

Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención

(Autism spectrum disorder comorbidity and care strategies)

Martha Susana Lara Tenorio

Escuela Normal de Especialización Humberto Ramos Lozano. Monterrey. México.

Páginas 195-214

ISSN (impreso): 1889-4208

Fecha recepción: 01-01-2016

Fecha aceptación: 01-05-2016

Resumen.

El tema del autismo es un tema complejo, porque existen diferentes posturas y teorías que intentan explicarlo, tanto en su etiología como en su funcionamiento mental, se intentará dar una perspectiva que explique su etiología funcionamiento y sobre todo la atención oportuna y adecuada para nuestros alumnos con TEA (trastorno del Espectro Autista)

Se hará mención de la nueva postura del DSM 5 a qué se refiere el término de Trastorno del Espectro Autista, sus características, etiología, comorbilidad, diagnóstico y estrategias de atención, que ayuden a los educadores, padres de familia y a la sociedad a entender y atender integralmente a los niños que lo presentan.

Palabras claves: *educación, diversidad y autismo.*

Abstract.

The Concept of autism is a complex matter, mainly because there are different opinions and theories when it comes describe it. Both its etiology and its mental functionality, the goal will be to try to explain its functional etiology, and above everything the opportune and proper treatment.

It will be discussed the new perspective presented on the DSM 5, which include among others, the autism spectrum, its characteristics, etiology, comorbidity, diagnosis and treatment strategies, which help the educators, parents and society in general to understand and treat children with such condition.

Key-words: *education, diversity, autism*

1.-Introducción.

El Autismo, es un trastorno crónico y profundo del desarrollo, considerado como una discapacidad. Ya que sus características llevan a la persona a un aislamiento profundo, por su dificultad para entender y comunicarse, generando en ellos un comportamiento incomprensible para quienes los rodean, haciendo sentir a los padres un intenso dolor y desesperación al no saber cómo tratarlos para sacarlos adelante.

Cuando se habla del Espectro Autista, se piensa en aquel sujeto que sin importar la etiología o causa de su padecimiento presenta las características que lo instalan en el mismo diagnóstico y que por lo tanto requiere de las mismas estrategias de atención.

2.-Planteamiento del tema.

El Autismo, es un trastorno que por desgracia va en aumento, por lo tanto la atención de los alumnos que presentan espectro autista, en la escuela cada vez es más frecuente, la falta de diagnóstico y el desconocimiento de la atención especializada que requieren estos alumnos, evita la adecuada atención y por lo consiguiente la inclusión a la educación regular, por eso es de vital importancia la capacitación sobre el tema principalmente al personal docente de las escuelas y posteriormente a los padres de familia, que nos permitan dar una educación con equidad, para el aprendizaje y el desarrollo de sus habilidades.

Por otro lado conocer y reconoce la comorbilidad del Trastorno del espectro autista con otras enfermedades psiquiátricas o con otros trastornos, abre una dimensión diferente para la atención de las personas que padecen dicho trastorno.

3.-Desarrollo.

3.1.- Aspectos Generales del Trastorno del Espectro Autista.

El 18 de mayo del 2013, en el Congreso Internacional de Autismo, se dio a conocer el DSM-5, en donde se presentó el manual y la nueva caracterización del espectro autista.

Historia del curso que ha seguido el autismo a través de dichos manuales:

DSM-I y DSM-II (1952 y 1968) el Autismo era considerado un síntoma de la Esquizofrenia.

DSM-III (1980) se comenzó a hablar de Autismo Infantil.

DSM-III- R (1987) se incluyó el Trastorno Autista.

DSM-IV-TR (2000) se definen cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Específico.

DSM-5 (2013) se habla de una única categoría, el Trastorno del Espectro autista. En el DSM-IV, los Trastornos Generalizados del Desarrollo se agrupan dentro de los "Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia".

Uno de los cambios importantes que nos presenta el DSM-5 sobre el trastorno de espectro del autismo se englobará en una nueva categoría denominada "Trastornos del desarrollo Neurológico" o "Trastornos del Neurodesarrollo". Esta categoría también incluye, además, del Trastorno de Espectro del Autismo, (TEA) los siguientes trastornos: del desarrollo intelectual, de la comunicación, de aprendizaje, motores y el déficit de atención con hiperactividad.

En el DSM 5, propone eliminar el resto de categorías diagnósticas como entidades independientes, es decir el Autismo y el síndrome de Asperger se encuentran ahora bajo un mismo título: Trastornos del Espectro Autista. Esta categoría incluye además el, el Trastorno Generalizado del Desarrollo. El Trastorno Desintegrativo Infantil y el Síndrome de Rett quedan parcialmente fuera de esta nueva clasificación, pero no en forma absoluta ya que en los inicios de estos trastornos los niños cruzan con características similares al espectro autista y estas pueden prolongarse por un largo tiempo y en esos momentos requieren de las mismas estrategias utilizadas para TEA por lo tanto no se pueden excluir definitivamente. Afortunadamente estos trastornos no son tan frecuentes en el ámbito escolar.

El DSM 5 trata de enfatizar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos, nos permitirá una mayor identificación de las personas afectadas, la posibilidad de realizar un diagnóstico antes de los tres años de edad, mayor efectividad en los diagnósticos, menos errores en la clasificación y como consecuencia una mejor atención y una mejor calidad de vida. También es más flexible y reconoce que las personas con autismo pueden presentar otras patologías comórbidas.

En el DSM 5 las diferencias serán más cuantitativas que cualitativas, se les dará más importancia a los niveles de severidad, en esta nueva postura lo más importante es la discapacidad funcional y no la etiqueta, reconocer que las personas con Asperger sigue existiendo, aunque ya no tengan categoría diagnóstica.

Postura en el DSM IV contrastada con la del DSM-5

El DSM IV presenta tres características fundamentales:

Dificultades en la comunicación verbal y no verbal.

Dificultades en la interacción social o relaciones interpersonales.

Manifestaciones atípicas e inexplicables de la conducta.

Sin embargo el DSM 5 lo resume en dos:

Déficits persistentes en comunicación e interacción social a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general.

Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses.

A partir de ahora se hablará de las limitaciones sociales y de la comunicación como un único conjunto y no como ámbitos separados del desarrollo, teniendo en cuenta que las limitaciones del lenguaje no son específicas del autismo.

3.2.-Definición.

En 1967 La Sociedad Nacional de Niños Autistas que en la actualidad se conoce como La Sociedad Americana de Autismo; (IDEA) y en 1997 establece al autismo como una categoría independiente de educación especial.

Define al autismo de la siguiente manera. Es una discapacidad del desarrollo que, normalmente, aparece durante los primeros 3 años de vida de un niño. Tiene su origen en un trastorno neurológico que afecta al funcionamiento del cerebro... impide el normal desarrollo de las áreas cerebrales implicadas en la comunicación y la interacción social. (Sociedad Americana de Autismo, 1999, pág.1).

Es importante señalar que actualmente el DSM 5, propone que puede darse la aparición dentro de la primera infancia, dando un margen hasta los 5 años ya que supone que muchos niños quedan fuera del diagnóstico por que las exigencias del ambiente no son las necesarias para establecerlo tempranamente el Dx.

A continuación se presentan el instrumento emanado del DSM 5 para el Diagnóstico del Espectro Autista.

Nombre del Niño:	Fecha:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	
Criterios diagnósticos DSM 5 del trastorno del espectro autista		
A. Déficits persistentes en comunicación e interacción social a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiesta en <u>todos</u> los síntomas siguientes:	SI	N O
1.- Dificultades en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.		
2.-Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.		
3.-Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.		
B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses , que se manifiestan en, al menos <u>dos</u> de los siguientes síntomas:	SI	N O
1.-Conductas verbales, motoras o uso de objetos estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados, ecolalia, uso repetitivo de objetos, frases idiosincrásicas).		
2.-Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (ejs., rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios).		
3.-Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).		
4.-Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor,/calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).		
C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño).		
D. El conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.		
Deben cumplirse los criterios A, B, C y D.		

3.3.- Niveles de funcionamiento del Autismo.

El DSM-5, nos presenta tres niveles de funcionamiento que nos darán algunas diferencias en la intervención psicopedagógica. Para establecer estos niveles se debe considerar:

Edad de inicio del Espectro Autista.

Su capacidad intelectual.

Cantidad de rasgos o características de autismo

Nivel 3 o bajo: son aquellos que requiere soporte muy substancial, que su integración sería para centros especializados para la discapacidad, centros donde se tienen pocos alumnos y no necesariamente todos autistas.

Nivel 2 o Medio: Son aquellos niños que requiere soporte substancial, se integraría a la educación regular. Con apoyo escolar especializado, directo y continuo.

Nivel 1 o Alto: Son aquellos alumnos que requiere soporte, y se integrarán a la educación regular, que requieren de apoyo escolar especializado y continuo sobre todo al principio de la intervención y que tiende a no ser tan intenso con el paso del tiempo, hasta llegar al punto de no requerir apoyo académico, sino una vigilancia en la interacción social.

Es importante tener presente las siguientes consideraciones;

Los parámetros de CI que sirven de referentes para establecer el nivel están sujetos a cambio, dependiendo de la eficaz intervención psicopedagógica. Por lo tanto cuando un niño es integrado a la educación regular por primera vez, no se puede ser tan estricto con su capacidad intelectual, ya que por su propio características, sin las estrategias pertinentes, el niño no ha desarrollado las capacidades potenciales que posee por naturaleza, o cuando ha estado integrado a la educación regular o especial pero sin la efectiva intervención, tendremos que darle al niño la oportunidad de demostrar su real capacidad por lo menos por un ciclo escolar con las estrategias psicopedagógicas convenientes.

El trabajo oportuno y adecuado puede darnos avances significativos que le permitan a nuestro niño autista cambiar de nivel.

3.4.-Etiología.

CAUSAS	
BIOLÓGICA U ÓRGANICA	
HIPÓTESIS FISIOLÓGICA	ALTERACIONES

	NEUROLÓGICAS
Genética	Esclerosis múltiple
Detonantes metabólicos	Síndrome de X frágil
Factores bioquímicos	Lesiones cerebrales
	Severa discapacidad intelectual
	Malformaciones congénitas
Causas desconocidas	
Mtra. Martha Susana Lara Tenorio 2012	

La etiología del Espectro Autista, es altamente heterogéneos, con bases genéticas y neurológicas complejas. Se caracterizan por diferencias sociales y cognitivas que afectan varias áreas del comportamiento. Por lo tanto no debería de sorprendernos que tengan un rango amplio de presentaciones. Se presenta a continuación una tabla explicativa de las causas del Espectro Autista

3.4.1.-Hipótesis fisiológica.

La hipótesis fisiológica se ha fundamentado en los resultados de investigaciones de los niños con características de autismo los cuales reportan alteraciones genéticas, bioquímicas y/o neurológicas.

3.4.2- Factores Genéticos.

Existe un subgrupo de autistas que tienen su origen en genes patógenos, que actúan a través de genes recesivos causando patologías en el cerebro. Sin embargo, cuando vemos en hermanos gemelos que uno tiene autismo y el otro no, podríamos pensar que esta teoría no es tan fuerte, sin embargo esto se explica por la existencia de una predisposición genética convertida en Autismo cuando las circunstancias prenatales o perinatales lo precipitan.

El niño puede nacer con autismo o lo puede adquirir con cualquier precipitante, en el trascurso de los primeros cinco años de su vida. Los detonantes pudieran ser las causas metabólicas.

3.4.3.-Detonantes metabólicos.

A pesar de no existir evidencia contundente de estas causas, se han encontrado niños con autismo que tiene altas concentraciones de plomo en sangre por residuos que quedan de los recipientes en donde se preparan los alimentos, como el agua contaminada, después de ser vacunados, entre otras causas.

Surge la pregunta ¿todos los niños que, sean vacunados, o ingieran plomo a través de sus alimentos, desarrollaran autismo? No se requiere una predisposición genética. Entonces podríamos inferir que las causas metabólicas son sólo detonantes de la carga genética del autismo.

Las investigaciones sobre la prevalencia, más recientes refieren que en las últimas décadas, los niños con autismo han aumentado, han encontrado una infinidad de detonantes: Inflamación cerebral crónica, estrés oxidativo, la edad de la madre. Durante el embarazo: la ingesta de paracetamol, contaminación, pesticidas, infecciones, falta de hierro, exceso de antibióticos y antiinflamatorios, falta de vitamina B y/o D y bajas de ácido fólico. Es impresionante saber que cuando un bebé nace ya trae en su organismo 287 químicos y no se saben los efectos que estos producen. Lo que sí está en vías de comprobación es que la poda neuronal que sufre el recién nacido pudiera ser diferente y esto explicaría las diferencias en la funcionalidad del cerebro de los niños con autismo.

3.4.4.-Factores bioquímicos.

Hay estudios en los que se ha encontrado que en el cerebro de los autistas existía un menor número de células Purkinje, así como alteración de la de Serotonina (otro neurotransmisor) que se espera disminuya sus niveles en sangre con la edad, el 40 % en los autistas muestran niveles elevados toda la vida.

3.4.5.-Alteraciones neurológicas.

La lesión cerebral es otra causa responsable de las características autísticas que presenta un niño.

Existen otros padecimientos que podrían estar el Espectro Autista, los cuáles pueden ser: severa discapacidad intelectual, Esclerosis múltiple, Síndrome de X frágil.

También podríamos comentar que hay autistas en los que no se ha podido establecer su etiología, por lo tanto, existen aún causas desconocidas.

3.5.-Comorbilidad.

Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con la condición de diagnóstica a la que se hace referencia es este caso el

AUTISMO.

No implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo.

Se reconoce actualmente que el autismo coexiste con frecuencia con los siguientes patologías:

Trastorno del desarrollo neurológico TDA/H

Trastorno de la conducta Oposicionista Desafiante

Trastornos del aprendizaje como:

Dislexia

Discalculia
Digrafia
Enfermedades autoinmunes
Agresión
Irritabilidad
Agitación psicomotora
Insomnio
Convulsiones el 30% presentan 1 o 2 convulsiones en su vida, la primera a los 5 años y la otra en la adolescencia
Trastornos del sueño
Depresión
Hipersensibilidad
Con discapacidad intelectual
Ansiedad
Presencia de problemas médicos como: crisis epilépticas problemas gastrointestinales.

Podemos concluir que el autismo en sí mismo no tendrá esta gama de presentaciones y que cuando las padece son estas la que pueden requerir atención neurológica o psiquiátrica.

3.6.-Características del desarrollo del niño con el Trastorno del Espectro Autista.

Existen diferencias significativas en el desarrollo de los niños normales y los autistas y entre los mismos autistas, ya que no existen dos autistas iguales porque este trastorno no afecta de la misma manera y no se manifiesta en forma idéntica en los sujetos que lo padecen.

Las dificultades que presentan en la primera infancia, son con frecuencia asociados a la inmadurez o la forma en que sus padres los han educado; en pocas palabras, en ocasiones se asocia al término "está muy consentido".

El bebé autista, muestra una pasividad fuera de lo común, no tiene interés por las personas, limitado y estereotipado interés por los objetos, los padres reportan que su bebé, tenía un comportamiento tranquilo, sólo lloraba cuando tenía hambre o alguna necesidad fisiológica, no exhibe seguimiento visual, no daba los brazos para ser cargado y se entretenía con los mismos juguetes o con objetos inusuales.

En el segundo año el niño manifiesta un ligero retraso físico, desconectado de la realidad y no muestra las respuestas sociales esperadas para su edad, si hay otros niños parece como si no los viera, juega solo, hace rabieta frecuentemente, grita cuando se enfrenta a situaciones que lo angustian o le desagradan, no comparte, no sigue instrucciones breves, a finales de los dos años no se presenta el juego simbólico, ni la intención comunicativa y su lenguaje está alterado o ausente.

A los dos años de edad la actividad conductora para el aprendizaje es la manipulación de objetos, los niños a esta edad toman uno y otro juguete y los inspeccionan con todo lo que han aprendido acerca de los objetos, como chupar, golpear, aventar, rodar, girar, pero llega un momento en que el juego ya no les ofrece nada nuevo y lo desechan y esto les permite a los bebés zafarse de la atracción del estímulo y cambiar de juguete, objeto o actividad, para seguir aprendiendo, los niños con autismo tienen limitada la cantidad de juguetes, objetos y actividades que les interesan y además suelen utilizarlos en forma atípica, extraña o estereotipada en el uso de sus juguetes, además de presentar sordera paradójica.

Los niños desde el nacimiento reconocen el lenguaje porque reaccionan ante él, principalmente a la voz de sus padres o de sus cuidadores, esto se debe a que el bebé cuenta con una capacidad que se denomina "intersubjetividad", conocida como la capacidad de ir entendiendo y comprendiendo el comportamiento humano, esto lo logra gracias a sus repeticiones, permitiéndole al bebé hacer sus primeras hipótesis del comportamiento humano. Por ejemplo el infante al nacer llora como respuesta a necesidades fisiológicas y la mamá reacciona cargándolo o alimentándolo, el niño llora de nuevo, la mamá reacciona nuevamente, así un número indeterminado de veces y pronto el pequeño aprende que su mamá vendrá cuando llora, entonces ya no llorará por una necesidad fisiológica sino porque quiere ser cargado, atendido. Cuando el bebé comprueba esto su primera hipótesis es confirmada lo que le abrirá el camino para seguir entendiendo, comprendiendo y manipulando el comportamiento humano.

Ahora comprendemos que nuestro bebé autista tiene una falla en una habilidad básica del desarrollo social, al no poder interpretar en forma natural el comportamiento y como una consecuencia el código del lenguaje, que su contexto le ofrece.

Cuando un niño nace con autismo tendrá mayor dificultad en la habilidad intersubjetiva, de quien desarrolla el autismo después de los 18 meses; las fallas serán en habilidades subsecuentes a las intersubjetivas como serían las habilidades metarrepresentacionales, que se construyen con la ayuda de la memoria episódica-semántica.

La "Teoría de la mente" Y el déficit metarrepresentacional. Esta teoría propone que en el autismo hay un déficit cognitivo, relacionado posiblemente a múltiples alteraciones neurológicas con manifestaciones conductuales, presenta dos puntos fundamentales:

La teoría de la mente se refiere a la habilidad desarrollada a partir de los dos años y se alcanza a los 4 años, con la comprensión que el niño adquiere de los estados mentales de él mismo y de los demás, permitiéndole entender el comportamiento humano, por lo tanto esto es lo que lleva al niño a la comprensión de las reglas sociales, las normas y costumbres en general del comportamiento social.

La metarrepresentación implica no sólo la capacidad de atribuir estados mentales, sino también la posibilidad de desdoblarse cognitivamente de las representaciones primarias perceptivas.

Cuando se habla de memoria es necesario tener claro que existen diferentes tipos de memoria, por lo tanto el autista puede tener muy buena memoria, pero también muy mala memoria.

Memoria en sentido estricto: es el recuerdo de los aspectos concretos.

Memoria episódica semántica: establecería diferencias entre la memoria de acontecimientos concretos y el conocimiento acumulado como producto del propio desarrollo cognitivo y de la experiencia.

La memoria que el autista tiene como fortaleza y será nuestro apoyo en los procesos psicopedagógicos es la memoria en sentido estricto, mientras que la memoria que el autista no posee es la Episódica semántica.

Los niños con un desarrollo normal irán haciendo fotografías “episodios” de los acontecimientos significativos de sus vidas, para luego unirlos en un desdoblamiento cognitivo dándole un “significado” contextual.

De tal manera que la teoría de la mente y la metarepresentación son esenciales para que el niño entienda los diferentes contextos existentes en su entorno. Por lo tanto el autista sin la comprensión de lo anterior se enfrenta a un mundo caótico situándolo en desventaja total para la adquisición del lenguaje y del comportamiento social, pero grave es también que se verá afectado su desarrollo cognitivo.

Ya que las diferentes áreas del desarrollo se encuentran profundamente relacionadas, interconectadas, y el deterioro de una afecta a las demás.

A continuación presento una tabla que pretende objetivar la relación que existe entre el desarrollo esperado y el desarrollo alterado del niño con Espectro Autista.

DESARROLLO		
PIAGET	VYGOTSKY	AUTISMO
Etapas	Actividades conductoras	Dificultades
Etapa sensoriomotora (0 a 2 años) Principales logros 1) La conducta orientada a metas. 2) La permanencia de los objetos. Consideradas para Piaget estructuras básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana.	Lactantes (primer año) Principales logros Comunicación emocional Apego, manipulación de objetos, acciones Sensomotoras simples.	Recién nacido No ve a su madre cuando lo amamante, no comprende el comportamiento humano, no presenta el apego, es pasivo, no tiene interés por las personas, y su interés por los objetos es limitado y estereotipado, no posee la intersubjetividad y no reconoce las emociones.
	Edad temprana (1 año a 3) Principales logros Manipulación de objetos, Pensamiento psicomotor y aparición del concepto de sí mismo.	18 meses No presenta la atención conjunta, alteración en los gestos de señalar, el interés social está alterado.
Preoperacional (2 años a 7) Principales logros El niño puede emplear		2 años Se encierra más en sí mismo, en ritos y conductas estereotipadas. El habla no aparece o se vuelve

<p>símbolos como medio para reflexionar sobre el ambiente. (Galleta, leche, etc.) Empezará a utilizar el pensamiento preoperacional la imitación diferida y el juego simbólico. Piaget consideraba esta edad como "edad de oro" del juego simbólico a los años preescolares.</p>	<p>Niños de preescolar (3 y 5 años) Juego Imaginación, función simbólica e integración de las emociones y el pensamiento.</p>	<p>ecológica. Alteraciones en el juego, no presenta juego de ficción. Alteraciones en la imitación y en copiar movimientos.</p>
	<p>Niños de primaria en adelante Actividad de aprendizaje, inicio de razonamiento teórico, motivación intrínseca para aprender. Aparición de funciones mentales superiores, Las funciones mentales superiores, exclusivas de los seres humanos, son procesos cognitivos adquiridos en el aprendizaje y en la enseñanza.</p>	<p>3 a 6 años Continúan con alteraciones en la imitación así ajenos a los estímulos exteriores, presentan conductas autoestimulante, autolesivas o estereotipadas, no entienden las reglas.</p>
	<p>Etapa de las operaciones concretas (7 a 11 años) Los niños comienzan a utilizar operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente.</p>	<p>6 a 11 años Presentan problemas de aprendizaje, no porque no puedan aprender, sino porque no se sabe cómo enseñarles. Dificultades en la capacidad pragmática del lenguaje. Incapaces de ver la "globalidad". Intereses limitados.</p>
<p>Etapa de las Operaciones Formales (11 a 12 años en adelante) La capacidad de pensar en forma abstracta y reflexiva.</p>	<p>Adolescencia en adelante Presenta niveles intelectuales bajos, empobrecidos los procesos de socialización, las conductas de comunicación y las capacidades de imaginación.</p>	
<p>Tabla 1 Correlación entre las pautas normales del desarrollo y las disarmonías en el de un niño autista. Martha Susana Lara (2012)</p>		

Otra teoría Psicológica es la Teoría de la función ejecutiva, ésta en particular es muy interesante porque deja de manifiesto dos puntos importantes:

Las funciones mentales superiores que se adquieren con el aprendizaje.

La función ejecutiva es usada para explicar las funciones mentales mediadas por el lóbulo frontal, encargada del almacenamiento de estrategias para la resolución de problemas futuros. Desde este punto de vista el niño con espectro autista esta deprivado, tiene una alteración en el procesamiento de la información es decir "en el cómo" usar adecuadamente y en forma significativa sus aprendizajes, presentando deficiencias en su capacidad para:

Planeación

Control de impulsos

Inhibición de respuestas inadecuadas

Búsqueda organizada
Flexibilidad del pensamiento

3.7.-Características del desarrollo del lenguaje del niño con autismo.

Ausencia o retraso del lenguaje
Presenta ecolalia, esta puede ser:
 Inmediata
 Tardía
Dificultades con los significados
Dificultades con la pragmática
No comprende los elementos del lenguaje

3.8.-Estrategias generales para el salón de clases y la casa.

Es necesario seleccionar las estrategias exitosas para cada niño, para esto se requiere de la observación que permita conocer por qué grita, pega o se tira al suelo. Será este conocimiento el que nos ayude a anticiparnos, desviar o sustituir las conductas disruptivas.

Se revisará un menú de estrategias para seleccionar las más convenientes para nuestro niño según sus características:

3.8.1.-La estructura.

Tanto en el aula como en casa, es un elemento vital para que el niño con autismo pueda entender el mundo que lo rodea. Al principio tendremos que hacer una planeación de las actividades, diseñándolas para el nivel de desarrollo del alumno, tomando en cuenta su edad cronológica, planeando la duración de las actividades e intereses, que mantengan una organización rutinaria día con día, para que él niño pueda memorizar la rutina y secuencias para disminuir los niveles de ansiedad, entre más bajo sea el nivel del niño con autismo será mayor la estructura que requiera. En casa la madre puede preparar una secuencia igual. Hay niños que no requieren de fotos, pueden ser con letreros si ya sabe leer, en otros niños sólo el hecho de que diariamente se haga lo mismo será suficiente.

Por lo tanto estructura significa, tener un:

3.8.1.1.-Plan de trabajo concreto que incluya las estrategias que el niño requiera tanto para modificar su conducta como para su aprendizaje.

Para planear podemos tomar en cuenta:

Los contenidos pueden programarse a corto (3 meses), mediano (6 meses) y largo plazo (9 meses) según la conducta o habilidad que se le quiera enseñar y los recursos del niño.

El maestro deberá adaptar tanto la ayuda que le da al niño, como el nivel de contenidos y responsabilidad de la tarea, tomando en cuenta las competencias del infante, el nivel de desarrollo, las necesidades individuales, su edad cronológica así como su zona de desarrollo próximo.

Los programas educacionales para el alumno con autismo se enfocan en mejorar las destrezas necesarias para la conducta adaptativa, académica, social, y destrezas para la vida diaria.

Se requiere de técnicas didácticas acordes a los diversos estilos de aprendizaje, con la finalidad, de contextualizarlos y ubicarlos en el tiempo. Las tareas no deberán ser tan sencillas que resulten aburridas o tan difíciles que el niño se frustre, se deben propiciar posibilidades de éxito y a la vez que impliquen un reto.

Convertir el tiempo en algo tangible y objetivo. Con uso de calendarios, señalando los eventos sobresalientes de cada día, semana, mes y año.

Utilizar ejemplos, concretos sobre todo sus propias experiencias o vivencias, será más fácil de comprender para ellos.

El canal visual está intacto, por lo tanto utilice material gráfico: dibujos, pictogramas, fotos, imágenes familiares, las marcas que usan, láminas que representen acciones, objetos, lugares, personas, actividades, conceptos abstractos (sentimientos, pensamientos y adjetivos calificativos) de manera simple y concreta, lo más significativas para el alumno, para fortalecer su habilidad auditiva acompañe éstas siempre de la instrucción verbales.

Identificar cuáles son reforzadores potentes para el niño y tener un listado, así como el cuándo y cómo se le darán y como se irán retirando.

El plan de trabajo debe adecuarse para que pueda llevarse en la escuela y dar seguimiento en el hogar y viceversa. Y cuando se alcanzan los objetivos en la escuela y en la casa deben generalizarse a todos los ámbitos del niño.

Punto clave e indispensable para la adquisición de nuevas habilidades es la constancia. La programación establecida debe seguirse en forma continua tanto en la escuela como en la casa los 365 días del año.

3.8.1.2 Organización adecuada de las actividades

Los tiempos que el niño puede mantener su atención, evitando tiempos muertos que le permiten al niño presentar conductas estereotipadas o inadecuadas.

Tener la seguridad de que el niño ha entendido que esperamos de él y de su comportamiento.

Proporcionar tutorío pudiendo ser individual o trabajo de equipo. Los miembros del equipo tendrán que cambiar con regularidad, evitando que el niño se acostumbre a estas personas y se relacione con más compañeros.

Llevar a cabo experiencias nuevas fácilmente considerando sus propias necesidades

Evitar sorpresas.

No realizar cambios sin haberlos anunciado previamente.

Proporcionar rutinas.

Saber qué hará el niño en su tiempo libre.

Sentarlo cerca para poder anticiparnos a sus conductas disruptivas.

3.8.1.3-Crear un ambiente que proporcione las experiencias de aprendizaje adecuadas en forma natural.

La decoración y el mobiliario del aula no debe ser cambiado continuamente, sobre todo al principio, y cuando se haga algún cambio en la decoración hacerlo frente al niño incluso invitarlo a cambiarlo para que no se angustie al llegar al siguiente día y no reconozca su salón, conforme el infante mejore en sus habilidades adaptativas estas estrategias ya no serán tan necesarias en forma estricta, él poco a poco irá entendiendo que existen cambios. ¿Cuánto tiempo será necesario? Este varía según el nivel del autismo y su capacidad cognitiva, pero si se trabaja con estructura, en tres a seis meses mostrará cambios significativos, permitiendo que el trabajo sea más fluido. El niño como todos los niños requiere vivir las experiencias una y otra vez hasta entenderlas, sobre todo lo que se refiere al tiempo, si el alumno autista presentaba una interrupción en el desarrollo hasta que se empieza con el trabajo adecuado y constante él podrá continuar desarrollándose como cualquier niño, a destiempo, sin embargo serán superadas más rápidamente que si fueran bebés, les aseguro que les sorprenderán.

3.9.-Estrategias para la Conducta.

Para trabajar la conducta es necesario conocer que una de las técnicas que han mostrado tener mejores resultados con el conductismo operante, por ser objetiva, por adecuarse a cada sujeto y ser flexible; porque nuestro primer propósito será modificar las conductas inadecuadas y adquirir o convertirlas en conductas socialmente más aceptadas.

Para la planeación de la técnica existen cuatro métodos generales que se pueden aplicar en la escuela y en la casa, en los cuales debemos usar nuestro criterio:

3.9.1.-Anticipación: este método plantea la “anticipación” a las necesidades e intereses del niño, por lo que el maestro precisa tener conocimiento de por qué se

presentan las conductas inadecuadas, para ser capaces de prever sus necesidades y de esta manera evitar conductas disruptivas.

3.9.2.-Desviación: es el proceso de llevar algún elemento o actividad agradable para el niño en el momento en que la conducta inadecuada va a presentarse, es decir, cuando apenas inicia la conducta que queremos evitar y no alcanzamos a anticiparnos.

3.9.3.-Sustitución: es dirigir la atención del niño de una actividad a otra agradable cuando esté realizando una actividad o conducta inadecuada.

3.9.4.-Contención: Este término lo entenderemos como un control externo del alumno, esta puede tener diferentes niveles:

3.9.4.-Contención total: siendo la más extrema la que sirve para establecer límites en la conducta de manera que el niño no se dañe físicamente o agrede a otros. Consiste en sujetar al niño e inmovilizarlo hasta calmarlo, o llevarlo a un área que le haga imposible la conducta inadecuada. Este método se aplica casi exclusivamente cuando el niño agrede, se autoagrede o está demasiado inquieto y no hay forma de serenarlo. Se debe tener especial cuidado de que bajo ninguna circunstancia se dañe o lastime al niño, física o emocionalmente. Al aplicarla tenga en cuenta que no está aplicando un castigo, el fin de este procedimiento es tranquilizarlo y se le deberá soltar tan pronto como esté quieto y que las palpitations del corazón sean normales. Al aplicar este procedimiento, recuerde cuidar su dignidad evitando los espectadores innecesarios. (Se sujeta al niño del cuerpo, hasta que se tranquilice, las piernas y los brazos están sujetos con nuestras piernas y nuestros brazos, recargando la cabeza del niño en el hombro para evitar ser golpeados con la cabeza). Tratando de darle al niño sosiego como de un abrazo afectuoso pero firme.

Nota: para utilizar la contención el tamaño y la fuerza del niño es importante, si es muy grande o no podremos controlar su fuerza, no la utilice con él. Use los reforzadores u otras estrategias.

Cuando hablamos de Contención Total tendremos que tomar en cuenta consideraciones muy importantes:

3.9.4.1.-Que los padres de familia estén enterados de que esta técnica será aplicada.

3.9.4.2.- el padre no la aceptara sería conveniente hablarle para que recoja a su hijo cuando presente conductas agresivas, o autolesivas, cuando el padre comprenda la situación es más probable que la acepte.

3.9.4.3.-Se le puede invitar a observar cómo se aplica, siempre y cuando el niño no lo vea y ellos no interfieran, solo testificar la manera de aplicarla y los resultados de su adecuada aplicación.

3.9.4.4.-El inspector, director, maestro de grupo y resto del personal de la escuela o centro educativo deberán conocer la técnica a su perfección, para que no interfieran, pero que tampoco se asusten o sorprendan.

3.9.4.5.-Hasta tener esos puntos cumplidos podremos utilizarla.

Es muy importante señalar que después de una contención, el niño deberá elaborar la tarea requerida anteriormente la cual causó el enojo, aunque puede comenzar de nuevo su conducta, usted de nuevo lo contendrá, y así hasta que el niño haga lo que usted le dice, de no ser así al niño no le quedará claro las expectativas hacia él. Este procedimiento se debe utilizar cada vez que se presente la conducta, por eso la participación de los padres es fundamental, si esto se hace en forma continua no permitiendo ni una sola vez la conducta que estamos eliminando se presente, es posible que en una o dos semanas la conducta desaparezca. El niño puede tener recaídas esporádicamente, si nosotros actuamos siempre con la contención ésta tenderá a desaparecer.

3.9.4.6.-Contención Parcial: Tiene dos formas de aplicación. Una de ellas es cuando al inicio de la intervención el niño requiere la contención total y la contención parcial se convierte en un progreso en el trabajo con el niño. La otra forma de aplicación es cuando el niño no requiere una contención total e iniciamos con la parcial.

3.9.5.-Otro recurso para la modificación de la conducta es la utilización de los reforzadores, para comprender la utilidad que estos presentan es necesario conocer la siguiente premisa, la conducta con la que el niño consigue lo que quiere, o le es gratificante será la que se establezca, por lo tanto conozcamos las consecuencias que los reforzadores tienen sobre la conducta.

3.9.5.1.-Los reforzadores se dividen en tres operaciones principales de acuerdo con los efectos que tiene sobre la conducta:

- Reforzador positivo
- Reforzador negativo
- Ausencia de reforzamiento

3.9.5.2.-Tipos de reforzadores:

- Comestibles
- Tangibles
- Actividad
- Sociales

3.9.5.3.-Principios que regulan a los reforzadores:

El refuerzo depende de que se presente la conducta o habilidad que se está queriendo enseñar.

Se determina cual será utilizado para cada programa y en qué forma se dará.

La conducta o habilidad debe ser reforzada inmediatamente después de ser manifestada. Si se retarda en hacerlo se puede confundir al niño.

Durante las etapas de inicio del proceso de aprender la conducta o habilidad, ésta debe ser reforzada cada vez que se muestre.

Cuando la conducta o habilidad adquirida alcanzan un nivel de frecuencia satisfactorio se refuerza intermitentemente, los reforzadores se van distanciando poco a poco, primero cada dos ensayos, luego cada tres y así sucesivamente.

Siempre que se apliquen reforzadores comestibles, tangibles o de actividad serán acompañados de reforzadores sociales.

El reforzador debe darse en pequeñas cantidades para no saciar al niño.

El niño no debe conseguir el reforzador bajo ninguna circunstancia que no sea la del programa.

El reforzador deberá ser retirado en el momento que se presenta una conducta inadecuada.

Durante la clase los reforzadores deben colocarse de tal manera que el maestro pueda tomarlos rápidamente y deben estar fuera del alcance del niño.

4.- Estrategias para la comunicación.

Al inicio de la intervención por lo general la comunicación es limitada es necesario que apoyemos el lenguaje con acciones, por ejemplo ¡séntate! y al mismo tiempo le ayudamos a sentarse, como el niño no comprende el significado de la palabra, es importante utilizar siempre las mismas palabras, hasta que las comprenda con claridad. Si cada vez que el niño se levanta estamos a un lado y le decimos de nuevo

¡siéntate! y lo ayudamos a sentarse, una y otra vez, esa repetición le permite al niño comprender el significado de la palabra “siéntate”, de otro modo si una vez le decimos “siéntate” y luego “no te pares” y después “que te dije que te estés quieto”, y posteriormente “que no entiendes que te sientes”; esta variedad de instrucciones al niño sólo lo confunden y retardará más el tiempo en que él entienda lo que se quiere que haga.

Por lo tanto recordemos:

Dar instrucciones cortas y claras.

Tener congruencia entre la expresión verbal y corporal

Mantener los mismos objetivos, las mismas expresiones verbales y corporales en todos los ámbitos de acción del niño, casa, escuela, con tíos, abuelos.

Estar atentos al moldeamiento de la conducta.

Ser propositivo y no reactivo

Evitar el uso metáforas, claves verbales o suspicacias.

El lenguaje que emplee o esté modelando debe ser claro y correcto haciendo un buen uso de los pronombres, tiempos verbales.

Utilice el aprendizaje sin error, es decir que aprenda correctamente desde la primera vez ya que costará más trabajo corregir lo aprendido en forma errónea.

Mejorar la comunicación verbal con la ayuda de ilustraciones o fotos. (Tableros de comunicación)

5.- Estrategias para la interacción.

Partamos de que el infante con autismo, como todo niño usará las conductas que le den resultado para obtener lo que quiere, y pronto aprende a manipular a las personas. Basándonos en ese principio de que si el niño obtiene lo que quiere, esa conducta aumentará su frecuencia, si no encuentra la reacción del adulto y no obtiene lo que quiere, esa conducta tenderá a desaparecer. Nos queda claro que esta es una forma de comunicación la cual no requiere lenguaje, esta es una comunicación basada en la obtención de placer y bienestar, nuestra estrategia será cambiar las circunstancias de tal manera que reforcemos las conductas apropiadas y no las inapropiadas como un buen principio de interacción, así el niño comprenderá lo que esperamos de él y lo no permitido.

6.- Conclusiones.

El conocimiento sobre el autismo ha ido en aumento indiscutiblemente, sin embargo entre más se conoce sobre el tema se abren nuevos horizontes sobre el tema y nos lleva a la conclusión que hay mucho que conocer, comprender y aprender sobre el

autismo de sus diferentes manifestaciones y diversas formas de adquirirlo, pero sobre todo de su forma de atención para lograr una verdadera inclusión del alumno en la vida social, escolar y laboral.

7.- Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 5ta edición* Buenos Aires-Bogotá-Caracas-Madrid-México-Puerto Alegre Editorial Panamericana.
- Castejón, C. J. & Navas M. L. (2008). *Unas Bases Psicológicas de la educación especial*. Catolengo: Club Universitario.
- García, F. J. & Pérez C. J. & Berruezo A. P. (1995). *Desarrollo, Comunicación e Intervención*. Madrid: CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y ESPECIAL. CEPE.
- García, V. D. (2013). La perspectiva del envejecimiento en la población con Trastorno del Espectro Autista. *IV Jornada de Autismo y Sanidad*. Madrid, España: Federación de Autismo de Madrid.
- Garza, F. J. (s.f.). *Introducción a la terapia conductual. Manual para padres de niños autistas*. Monterrey, México: Comisión de educación y servicios públicos educativos de la Cámara de Diputados.
- Kanner, L. (1943). "Autistic disturbances of affective contact". *Ner child* 2, 217-50.
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y el adolescente. compendio para educadores*. México: Mc. Graw-Hill/SEP (Biblioteca para la actualización del maestro).
- Moreno, C. (2013). Presentación del DSM 5. *IV Jornada de Autismo y sanidad*. Madrid, España: Federación de Autismo. Psiquiatría, A. a. (2009). *DSM-IV TR*. MASSON
- Ramos, M. y. (2001). *Tabla del desarrollo infantil*. México: PRO-ED.
- Smith, T.E. (2004). *Enseñanza a estudiantes con necesidades especiales en ambientes incluyentes*. México: PRO-ED LATINOAMERICANA.