratamiento se centraba en aspectos psicológicos tanto de los niños como de los padres: terapia de juego para los niños y terapia de grupo para los padres. El postulado de Lovaas se basa en la modificación de la conducta, planteamiento desarrollado originalmente por Skinner. Lovaas¹³ lo adoptó como método de terapia educacional para niños autistas; sus principios implican la utilización de técnicas y procesos de reforzamiento, estimulación de respuestas de apoyo instrumentales, retirada gradual de estímulos de sostén y moldeamiento. La intervención se realizaba en la edad temprana en una modalidad de uno a uno, desde un enfoque familiar, tratándose de una intervención intensiva, con un gran número de horas.

Hoy se encuentra el proyecto TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) de Carolina del Norte, Estados Unidos, programa que se basa en la individualización, enseñanza estructurada y adaptación ambiental, que pretende desarrollar las habilidades comunicativas y su uso de manera espontánea en contextos naturales, empleando para ello, tanto lenguaje verbal como sistemas alternativos de la comunicación, uso de anticipadores auditivos, táctiles y gestuales. Estos ofrecen una guía con objetivos y actividades. El programa enseña habilidades comunicativas en sesiones estructuradas individuales, se anticipa la enseñanza incidental, se preparan los ambientes naturales, donde participa activamente la familia en la enseñanza y entrega de estímulos.

¹⁰ A. Rivière, y J. Martos, *El Tratamiento del Autismo, nuevas Perspectivas*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1994

¹¹ A. Rivière, 2001. Op. cit.

¹²E. Schopler, y G. Mesibov. *The effects of autism on the family*. Plenum, Nueva York, 1984

¹³ I. Lovaas, *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*, Martínez Roca, Barcelona, 1989

Actualmente una de las aproximaciones más sustantivas es la Teoría de la Mente. Baron - Cohen¹⁴ plantea la existencia de un componente cognitivo que explicaría las dificultades, sobre todo sociales y de comunicación, en los niños autistas. Baron-Cohen, Leslie y Frith¹⁵ realizaron un estudio donde encontraron que el 80% de su muestra de niños con autismo, evidenciaba que no tenían teoría de la mente. Hobson¹⁶ (1993), planteó que el déficit mentalista es secundario a una alteración en la forma en que las personas con autismo se relacionan con los demás, debido a la presencia de alteraciones innatas, dado que existirían variaciones en los procesos de intersubjetividad y de otras habilidades cognitivas y perceptivas como la atención conjunta. Otra teoría es la del Déficit de la Función Ejecutiva. Ozonoff, Pennigton y Rogers¹⁷ (1991) sostienen que las personas autistas tienen dificultades en el momento de la utilización de la información. Astington¹⁸ (1998) define la función ejecutiva como un grupo de habilidades que se involucran para mantener un marco apropiado para la resolución de problemas. Bailey-Demsei y Reid (1996) indicaron que los niños y adultos con autismo muestran dificultades al planificar y organizar, usar un lenguaje adecuado al interactuar. Ozonoff et al.¹⁹, (1991) examinaron un amplio rango de problemas neurológicos, incluyendo funciones ejecutivas, para explorar qué déficit podrían ser específicos y universales en el autismo.

Otro planteamiento es la Teoría de la Coherencia Central. Esta teoría hace referencia a la forma en cómo las personas procesan la información que reciben en función de otros patrones globales de búsqueda que ayudan a dar sentido y coherencia. Frith²⁰ (1991) manifiesta la incapacidad de integrar información, que se da en las personas que padecen de autismo, impidiendo así la obtención, de ideas coherentes y con sentido.

El diagnóstico del autismo no define un criterio de escolarización sino que debido a la gran heterogeneidad que presentan los cuadros se necesita una

¹⁴ S. Baron Cohen, *Theory of mind and autism, A fifteen year review*, En: Baron Cohen, Tager-Flusberg y Cohen (ed.) *Understanding other minds, Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience, Second Edition*, University Press Oxford, New York, 2000.

¹⁵ Frith, U, *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Alianza, Madrid, 1991.

¹⁶ Hobson, P, *El Autismo y el Desarrollo de la Mente*, Paidós, Madrid, 1992.

¹⁷ S. Ozonoff, B.F. Pennigton, y S.J. Roger, *Executive function deficit in high functioning autistic individuals. Relationship to theory of mind*, Journal of child Psychology and Psychiatry, 1991, 32, 1081-1105.

¹⁸ J. Astington, *El Descubrimiento Infantil de la Mente*, Ediciones Morata S.L., Madrid, 1998.

¹⁹ Ozonoff et.al., 1991. Op. cit.

²⁰ U. Frith, *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Alianza, Madrid, 1991.

valoración individualizada y concreta de cada caso para poder determinar las soluciones educativas más adecuadas en cada momento²¹. En el niño autista, el objetivo central de la intervención es mejorar sus competencias sociales, favorecer sus habilidades comunicativas y así lograr una conducta autorregulada adaptada al entorno²².

En las intervenciones los aprendizajes deben ser funcionales, espontáneos y generalizables, todo ello en un ambiente de motivación, donde se les enseñe a los niños las habilidades y el uso de las mismas²³. Los apoyos estarán en directa relación con el nivel de desarrollo cognitivo²⁴. Es necesario un estilo instructivo, que implique inducir al niño a los contextos y situaciones de interacción diseñados especialmente para él, favoreciendo las competencias sociales que ya tenga adquiridas²⁵.

En las intervenciones, es necesario diseñar un entorno con claves concretas y simples que le ayuden al niño a estructurar espacio y tiempo. Se han planteado sistemas de estructuración ambiental específicos para aulas de niños autistas y hace hincapié en que al igual que en otras alteraciones, como las motrices, para las que se plantea la eliminación de barreras del espacio físico, en el caso del autismo y del retraso mental grave y profundo, también es preciso plantear y proyectar la eliminación de barreras cognitivas, esto es, modificar las claves complejas por otras más acordes al nivel y a las características de los alumnos²⁶.

Cabe decir que acuerdo la mente autista funciona de manera parcializada, es decir, al recibir diferentes estímulos, la persona se enfoca en un determinado y no es capaz de comprender la globalidad, ni de ordenar toda esa información o direccionar su atención a lo más relevante de la situación, siendo incapaz de relacionar, guardar información, responder al medio ambiente y aprender²⁷.

La mayoría de los autistas piensa en imágenes, de una manera parcializada, y con un tipo de modelo de pensamiento basado en asociaciones. Un indicador es que

²¹ J. Fuentes, *Autismo y Necesidades Educativas Especiales*. Cuadernos para la integración social. Victoria: Gobierno Vasco. Bilbao, 1992.

²² M. Lie de Rozental, *El Autismo: Enfoque Fonoaudiológico*, Panamericana, México, 1993.

²³ F. Cuxart, *Autismo aspectos descriptivos y terapéuticos*, Aljibe, Málaga, 2000.

²⁴ M.A. Verdugo, 2007. Familia de adultos con discapacidad intelectual en Cali, Colombia desde el Modelo de Calidad de Vida. Universidad de Salamanca.

²⁵ A. Rivière, 2001. Op. cit.

²⁶ J. Tamarit, *El Autismo y las Alteraciones de la Comunicación en la Infancia*. Intervención Educativa, Escuela Española, Madrid, 1990

²⁷ A. Rivière, *La mirada mental*, Aique, Buenos Aires, 1996

los autistas cuentan con la capacidad de usar como principal método, el procesamiento de información²⁸. También se plantea una anormalidad cognitiva que influye en un amplio rango de funciones psicológicas, desde las lingüísticas hasta las sociales y perceptuales. Estos autores proponen que las personas no autistas muestran una fuerte tendencia a interpretar los estímulos de una forma relativamente global, considerando el contexto²⁹. Los llamados “sistemas alternativos de comunicación” propuestos por han sido los más utilizados³⁰. Por lo cual, es fundamental en el momento de intervenir entregar la información visual secuenciada como una manera de ordenarles su mundo³¹ y a la vez comprender el lenguaje levinasiano: “el otro soy yo”.

3. Método

Se utilizó un diseño de grupo único antes- después de naturaleza cuantitativa. No se consideró grupo de control, debido a la dificultad de identificar variables y niveles comunes a todos los niños con este tipo de NEE, ya que no todos los niños con TGD manifiestan los mismos niveles de trastorno con respecto a su desarrollo, comportamiento, comunicación y socialización³².

4. Técnica de recogida de datos

Inventario de Desarrollo de Espectro Autista (IDEA). Se evaluó doce dimensiones características de los sujetos con espectro autista y con TGD. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de las dimensiones. Estos niveles tienen asignada una puntuación par (8, 6, 4 o 2 puntos), reservándose las puntuaciones impares para aquellos casos que se sitúen entre dos puntuaciones pares. El inventario IDEA ha sido construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo, permite: (a) Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona; (b) Formular estrategias de tratamiento de cada dimensión, en función de las puntuaciones obtenidas; (c) Someter a prueba los cambios a mediano y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con espectro autista. Este test, diseñado por Rivière (2002) cuenta con un estudio de confiabilidad inter-jueces, en la región de la Araucanía y ha sido utilizado desde 1995 para realizar diagnósticos en diferentes países como España y Argentina.

²⁸ T. Grandin, *Pensar en Imágenes, Mi Vida con el Autismo*, Alba, Barcelona, 2001

²⁹ Schopler y Mesibov, 1995. Op.cit.

³⁰ Schaeffer, Musil, y Kollizas (1980)

³¹ Grandin, 2001. Op. cit.

³² Rivière, 1996. Op. cit.

Se clasificó a los sujetos por el grado de severidad de TEA en los siguientes estratos: Grupo 1: Inicio (Kanner A, Kanner B, Kanner C), Grupo 2: intermedio y Grupo 3: avanzado (Asperger A, B, C y D).

5. Resultados

Para diferenciar a los sujetos resguardando sus identidades se les denomina en la investigación por su grado de severidad. En el caso de recurrencia en la patología, se les otorgó una letra del alfabeto.

Tabla 1. Distribución de la población según identidad autista

	Severidad	Edad	Identidad designada
Grupo 1 iniciación	Severo	5	Severo
	Kanner	4	Kanner A
	Kanner	3.5	Kanner B
Grupo 2 intermedio	Kanner	6.0	Kanner C
	Asperger	5.0	Asperger A
	Kanner	6.0	Kanner D
Grupo 3 avanzado	Asperger	7.0	Asperger B
	Asperger	7.0	Asperger C
	Asperger	7.0	Asperger D

Al comparar el puntaje de la escala del Trastorno de la Anticipación y Flexibilidad (12,22 >11,33) antes y después del PIBI, se observa una disminución de la dimensión y esta resulta con la prueba Wilcoxon como una diferencia estadísticamente significativa, con una $p < 0.05$, demostrándose un impacto del programa PIBI en el total de esta escala. Sin embargo, las medidas del IDEA, en las sub-dimensiones, pre y post programa PIBI en anticipación (4,22 > 3,78), flexibilidad (4,11 > 3,89) y sentido de la actividad propia (3,89 > 3,67) PIBI, muestran una leve disminución del puntaje, que la prueba de Wilcoxon, no evidencia, como diferencias estadísticamente significativas.

Los datos expuestos y comparación de medidas antes y después del PIBI, se observan a través de la figura 1, en cada uno de los participantes de la muestra.

Gráfico 1. Comparación Puntajes IDEA dimensión Anticipación

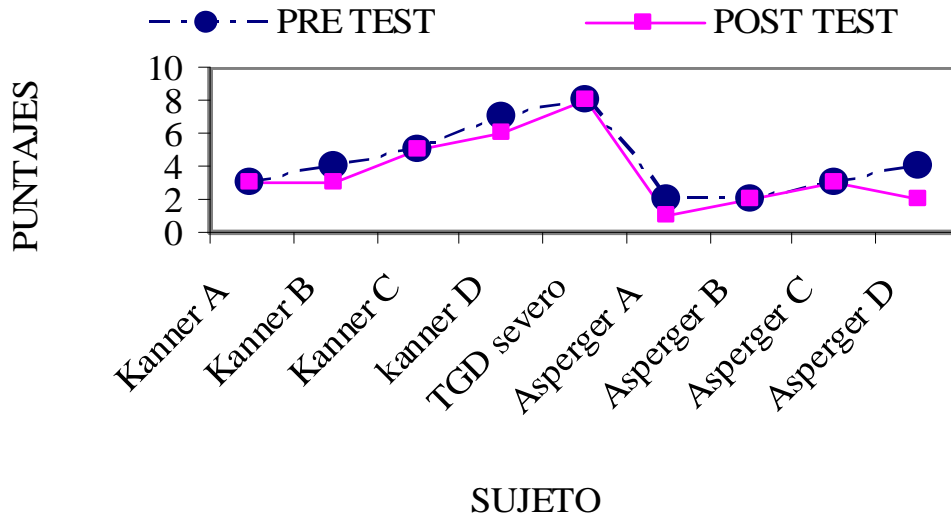
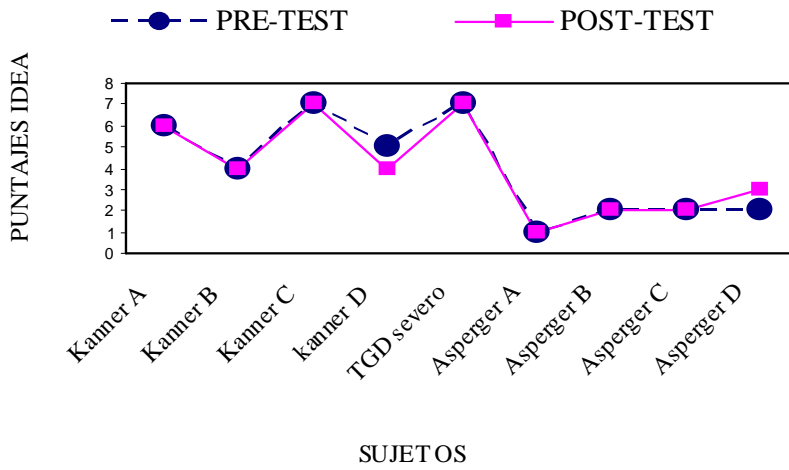
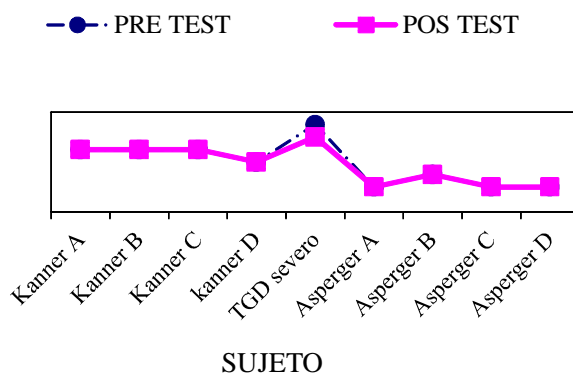


Gráfico 2. Comparación Puntajes IDEA dimensión Flexibilidad



Esta dimensión se observa débilmente impactada por el PIBI, una proporción de 25% de sujetos Kanner y un 25% de sujetos Asperger obtuvieron avance en la dimensión de flexibilidad. Los sujetos Asperger A, B y C mantuvieron su puntaje.

Gráfico 3. Comparación de puntajes IDEA dimensión Sentido de la actividad propia.



El sentido de la actividad propia, es un rasgo profundamente arraigado en el TGD, esto se observa en los participantes, sólo *TGD severo*, mostró una variación que se evidencia en la figura 3. Los otros niños en un lapso de 10 semanas no muestran variación, post PIBI.

Tabla 2. Comparación de la media por escalas

Escala	Media Pre Test	Media Pos test	Nivel de significancia
Trast. Desarrollo Social	10,33 >	9,22	0,040 * p <0,05

Trast Comp lenguaje	10,55 >	10	0,139 ns
Trast.de la Antic. y Flex.	12,22 >	11,33	0,035 * p <0,05
Trast. Simbolización	11,66 =	11,66	1,0 ns
Total T. Espectro Autista	44,67	42,78	0,017 * p<0,05

A partir de los datos observados se evidencian diferencias estadísticamente significativamente entre las medidas totales del Trastorno del Espectro Autista, antes y después del PIBI, (44,67 > 42,78), con una $P < 0,05$. (Wilconxon). Se evidencia un impacto favorable del PIBI en todo el trastorno del espectro autista (TEA). De las cuatro áreas TEA, el 50 % de ellas, muestra diferencias estadísticamente significativas a nivel de $p < 0,05$, después de la aplicación del programa, esto deja en evidencia que hay impacto en el desarrollo de los niños en las escalas de *anticipación*, anteriormente descrita, a la que se suma el impacto favorable en el desarrollo y disminución del TEA, en la escala del *desarrollo social*, (10,33 > 9,22) $p < 0,05$. Esta dimensión afectada favorablemente por el PIBI es clave para instalar un programa de intervención, ya que permite establecer un puente de contacto con los participantes a través de actividades conjuntas, disminuyendo el aislamiento y soledad del Trastorno.

6. Conclusiones

Los principales resultados descritos; (a) medición antes –después del PIBI, en escala de *anticipación*, muestra una disminución leve del TEA; (b) Medición antes-después PIBI en escala *social*, muestra una disminución del TEA; y una medición antes-después del PIBI en escala total de *Trastornos de Espectro Autista*, muestra disminución en el total de las dimensiones. Esto permite sustentar que el programa diseñado en este estudio PIBI, puede activar favoreciendo un mejor desarrollo en al menos dos áreas, que se encuentran detenidas y /o alteradas en el TEA de niños con TGD intervenidos.

El programa PIBI basado en imágenes, se sustenta en la premisa que la educación es la vía principal de intervención, en donde los niños con TGD, requieren del material visual, debido a su incapacidad para integrar la información, las imágenes

sirvieron como organizadores y claves para dar sentido a la acción, favoreciendo las experiencias cotidianas, flexibilidad mental, anticipación de comportamientos de otros y dando sentido a las diferentes conductas. Los datos obtenidos en un programa basado en imágenes evidencian que la imagen visual es un puente que permite organizar mejor la experiencia para niños con TGD³³. El programa que se desarrolló al ser de alta intensidad permite iniciar cambios en niños con TGD. En cada una de las estrategias con imágenes, los grupos necesitaron adecuaciones a sus niveles de severidad siguiendo los lineamientos teóricos que describen la capacidad intelectual, simbólica y comprensión lingüística del niño³⁴.

Con respecto a los niveles del espectro autista pre y post test, en las tres dimensiones el programa de imágenes tuvo impactos positivos, puesto que proporcionó las ayudas externas necesarias que permitieron a los niños mayor seguridad y desenvolvimiento, apoyados por un ambiente ordenado, claro y predecible, lo que permitió el enriquecimiento gradual de contenidos comunicativos, pensamientos e intereses lúdicos, logrando realizar actividades cada vez más complejas. En el área social se observó que los niños de nivel Asperger, presentan conductas poco imaginativas, repetitivas y no inician actos de juego simbólico, por lo cual en las actividades deben estar siempre guiados por un adulto.

Las imágenes del PIBI favorecieron un mayor contacto visual entre los niños y el adulto, lo que reflejó la existencia de un vínculo específico con la otredad. Al usar claves visuales se intervino en una de las principales áreas disminuidas del autista, que radica en no iniciar actos comunicativos o de expresión afectiva³⁵. Cuando no se usan imágenes se observa un juego solitario con objetos, usándolos de forma repetitiva e inadecuada. El PIBI se enfoca en una intervención temprana, y trabaja en la mediación con el propio niño para obtener herramientas que le permitan desenvolverse en todo tipo de contexto, y se fundamenta en que, a pesar que los individuos son extremadamente diferentes entre sí, requieren ser intervenidos de manera grupal, debido a que necesitan ser expuestos a interacciones con otros, para así potenciar sus habilidades sociales. El programa evidenció un impacto global en el TEA. Sin embargo, los datos muestran leves diferencias en el rango $p < 0,05$, lo que implica la necesidad de continuar esta línea de estudio. Se constató que los niños con Asperger, fueron los que presentaron mayor evolución en el área social, esto se reflejó en el juego lo que indica una capacidad de simbolización mayor. El área más afectada en los autistas es la dimensión social. Una de las

³³ Valdez et al. 2001, y Grandin, 2001. Op. cit.

³⁴ Rivière, 1996. Op.cit.

³⁵ S. Baron Cohen, 2000. Op. cit.

primeras estrategias para ellos fue modificar el ambiente físico. La intervención a partir de un ambiente secuenciado evidenció cambios en la flexibilidad, disminuyendo los rituales, estereotipias motoras, y aumentó la iniciativa y acercamiento a iguales.

En la dimensión de anticipación, se evidenciaron conductas anticipatorias frente a las imágenes, objetos concretos y anticipadores auditivos, con menor oposición a cambios. En cuanto al sentido de la actividad propia, los participantes desde los niveles más severos, fueron capaces de seguir una secuencia simple, presentando coherencia en sus acciones, y con el contexto en que se producen, evidenciando además, mayor coherencia en el lenguaje expresivo frente a la ejecución de las acciones. Se demostró que la mejor manera para favorecer la organización del mundo de niños autistas, es la utilización de estrategias visuales, desde un banco de imágenes que ordena las rutinas, hasta el apoyo con objetos concretos y consignas gestuales ya que le proporcionan seguridad y claridad.

En relación a las dificultades para anticipar, se demostró que la utilización de juegos circulares, con una estructura de anticipación repetida y muy básica, fue favorecedora de la aparición de pautas de comunicación intencionada y del desarrollo de los primeros esquemas de interacción, favoreciendo la atención conjunta. Sin embargo, en el grupo de los niños que presentaban mayores limitaciones en la formación de esquemas y el uso de ellos, aparece la necesidad de preservar sus entornos sin cambios para evitar sentimientos de angustia, puesto que no adquirieron la flexibilidad necesaria para ajustar sus representaciones mentales a una realidad diferente.

Los niños autistas se caracterizan por la dificultad para encontrar sentido tanto a sus propias acciones como a las ajenas, siendo incapaces de encadenarlas con un propósito final. Esta situación se relaciona con el déficit de coherencia central que les dificulta la integración de información para dar sentido a los distintos momentos de la sesión³⁶. La información no se transforma en conocimiento, por lo tanto, no tienen una mente bien ordenada. El programa de intervención demostró que es posible mejorar el sentido de la actividad propia, a través de estrategias visuales apoyadas por material concreto y verbalización de acciones en diferentes contextos.

Las dificultades en flexibilidad guardan relación con el déficit en la dimensión de anticipación y dependen del nivel intelectual de los niños, cuya manifestación son las estereotipias motoras. En los niños más severos, esto se acompaña de

³⁶ U. Frith, U, *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Alianza, Madrid, 1991

contenidos obsesivos como es el caso del sujeto Kanner y búsqueda permanente de estímulos auditivos.

Con los sujetos más severos, se recurrió a estrategias tales como imitar sus movimientos con el objetivo de tener una forma de conectar y atraer su atención, hacer de espejo para luego moldear su estereotipia, introduciendo ruptura y cambio de ritmo. Además se le daba sentido lúdico a sus movimientos, buscando complicidad y mimesis, para lograr que el niño o niña tenga presente al otro.

La otra dimensión intervenida fue sentido de la actividad propia, aspecto difícil de abordar, ya que las personas autistas carecen de esquemas para organizar secuencias activas en función de metas anticipatorias, se traduce en la emisión de acciones sin propósito³⁷. Esto se evidenció en los niños en acciones tales como realizar carreras sin sentido al llegar a la sala, caminar en puntillas, deambular de un lugar a otro, sin mostrar interés por nada. En los casos que se presentaba una desconexión muy acentuada, lo prioritario fue conseguir un vínculo entre niño y adulto, acompañándolo inicialmente en sus movimientos, buscando y provocando complicidad, poco a poco, para ir reduciendo el movimiento y tono de voz, de modo de contrarrestar conductas como las carreras, gritos e impulsividad, actuando como modelo de control de su propia actividad. A medida que se conseguía el control, se incorporaron materiales llamativos, procurando un uso funcional de los mismos, dando el máximo de apoyo visual inicial, retirándolo paulatinamente, lo cual coincide con el planteamiento de Lovaas.

El programa de imágenes es una forma de intervención que puede ser utilizada tanto con niños con TGD como en la mayoría de los niños con NEE, también es posible utilizarlo en la educación regular en niños que presenten alteraciones auditivas o déficit atencional, pues aporta estrategias que les ayudan a comprender, por ejemplo, sutilezas sociales de un modo más adecuado a sus estilos de aprendizajes.

Referencias bibliográficas

APA, *Manual de Estilos de Publicaciones de la American Psychological Association*. (Versión abreviada), El Manual Moderno, Bogotá, 2006
Association DSM-IV-TR, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona, 2000

³⁷ Rivière, 1996. Op.cit.

- Astington, J., *El Descubrimiento Infantil de la Mente*, Ediciones Morata S.L., Madrid, 1998
- Baron Cohen, S, *Theory of mind and autism, A fifteen year review*, En: Baron Cohen, Tager-Flusberg y Cohen (ed.) *Understanding other minds, Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience, Second Edition*, University Press Oxford, New York, 2000.
- Cuxart, F., *Autismo aspectos descriptivos y terapéuticos*, Aljibe, Málaga, 2000
- Frith, U, *Autismo*, Alianza, Madrid, 1989
- Frith, U, *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Alianza, Madrid, 1991
- Fuentes, J, *Autismo y Necesidades Educativas Especiales. Cuadernos para la integración social*. Victoria: Gobierno Vasco. Bilbao,1992
- Grandin, T, *Pensar en Imágenes, Mi Vida con el Autismo*, Alba, Barcelona, 2001
- Herward, W, *Los niños excepcionales: una introducción a la educación especial* (5ª ed.). Madrid, Pearson-Prentice-Hall, 1998
- Hobson, P, *El Autismo y el Desarrollo de la Mente*, Paidós, Madrid, 1992
- Kanner, L, *Autistic disturbances of affective contact*, Nervous Child 1943, 217 (2), 5-25
- Lie de Rozental, M, *El Autismo: Enfoque Fonoaudiológico*, Panamericana, México, 1993
- Lovaas, I, *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*, Martínez Roca, Barcelona, 1989
- Lovaas, I, *El Niño Autist*, Debate, Madrid, 1990
- Manual de diagnóstico CIE 10, *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor X Edición, Madrid, 1992
- Marchesi, A., Coll, C., y Palacios, J, *Desarrollo Psicológico y Educación*, En Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales, Alianza, Madrid, 1999.
- Martos, J., y Martínez, C., *Autismo Una revisión desde la investigación actual*, Psikhe, Madrid, 2001 10 (2), 3-10.
- Navarro, L., *La escuela y las condiciones sociales para aprender y enseñar: equidad social y educación en sectores de pobreza urbana*, Unesco, Buenos Aires, 2004.
- Ozonoff, S.; Pennigton, B.F.; y Roger, S.J., *Executive function deficit in high functioning autistic individuals. Relationship to theory of mind*, Journal of child Psychology and Psychiatry, 1991, 32, 1081-1105
- Rivière, Ángel, *Modificación de la conducta en el autismo infantil*, Revista Española de Pedagogía, Madrid, 1984,164-165
- Rivière, Ángel, *Objetos con mente*, Alianza, Madrid, 1991
- Rivière, Ángel, *La mirada mental*, Aique, Buenos Aires, 1996
- Rivière, Ángel, *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*, Madrid, Simnacas, 2001
- Rivière, Ángel, y Martos, J, *El Tratamiento del Autismo, nuevas Perspectivas*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1994
- Schaeffer, B., Musil, A., & Kollizas, G. *Total communication*. Research Press, Illinois,1980

- Schopler, E., y Mesibov, G. *The effects of autism on the family*. Plenum, Nueva York, 1984
- Schopler, E. y Mesibov, G.B. *Learning and cognition in autism*. NY: Plenum Press, 1995
- Tamarit, J. *El Autismo y las Alteraciones de la Comunicación en la Infancia*. Intervención Educativa, Escuela Española, Madrid, 1990
- Tedesco, J.C. *Educación en la Sociedad del Conocimiento*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2000.
- Valdez, Rivière, Martos y Ruggieri *Autismo. Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*, Fundec, Buenos Aires, 1991
- Wicks, N, *Psicopatología del Niño y del adolescente*, Prentice Hall Hispano, Madrid, 1997.