

MANIFESTACION DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACION EN EL AUTISMO

**SANDRA BIBIANA CAMPUZANO CASTRO
MIGUEL IGNACIO MONTOYA ZORRILLA**

**CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE
MAESTRIA EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2009**

MANIFESTACION DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACION EN EL AUTISMO

**SANDRA BIBIANA CAMPUZANO CASTRO
MIGUEL IGNACIO MONTOYA ZORRILLA**

Asesor

RODRIGO RODAS VALENCIA

Candidato a Doctor en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud

**Trabajo de grado presentado para optar al título de
Magíster en Educación y Desarrollo Humano**

**CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE
MAESTRIA EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2009**

Nota de Aceptación:

Presidente

Jurado

Jurado

Manizales, Febrero 13 de 2009

Agradecemos especialmente a las familias y a los niños(as) pertenecientes al Instituto Desarrollo Integral del Niño Autista DINA, que nos brindaron la oportunidad de hacer parte de sus vidas y que son protagonistas de nuestro trabajo.

A nuestro maestro, amigo y tutor Rodrigo Rodas Valencia por sus innumerables y valiosos aportes en nuestras vidas profesionales y personales.

RESUMEN ANALITICO DE EDUCACION (R.A.E.)

1. TITULO DE LA INVESTIGACION

MANIFESTACION DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACION EN EL AUTISMO.

2. AUTORES

CAMPUZANO CASTRO SANDRA BIBIANA.

MONTOYA ZORRILLA MIGUEL IGNACIO.

3. AREA PROBLEMÁTICA

El Autismo es una patología que se encuentra clasificada dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo y se caracteriza principalmente por alteraciones en la Interacción, la Comunicación, la Imaginación y Estereotipias Motoras. El abordaje del Proceso de Socialización en la persona con Autismo, es un tema que evidencia vacíos a nivel teórico y en el cual se han realizado pocos aportes a profundidad, por ello se considera relevante hacer una aproximación teórica – analítica frente al fenómeno, desde el Enfoque Comportamental. Es aquí donde se hace pertinente realizar la presente investigación:

¿Cómo se manifiestan los “procesos de socialización” en el niño(a) con Autismo?

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- Establecer algunos indicadores que den cuenta de procesos de socialización en Autismo y sus referentes empíricos por medio de la observación de casos.
- Aproximarse a una reflexión teórica respecto a la socialización del niño(a) con Autismo.

5. ESTRUCTURA DEL MARCO TEORICO

El marco teórico se estructuró con base a dos ejes temáticos: Autismo y Socialización; el primer eje se abordó desde las perspectivas teóricas planteadas principalmente por Riviere (1997, 2001), Hobson (1993, 1995), Frith (1991), Happé (1994, 1998), y Powers (1999). El segundo aspecto se sustentó especialmente en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1987), además de los conceptos de Socialización Primaria y Secundaria, y los Procesos de Intersubjetividad Primaria y Secundaria planteados por Trevarthen (1979, 1982). Finalmente se aborda la integración de los dos ejes para realizar la aproximación teórica planteada, con base en los autores mencionados entre otros y el propio análisis.

6. IMPACTO ESPERADO

Con esta investigación se pretendió dar una aproximación teórica a la socialización de la persona con Autismo; decir cómo se configura ella es pretencioso. Si con la argumentación que se hace, colaboramos con los padres de familia y terapeutas, creemos que hemos contribuido a la creación de nuevos espacios.

7. DESCRIPCION DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio es de Tipo Exploratorio - Descriptivo, en el que se privilegia la Observación en situaciones naturales para los sujetos objeto de investigación, y el Estudio de Casos, con un Enfoque Comportamental.

Es de Tipo Exploratorio porque es un estilo de investigación que permite abordar problemas poco estudiados, generalmente afectan campos del conocimiento que no tienen un sustento muy claro; a su vez da una visión general de tipo aproximativo, porque el fenómeno no admite todavía una descripción sistemática.

Es de Tipo Descriptivo porque es una investigación más estructurada que se adentra en la causalidad del fenómeno así como en sus características y utiliza criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza.

Se plantea como estudio de caso porque establece un estudio riguroso que permite la expresión de determinadas conclusiones referidas únicamente a ese caso, es decir, no se puede generalizar ni extender a toda la población.

8. CATEGORIAS DE ANALISIS O VARIABLES

Los ejes temáticos que se abordaron fueron: Autismo y Socialización en niños(as).

9. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

En una Primera Fase de la investigación se aplicaron las pruebas diagnósticas Escala Comportamental de Clancy, Dugdale y Rendle–Short (1969),

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV – TR (2005), La Escala Inventario de Espectro Autista IDEA (1997), La Escala de Clasificación del Autismo Infantil CARs (1978) y La Escala Orientaciones para la Detección Precoz del Autismo Infantil (2003).

Como técnica fundamental se recurrió a *la observación*; que para ser científica, debe ser *sistemática*, es decir, se debe hacer de tal modo que dé lugar a datos susceptibles de ser obtenidos – replicados – por cualquier otro investigador, para lo que se usó un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV).

Se generaron las siguientes situaciones que fueron grabadas a través de un CCTV:

- Almohadazos: En un cubículo donde el niño(a) es sujeto ingenuo, cinco participantes empezarán a darse almohadazos. ¿Cómo es la reacción del niño?
- Instrucción **NO**: Cuando el niño(a) entra al cubículo en compañía de la madre, sobre la mesa, a la vista hay algunas papitas fritas y dulces. ¿Qué comportamiento manifiesta el niño(a)? Después de una breve charla entre la madre y el terapeuta el niño(a) se deja solo. Cuando se acerca al refuerzo entra el terapeuta y le da la instrucción NO. ¿Cuál es la reacción del niño(a) ante la instrucción como preaversivo o inhibidor de la conducta?
- Pelea – Reconciliación: En juego de roles una pareja no conocida por el niño sostienen una discusión acalorada: manotazos, voz alta, gritos, ante él (en ningún momento hay indicadores de agresión física). ¿Cómo es la reacción del niño(a)? Transcurrida la situación, la pareja entra a una reconciliación evidente (abrazos y actitud de tranquilidad). ¿Cómo es la reacción del niño(a)?

10. ESTRUCTURA DEL PLAN DE ANALISIS

La estructura del plan de análisis se realizó con base en la observación sistemática de las grabaciones en las diferentes situaciones de prueba propuestas, a la luz de los diferentes planteamientos del marco teórico y las deducciones propias.

11. BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción Fundamentos Sociales*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Baron - Cohen, S. (1989). Are autistic children behaviourist? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 19, 579-600.
- Blackmore, S. & Decety, J. (2001). From the Perception of Action to the Understanding of Intention. *Nature*, 20, 561 – 567.
- Cabanyes, J. (1999). *Una Perspectiva Neuropsicológica del Autismo Infantil*. Primer Congreso Internacional de Neuropsicología por Internet. Noviembre 1 a Diciembre 15 de 1999.
- Clancy, H., Dugdale, A. & Rendle-Short, J. (1969). The Diagnosis of Infantile Autism. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 11, 432 - 442.
- Decety, J. (1994). Mapping Motor Representations With PET. *Nature*, 371, 600 – 602.
- Emery, N. & Perret, D. (2000). *How Can Studies of the Monkey Brain Help us Understand "Theory of Mind" and Autism in Humans*. En S. Baron – Cohen, H. Tager – Flusberg and D. J. Cohen (Eds). *Understanding Other Minds*. 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press.
- Ferster, C. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Development*. 32, 437-456.

- Frith, U. (1991). *Autismo Hacia una Explicación del Enigma*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Gallese, V. & Goldman, A. (1998). Mirror Neurons and the Simulation Theory of Mind – Reading. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 2, 12, 493 – 501.
- Happè, F. (1998). *Introducción al Autismo*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Harris, P. L. (1992). *Los Niños y la Emociones*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Hobson, R. P. (1993). *Autism and the development of mind*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Humphries, J. *Reconocer las Señales en Niños Pequeños*. En <http://www.mugsy.org/index.htm> Traducción realizada por Carolina Roper.
- Ibáñez, B. A. (2005). En Revista Argentina de Neuropsicología. *Autismo, Funciones Ejecutivas y Mentalismo: Reconsiderando la Heurística de Descomposición Modular*. 6, 25 – 49. En <http://www.revneuropsi.com.ar>
- Jeannerod, M. (1997). *The Cognitive Neuroscience of Action*. Oxford: Blackwell.
- Kamin, L. J. (1956). The effects of termination of the CS and avoidance of the US on avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 49, 420 – 424.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (2002). Hearing Sounds, Understanding Actions. *Cerebral Cortex* 297, 846 – 848.
- Lovaas, O. I. & Smith, T. (1989). *A Comprehensive Behavioral Theory of Autistic Children: Paradigm for Research and Treatment*. Elsevier Science Ltd. Oxford, England. Traducido al castellano por Jesús Gil Roales – Nieto. Reeditado con permiso del Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry.
- Morgan, C. T. & King, R. A. (1978). *Introducción a la Psicología*. Madrid: Aguilar.

- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of the learning: a reinterpretation of conditioning and problem-solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102 – 148.
- Pacherie, E. (2003). Is Collective Intentionality Really Primitive? *American Journal of Economics and Sociology*, 62, 178 – 189.
- Powers, M. D. (1999). *Niños Autistas: Guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Editorial Trillas, S.A.
- Riviere, A. & Martos, J. (1997). *El Tratamiento del Autismo Nuevas perspectivas*. Artegraf, S.A.
- Rodas, R., Pérez, Y., Gómez, G. I., García, F., Parra, S., Ramos, F., Hurtado, S., León, L., & Carmona, W. D. (1995). Los padres como coterapeutas: Una alternativa de tratamiento en autismo. *Revista Documentos DINA*, 5, 9 - 60.
- Rodas, R. (2003). *Teoría de la Intersubjetividad de R. Peter Hobson, Documentos DINA* 8, 14 – 88.
- Tuchman, R. F. (2000). Como Construir un Cerebro Social: Lo que nos enseña el Autismo. *Revista de Neurología Clínica* 1: 20 – 23.
- Viloca, L. (2003). *El Niño Autista. Detección, Evolución y Tratamiento*. Barcelona: Grupo Editorial Ceac, S.A.
- Wahlsten, D. L. & Cole, M. (1972). *Classical and avoidance training of leg flexion in the dog*. Appleton Century Crofts, 379 – 408.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	15
PRESENTACION	17
CAPITULO 1	
DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2 ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS	18
CAPITULO 2	
REVISION TEORICA: AUTISMO Y SOCIALIZACION	23
CAPITULO 3	
POBLACION, MUESTRA E INSTRUMENTOS	48
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.2 INSTRUMENTOS	49
CAPITULO 4	
SITUACIONES DE PRUEBA, REGISTRO Y ANALISIS	76
4.1 SITUACION DE ALMOHADAZOS	77
4.1.1 Objetivo	77
4.1.2 Registro	77
4.1.3 Análisis	79
4.2 SITUACIÓN DE INSTRUCCIÓN "NO"	80
4.2.1 Objetivo	80
4.2.2 Registros	81

4.2.3 Análisis	84
4.3 SITUACIÓN DE PELEA – RECONCILIACIÓN	85
4.3.1 Objetivo	85
4.3.2 Registros	86
4.3.3 Análisis	88
CAPITULO 5	
CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFIA	97

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: <i>Ejecución de los Sujetos en cada una de las escalas aplicadas para el diagnóstico</i>	70

RESUMEN

La presente investigación está planteada desde la pregunta: ¿Cómo se manifiestan los “procesos de socialización” en el niño(a) con Autismo?. A través de esta se pretende evidenciar algunos indicadores que dan cuenta del proceso de socialización del niño(a) con Autismo, así como una aproximación teórica – analítica frente al fenómeno, ya que con respecto a este tema específico del trastorno se ha ahondado poco.

El diseño que se plantea es de Tipo Exploratorio - Descriptivo, en el que se privilegia la Observación en situaciones naturales para los sujetos objeto de investigación, y el Estudio de Casos, con un Enfoque Comportamental.

El referente conceptual se fundamenta en posturas teóricas referidas al Autismo y los Procesos de Socialización. Con el fin de realizar el abordaje de estos ejes temáticos tomamos las perspectivas teóricas planteadas principalmente por Riviere, Hobson, Frith, Happé, y Powers, en cuanto a Autismo se refiere y lo concerniente a los procesos de socialización se sustentó especialmente en la Teoría Social Cognitiva de Bandura, y los conceptos de Intersubjetividad Primaria y Secundaria planteados por Trevarthen.

El análisis de la información se realizó con base en la observación sistemática de las grabaciones en las diferentes situaciones de prueba propuestas, a la luz de los diferentes planteamientos del marco teórico y las deducciones propias.

Los resultados obtenidos permitieron presentar indicadores de socialización en niños(as) con Autismo, así como una aproximación teórica frente a la temática abordada: expresión de emociones manifestadas fuera de un tiempo y contexto

específicos, implicación en situaciones con los adultos de manera diferente a la usual, entre otros; brindando aportes investigativos que abran la discusión para que surjan nuevas contribuciones que permitan acercarnos a la comprensión de la persona con Autismo.

Palabras clave: autismo, procesos de socialización.

PRESENTACION

Con este informe se pretende dar cuenta de la investigación que se realizó en el Instituto “Desarrollo Integral del Niño Autista” – DINA, de la Facultad de Psicología en la Universidad de Manizales. El escrito se presenta a manera de capítulos con el fin de desplegar la información organizadamente para el lector.

En el Capítulo 1 se encuentra la descripción global de la investigación lo que ofrece una ubicación frente al tema que se abordó, continuando con una revisión teórica general sobre los diferentes planteamientos teóricos acerca del Autismo y la Socialización en el Capítulo 2.

En el Capítulo 3 se hace referencia a la población y muestra que participó en la investigación, las escalas evaluativas de Autismo que fueron aplicadas y la presentación de los resultados diagnósticos de los niños(as) seleccionados en esta investigación.

El Capítulo 4 reseña la condición de las situaciones en su aspecto técnico, las situaciones de prueba en sí, sus registros y sus respectivos análisis.

Finalmente se encuentra el Capítulo 5 donde se presentan algunos indicadores que dan cuenta del proceso de socialización del niño(a) con Autismo, así mismo una aproximación teórica – analítica frente al fenómeno.

CAPITULO 1

DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se manifiestan los “procesos de socialización” en el niño(a) con Autismo?

El problema amerita investigar cuándo y cómo se manifiesta la socialización, para realizar una aproximación teórica – analítica de por qué es diferente este proceso respecto al “desarrollo normal”.

1.2 ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

Se considera que el proceso de socialización es “aprender a comportarse siguiendo la manera prescrita por la familia y la cultura, y a ajustarse a las relaciones con otras personas”. (Morgan y King, 1978, p. 814). En ella intervienen varios escenarios: la familia, la escuela y los medios, todos ellos inmersos en un contexto social, cultural y económico.

En consecuencia, la socialización se puede concebir como un proceso integrador donde se hace presente lo biológico, lo psicológico, lo social, lo educativo y lo cultural como totalidad del hombre, cuyo desarrollo se encuentra determinado por las condiciones económicas y sociales a las que pertenece.

Sabemos que el niño con Autismo presenta una limitación en su conducta social que se refleja en el aislamiento con relación al mundo de los demás; ellos expresan alegría, miedo, enfado y otros estados de ánimo, pero esas manifestaciones no se dan en sincronía con el contexto social.

El contacto afectivo en el Autismo es diferente al expresado por el común de las personas; como no conceptualizan bien los estados mentales, no empatizan con el de los demás. La socialización de los niños con Autismo mejora en el transcurso de su desarrollo, pero les resulta más difícil que a los otros niños, aprender a comportarse adecuadamente con los demás.

La expresión de emociones, sentimientos y deseos forman parte de los componentes fundamentales para la integración de los autistas a nivel social; las costumbres les resultan difíciles de entender y por ello tienden a comportarse en público, exactamente igual como se conducen en privado.

La interacción social es uno de los criterios para el diagnóstico del autismo en los principales sistemas de clasificación (Happé, 1994; Baron – Cohen, 1989); se sabe que una característica propia del Autismo es el déficit en la socialización, lo que amerita investigar cuándo se da, cómo se da y hacer una aproximación teórica – analítica de por qué no se da adecuadamente.

En una Primera Fase de la investigación se aplicaron las pruebas diagnósticas Escala Comportamental de Clancy, Dugdale y Rendle–Short, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, La Escala Inventario de Espectro Autista IDEA, La Escala de Clasificación del Autismo Infantil CARs y La Escala Orientaciones para la Detección Precoz del Autismo Infantil.

Los sujetos que participaron en la investigación están vinculados al Instituto Desarrollo Integral del Niño Autista, cuya población es de estratos 1 y 2, y sus familias son de niveles educativos básicos (primaria).

Como técnica fundamental se recurrió a *la observación*; que para ser científica, debe ser *sistemática*, es decir, se debe hacer de tal modo que dé lugar a

datos susceptibles de ser obtenidos – replicados – por cualquier otro investigador, para lo que se usó un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV).

Se generaron las siguientes situaciones que fueron grabadas a través de un CCTV:

- Almohadazos: En un cubículo donde el niño(a) es sujeto ingenuo, cinco participantes empezarán a darse almohadazos. ¿Cómo es la reacción del niño?

- Instrucción **NO**: Cuando el niño(a) entra al cubículo en compañía de la madre, sobre la mesa, a la vista hay algunas papitas fritas y dulces. ¿Qué comportamiento manifiesta el niño(a)? Después de una breve charla entre la madre y el terapeuta el niño(a) se deja solo. Cuando se acerca al refuerzo entra el terapeuta y le da la instrucción NO. ¿Cuál es la reacción del niño(a) ante la instrucción como preaversivo o inhibidor de la conducta?

- Pelea – Reconciliación: En juego de roles una pareja no conocida por el niño sostienen una discusión acalorada: manotazos, voz alta, gritos, ante él (en ningún momento hay indicadores de agresión física). ¿Cómo es la reacción del niño(a)? Transcurrida la situación, la pareja entra a una reconciliación evidente (abrazos y actitud de tranquilidad). ¿Cómo es la reacción del niño(a)?

TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de Tipo Exploratorio - Descriptivo, en el que se privilegia la Observación en situaciones naturales para los sujetos objeto de investigación, y el Estudio de Casos, con un Enfoque Comportamental.

Es de Tipo Exploratorio porque es un estilo de investigación que permite abordar problemas poco estudiados, generalmente afectan campos del conocimiento que no tienen un sustento muy claro; a su vez da una visión general

de tipo aproximativo, porque el fenómeno no admite todavía una descripción sistemática.

Es de Tipo Descriptivo porque es una investigación más estructurada que se adentra en la causalidad del fenómeno así como en sus características y utiliza criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza.

Se plantea como estudio de caso porque establece un estudio riguroso que permite la expresión de determinadas conclusiones referidas únicamente a ese caso, es decir, no se puede generalizar ni extender a toda la población.

OBJETIVOS

- Establecer algunos indicadores que den cuenta de procesos de socialización en Autismo y sus referentes empíricos por medio de la observación de casos.

- Aproximarse a una reflexión teórica respecto a la socialización del niño(a) con Autismo.

IMPACTO ESPERADO

Con esta investigación se pretendió dar una aproximación teórica a la socialización de la persona con Autismo; decir cómo se configura ella es pretencioso. Si con la argumentación que se hace, colaboramos con los padres de familia y terapeutas, creemos que hemos contribuido a la creación de nuevos espacios.

USUARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS

La población directamente beneficiada será la del Instituto DINA, ya que los resultados pueden beneficiar a dicha población, de otra parte, la comunidad que esta involucrada e interesada en la problemática del Autismo tendrá otros elementos para discutir, ampliar o iniciar nuevas investigaciones que permitirán extender el conocimiento que se tiene acerca del Autismo y lo pertinente a su tratamiento.

CAPITULO 2

REVISION TEORICA: AUTISMO Y SOCIALIZACION

Desde una perspectiva psicológica, Fester (1961), fue el primero en demostrar que el análisis de la conducta puede ser aplicado a la enseñanza de niños(as) con Autismo; lo que también sugirió que la conducta de los mismos, igual que la conducta del resto de los organismos, estaba sujeta a leyes y predeciblemente relacionada con los eventos ambientales (Lovaas y Smith, 1989).

Los analistas de la conducta toman tres decisiones metodológicas para fortalecer los diseños de investigación e intentar comprender el comportamiento de los niños(as) con Autismo

1. El gran problema, el Autismo, es fraccionado en unidades más pequeñas que pueden ser medidas en forma más confiable y precisa; concretamente los comportamientos mostrados por los niños(as) autistas. Este enfoque permite una medición más precisa, salva el obstáculo de la heterogeneidad conductual, ya que la conducta, mejor que el Autismo, es el objeto de investigación.

2. La focalización sobre el ambiente inmediato de los niños(as), lo que posibilita la manipulación experimental activa de los diferentes aspectos de dicho ambiente, para identificar las intervenciones efectivas. Tal manipulación limita la confusión y establece relaciones claras causa – efecto entre las intervenciones y los cambios en la conducta de los niños(as).

3. La tercera decisión metodológica en la aproximación conductual consiste en enfatizar la investigación inductiva (Lovaas y Smith, 1989)

“Desde una teoría conductual del comportamiento autista se encuentran cuatro principios:

1. Las leyes del comportamiento explican adecuadamente las conductas de los niños(as) con Autismo y proporcionan las bases para su tratamiento.

2. Los niños(as) autistas tienen muchos déficit conductuales separados que se pueden describir como retrasos en su desarrollo, en lugar de un supuesto déficit central que si es corregido conduce a una mejoría global.

3. Los niños(as) con Autismo ofrecen evidencias de ser capaces de aprender igual que el resto de los humanos si se les proporcionan los ambientes especiales convenientes.

4. El fracaso de los niños(as) autistas en los ambientes normales y su éxito en los especiales, indica que sus problemas pueden entenderse como un mal emparejamiento entre su sistema nervioso y el ambiente, en lugar de entenderlo como fruto de una enfermedad” (Lovaas y Smith, 1989. p. 9).

El Autismo es un trastorno del desarrollo de origen neurobiológico que altera las habilidades para relacionarse con los demás, para comunicarse; lleva a las personas a ser muy repetitivas y a comportarse y a entretenerse de forma extraña.

Para Lovaas y Smith (1989), la idea que los niños(as) con Autismo tienen características comunes, genera diversas dificultades. A simple vista los autistas pueden dar la impresión de ser un grupo uniforme, sin embargo, investigaciones realizadas, han demostrado que existe una amplia gama de diferencias a nivel personal. De igual forma, pueden evidenciarse diferencias en los logros alcanzados de acuerdo al tratamiento, lo que notablemente varía en sus niveles de adaptación con relación al funcionamiento en áreas como la social, afectiva y cognitiva. Si se comparan niños(as) Autistas y niños(as) *normales*, con base a la edad mental, gran parte de las diferencias no son percibidas, aunque algunos

autistas pueden ser algo superiores en memoria y habilidades espaciales, no obstante, inferiores en lenguaje e interacciones sociales.

El Autismo es un trastorno severo de la implicación personal intersubjetiva; lo que caracteriza fundamentalmente las dificultades en las relaciones con los demás es la calidad de esa relación, donde su frecuencia está marcadamente disminuida y es claramente diferente de la que establecen niños(as) o adultos sin este problema. La calidad de la relación interpersonal suele tener el denominador común de utilitaria o instrumental, es decir, de relacionarse con los demás como si fueran objetos que se emplean para conseguir algo. Con frecuencia, el modo como se relacionan con los demás es sin contar con los sentimientos, intereses o reacciones de los otros (Cabanyes, 1999).

Los rasgos definitorios de las deficiencias características del Autismo incluyen déficit en la atención compartida (definida como las conductas utilizadas para compartir la experiencia de objetos y eventos con otros individuos); alteraciones en la esfera afectiva, en la capacidad de imitación y para representar que juegan con objetos o personas, e incapacidad para atribuir creencias así mismos o a otros (una teoría acerca de la mente). Estas habilidades sociales no se definen o cuantifican con facilidad y varían de acuerdo con el contexto social y situacional, así como las metas de la tarea que deben realizarse en un determinado momento (Tuchman, 2000).

Lo que los autistas parecen tener es una seria limitación en su experiencia de las relaciones interpersonales; su sentido de la conexión psicológica y de una pobre implicación afectiva con las personas. El hecho de destacar las deficiencias “afectivas” sirve para recalcar la importancia de un cierto dominio del desarrollo: aquel en que la intercoordinación corporal entre las personas es, al mismo tiempo, una coordinación mental, y en que los patrones expresivos de los sentimientos

que son de naturaleza individual, se constituyen en fuentes potenciales de pautas interindividuales de la experiencia social (Hobson, 1995).

Estos niños(as) presentan una incapacidad desde el comienzo de su vida para relacionarse *normalmente* con las personas y situaciones; hay desde el principio un aislamiento por el que el niño(a) selectivamente desatiende, ignora o excluye algunas de las cosas que vienen desde fuera. Tienen buena relación con los objetos; le interesan y puede jugar con ellos feliz durante horas, pero la relación con las personas es completamente diferente (Frith, 1991).

El Autismo presenta una tríada de alteraciones, como son problemas de socialización, comunicación e imaginación; carecen de algo esencial en cuanto a la capacidad de relacionarse con las otras personas, con ellos y con el mundo. Pero esa capacidad es precisamente la característica que define el triángulo de relación. La experiencia empobrecida de los niños(as) con Autismo en este aspecto da lugar a una serie de consecuencias psicopatológicas: deficiencias en el juego simbólico creativo, anomalías del lenguaje, limitaciones de la conciencia autorreflexiva, problemas de pensamiento y de conceptualización sensibles al contexto, y una comprensión limitada de la naturaleza de la mente (Hobson, 1995).

El aislamiento del niño(a) con Autismo con relación al mundo de los demás se acentúa especialmente en las primeras fases de la niñez, de los 3 a los 5 años; ocasionando perturbación en la familia por la falta de respuestas emocionales adecuadas por parte de los niños(as). No está claro que significa esto: no se trata desde luego, de una ausencia total de afecto; los niños(as) autistas expresan alegría, miedo, enfado y otros estados de ánimo; pero sucede, con frecuencia, que esas expresiones emocionales no presentan una sincronía con relación a las expectativas sociales. El retraso en la aparición del lenguaje, o su ausencia total, obstaculizan mucho los intentos de socialización; además la aprobación y la

reprobación social es más difícil de emplear que con los niños(as) normales. Los niños(as) autistas parecen incapaces de juzgar las intenciones que subyacen a esas formas tan comunes de controlar la conducta (Frith, 1991).

Los niños(as) con Autismo rehuyen intencionalmente el contacto interpersonal, y lo demuestran sobre todo evitando mirar a los ojos: con los niños(as) autistas se siente que evitan el contacto ocular, aunque no lo hagan; lo que sucede es que los niños(as) con Autismo no miran en el momento preciso, ni hacen accesible su mirada cuando sería de esperar, es decir, no lo usan para comunicarse.

Para Frith (1991), “los niños pequeños autistas no carecen de respuestas sociales, pero sus interacciones sociales resultan un tanto extrañas. Poseen una cierta cualidad rara que es difícil captar. ¿Cuál es la naturaleza de ese déficit?” p.205. “Hay al menos un aspecto en que los niños autistas dan respuestas muy normales: lo extraño es que todavía disfruten con juegos a una edad en que los niños normales preferirían una interacción social más compleja” p. 208.

El déficit social se caracterizan por una limitada interacción social, por lo que muchas de estas personas son descritas como solitarias, lo que se evidencia en la escasa capacidad de entablar amistades con sus compañeros y participar en actividades grupales.

Es frecuente que, cuando se quedan solos los niños(as) con Autismo más pequeños parecen completamente felices, absortos en sus actividades solitarias, si fuera por ellos no buscarían espontáneamente el contacto social. Lo que llama la atención en su conducta es la ausencia de un interés genuino por las interacciones recíprocas (Frith, 1991). Muchos observadores concuerdan en que existe alguna disfunción, quizá una falta de regulación o de modulación, que determina esa falta de expresividad. Todo ello puede deberse, a que al carecer de

un interés genuino por la comunicación, disminuye la necesidad de controlar las emociones.

Hay ciertas clases de deficiencias sociales que son relativamente específicas de los autistas. Se trata de deficiencias que no pueden atribuirse a niveles bajos de capacidad cognitiva o lingüística, ni tienen un carácter “general” en el sentido que no afectan todas las clases de intercambios sociales (Hobson, 1995).

Los niños(as) con Autismo son relativamente “desapegados” no solo en las transacciones afectivas interpersonales, sino también, con respecto a las actitudes emocionales de las otras personas, con relación a los objetos y hechos del mundo.

El problema de las personas con Autismo estaría fundamentalmente en que no serían capaces de integrar globalmente la información, lo que repercutiría en un sesgo hacia el procesamiento de detalles (que en muchos casos serían considerados irrelevantes por un “procesador normal de información”) sin tener en cuenta (ya que no hay integración) el contexto global.

Para lograr realizar sus actividades como una persona social, los seres humanos van aprendiendo los comportamientos que la comunidad transmite a través de un amplio conjunto de instituciones que conforman la estructura social. Esta actividad de adquirir y aprender los elementos necesarios que le permitan a la persona interactuar, se conoce como proceso de socialización. Se denomina proceso porque se da constante y evolutivamente en toda la vida de la persona, quien va aprendiendo ciertos aspectos tales como pautas de comportamiento, normas y valores sociales de acuerdo con los cuales adaptará y regulará su conducta en la sociedad específica en la cual vive (Barahona y cols., 1999).

Dentro de cualquier proceso de socialización, el conjunto de habilidades sociales se presenta como un aprendizaje necesario, que influye

determinantemente en el desarrollo de la competencia social de la persona. Dichas habilidades se adquieren a través de diferentes mecanismos que actúan en forma natural dentro de un ambiente de interacción. Generalmente, las habilidades sociales se consideran como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos, pero el término habilidad, se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino, un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

Las habilidades sociales son definidas como un repertorio de comportamientos, actitudes y normas que el individuo debe adquirir para funcionar y compartir dentro del grupo social al cual pertenece. Ese repertorio actúa como un mecanismo a través del cual los sujetos inciden en su medio ambiente, obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en el grupo social.

Lo que ocurre con la persona autista, es que esta posee una particular dificultad para aprender y entender dicho repertorio de competencias, por lo cual, su experiencia con el medio social se convierte en un problema, pues no sabe como incidir en él para obtener las consecuencias deseadas, agudizándose aún más su dificultad, al no recibir reforzamiento social adecuado a sus condiciones, que le permita discriminar sus comportamientos.

A través de este proceso de socialización, la persona vive en continua actividad de aprendizaje: de APRENDIZAJE SOCIAL como es denominado por Bandura, quien considera el contexto social como principal factor que permite modelar la conducta, a través de “modelos de comportamiento”, los cuales influyen constante e inevitablemente en el desarrollo de la personalidad, siempre y cuando el sujeto este en contacto permanente con su ambiente (Barahona y cols., 1999).

Un proceso de socialización natural, comprende dos fases o etapas de evolución desde el punto de vista de relación establecida entre el sujeto y las estructuras sociales propias de su grupo, iniciando con un entorno reducido de interacción, pero determinante en el aprendizaje como es la familia (socialización primaria); y posteriormente, accediendo a espacios sociales cada vez más amplios, representados por las diferentes instituciones sociales que conforman una comunidad (socialización secundaria).

Se considera en **Socialización Primaria** a todo individuo que nace dentro de una estructura social objetiva, en la cual se encuentra con unos agentes significantes (padres, hermanos, otros) responsables de su socialización. Es objetiva porque presenta los dos componentes que encierra la vida de un ser humano: de carácter social y de carácter individual. Es individual, porque reconoce la formación de carácter, y social porque reconoce que este carácter recto, no ha de ser formado por conceptos meramente individuales, sino por la influencia de la vida colectiva.

Según Bandura (1987), los modelos vivos constituyen la principal fuente de aprendizaje observacional, así los padres y hermanos de un niño(a) con Autismo se convierten en los mejores modelos para su aprendizaje. Entonces para que ese aprendizaje tanto vicario como diferencial ocurra en una persona autista, es necesario primero, que el sujeto sea integrado al núcleo familiar, reconocido como un miembro más, y segundo, se debe orientar pedagógicamente dicho proceso, aprovechando las situaciones propias del ambiente y convirtiéndolas en experiencias contingentes y modeladoras, que permitan al sujeto gradualmente ir discriminando los comportamientos que son aceptados por su grupo y aquellos que necesariamente deberá inhibir.

En términos de Bandura son los padres y hermanos, los primeros y más influyentes modelos de comportamiento a imitar por el sujeto dentro de su

aprendizaje social, determinantes no sólo en la adopción de roles vocacionales y ocupacionales propios del sexo, sino en el aprendizaje de valores, normas y pautas de convivencia en sociedad. En consecuencia es fundamental recordar que la forma como el adulto se relaciona con el niño, la actitud que asume este ante la vida, y su forma de hablarle, es la manera como el niño(a) esta aprehendiendo el mundo social; en otras palabras las primeras experiencias del niño(a) aseguran su desenvolvimiento tanto individual como en el medio social.

La **Socialización Secundaria** se entiende como la existencia en menor grado de afectividad con respecto a la internalización de la realidad, dado que aquí el individuo no interioriza un mundo único; es así como el adulto puede interiorizar realidades diferentes sin identificarse con ellas, las cuales ha de utilizar con propósitos específicos; no obstante, en la socialización secundaria la relación afectiva puede desempeñar un papel determinante si se utiliza como forma de motivar el individuo en un proceso de aprendizaje.

Para las personas con Autismo son pocas las posibilidades de acceder por sí mismas a estas nuevas formas de socialización, debido en parte a la desaprobación constante que muestran los demás hacia su comportamiento desadaptado, y en parte a las fuertes barreras actitudinales creadas por la sociedad hacia el conjunto de personas con excepcionalidad, sin dejar de lado la tendencia común de las personas autistas a aislarse de su mundo al no saber como integrarse.

Si se tiene en cuenta que el aprendizaje social, tanto de las señales externas – sobre todo las asociadas con la presencia de agentes socializadores -, como de las señales internas – autorregulación – contribuyen en la inhibición de respuestas desadaptadas y en el aprendizaje de muchas otras aceptadas, y que de igual modo las dos se encuentran ausentes en la realidad del autista, encontrándose allí un proceso de socialización bien particular.

Se podría decir, que un autista difícilmente logra progresar en su dimensión individual, pues se sabe de antemano de las alteraciones en su conducta y su dimensión social que se presenta totalmente truncada, debido a las mínimas oportunidades que le ofrece la comunidad para socializarse. La deficiencia social de los autistas forma parte integral del desarrollo de sus anomalías cognitivas; lo crucial es que los niños(as) con Autismo no comprenden bien lo que significa para las personas compartir y coordinar sus experiencias. Para que una persona llegue a desarrollar el concepto de creencia, hace falta que entren en juego componentes importantes de su vida emocional, además de la “cognitiva”, componentes importantes de su experiencia específicamente social.

Muchos niños(as) con Autismo sí tienen más “potencialidades” que las que comúnmente se observan en ellos, pero no pueden realizarlas del todo porque carecen de la experiencia de coorientación intersubjetiva y correferencia con otros. Puede que la “maquinaria” neurológica que permite un funcionamiento cognitivo elaborado este ahí, pero los materiales cognitivos con los que trabaja la mente, especialmente aquellos que objetivamos y a los que nos referimos como “símbolos” nunca llegan a forjarse adecuadamente en el curso de las relaciones interpersonales (Hobson, 1995).

La capacidad de relación interpersonal se caracteriza por tener el potencial de producir formas de conducta y experiencia que permiten la “intersubjetividad primaria” (Trevarthen, 1979). El punto de partida para el desarrollo de la comprensión interpersonal es una forma primitiva de “compartir”, que se manifiesta sobre todo en las pautas de coordinación comportamental y afectiva entre el bebé y los que lo rodean, pero que además es experimentada por el bebé de un modo especial.

Trevarthen (1982), ha analizado con finura los intercambios expresivos entre los bebés y sus madres, usa un término muy expresivo para referirse a la

capacidad que se pone de manifiesto en esas relaciones: intersubjetividad primaria. Esta sería una competencia de “sentir con”, siendo reflejo de una motivación fundamental e innata en el ser humano: la de compartir la mente y entenderse con el otro (Riviere, 2001).

Solo cuando el niño(a) es consciente de sus propios procesos cognitivos tiene sentido concebirlo como un “teórico” de la mente, porque solo entonces puede formular y “someter a prueba” posibilidades hipotéticas para explicar la conducta de las personas. El niño(a) llega a saber que las personas tienen sentimientos, pensamientos, creencias, etc., al combinar sus propias experiencias y reflexiones “en primera persona” con sus juicios sobre las mentes y las conductas (“en tercera persona”) de los demás. (Hobson, 1995)

La intencionalidad y la “subjetividad” son precisamente aquellos aspectos de los estados mentales cuya comprensión se fundamenta en los procesos de intersubjetividad primaria y secundaria, y el triángulo de relación.

La adquisición de las funciones de simulación, lenguaje, atribución mentalista, representación simbólica, narración, piden que el niño(a) posea lo que Trevarthen ha llamado “Intersubjetividad Secundaria”, cuya característica esencial es “la dotación de sentido a los temas conjuntos de relación a través de un proceso de conciencia compartida”. Para poder desarrollar la intersubjetividad secundaria, cuyas primeras manifestaciones se producen en el último semestre del primer año de vida (justamente cuando da comienzo la fase precrítica del autismo), el niño(a) tiene que ser capaz de acceder a su propio mundo interno: su desarrollo cerebral tiene que permitir un cierto grado de elaboración cognitiva y análisis cortical de las emociones y de los estados internos propios. Sólo así será posible que el niño(a) comience a darse cuenta, implícitamente, que las otras personas “son sujetos de experiencia” y que es posible y deseable compartir la experiencia propia con la de ellos.

Al mismo tiempo, la intersubjetividad secundaria añade algo importante a la primaria: un interés por compartir el mundo con el otro, es decir, una referencia “triangular” conjunta de los estados mentales de los participantes en una interacción; y una cierta conciencia de la que carece la intersubjetividad primaria, de uno mismo y del otro como ser dotado de experiencia; es decir, un inicio de “self subjetivo”, un núcleo de la subjetividad (Riviere, 1997).

De igual forma se evidencia que la intersubjetividad secundaria establece una extensión de la primaria, en la medida que contiene un componente de tipo emocional, y no sólo cognitivo, lo que implica un enlace del afecto y la actividad cognitiva en relaciones que definen referencias conjuntas (Happé, 1998).

El Triángulo de Relación se refiere a la naturaleza de las relaciones que se dan entre: el niño(a), la otra persona y el referente. Los niños(as) de un año tienen la capacidad de identificarse con otras personas y asumir sus actitudes, o responder a ellas; así cuando un niño(a) reproduce una conducta nueva de un adulto, tanto en cuanto a su forma como en su función, tiene que haber comprendido lo que el adulto percibe e intenta. El “triángulo de relación” proporciona al niño(a) una cierta organización de la experiencia que resulta necesaria y esencial para la conciencia autorreflexiva, la simbolización creativa y los aspectos referenciales del lenguaje (Rodas, 2003).

Entonces, la raíz del déficit, en cuanto al proceso de socialización, reside en la incapacidad del niño(a) de implicarse psicológicamente con las otras personas en el triángulo de relación, y cualquiera que sean las consecuencias de ello tienen que ser tanto cognitivas como motivacionales.

Una de las características que interfiere en el proceso de socialización en los niños(as) con Autismo, está relacionado con habilidades de tipo cognitivo – afectivo y comunicativas. A diferencia de los niños(as) autistas, los niños(as)

normales “llegan a adquirir conocimiento de los estados psicológicos de las personas porque tienen experiencias subjetivas que se comparten, se oponen o se articulan de algún otro modo con las experiencias de los otros” (Hobson, 1995. p.19)

Se habla entonces de una alteración a nivel intersubjetivo; habilidad innata en los Seres Humanos como desarrollo de un proceso evolutivo para identificarse y/o interactuar (con los demás), que permite atribuir a las personas estados mentales como sujetos de experiencia, es decir; percibir a las personas como seres dotados de mente, condición necesaria para que exista una reciprocidad interactiva.

En el mismo sentido, Bandura considera el contexto social, como el principal factor que permite modelar la conducta; esto se hace posible a través de modelos de comportamiento, ya sean simbólicos (instrucciones orales o escritas) o plásticos (TV, medios audiovisuales, etc.) los cuales van a influir constantemente e inevitablemente en el desarrollo de la personalidad, siempre y cuando el sujeto este en contacto permanente con su realidad social. Igualmente en la Teoría de Aprendizaje Social se demuestra como la imitación o aprendizaje por observación se constituye en un factor fundamental para el proceso de socialización y de aprendizaje de pautas de comportamiento en un sujeto.

En la teoría de cognición social, se considera un gran número de procesos y de mecanismos como son: el aprendizaje a través de modelos, la autorregulación en el sujeto y la generalización de experiencias entre otros, que intervienen de forma natural en el proceso de socialización; pero de igual manera el autor propone que pueden ser utilizados como estrategias necesarias para la enseñanza de pautas de comportamiento y habilidades sociales.

En el bebé con Autismo se observa una mayor dificultad de referencia social y un déficit en el grado y la calidad del apego; también es posible detectar un fracaso en la capacidad de imitación que podría sugerir una dificultad para mantener la atención en un modelo humano.

Bandura afirma que las pautas de conducta tienden a generalizarse a situaciones distintas de aquellas en que se aprendieron, estando el grado de generalización en función del parecido entre la situación original de aprendizaje y el nuevo grupo de señales de estimulación. Por otro lado, su teoría cognitivo social plantea que las experiencias contingentes crean expectativas o creencias y no solamente conexiones estímulo – respuesta (Barahona y Cols, 1999).

La mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado; observando a los demás se forman las reglas de conducta, y esta información codificada sirve en ocasiones futuras de guía para la acción. La capacidad de aprender por observación permite a las personas ampliar sus conocimientos y habilidades con base en la información manifiesta y protagonizada por los demás; así, gran parte del aprendizaje social está favorecido por la observación de las ejecuciones reales de los demás y de las consecuencias que tales actuaciones les competen (Bandura, 1987).

El modelado se ha venido reconociendo como uno de los medios más poderosos de transmisión de valores, actitudes, patrones de pensamiento y de conducta; en el desarrollo de las competencias de la persona, el modelado otorga concepciones y reglas que permiten generar distintas formas de conductas útiles para diferentes propósitos y circunstancias.

En la adquisición de una habilidad, el modelado, más que una respuesta de imitación constituye una regla de aprendizaje ya que una influencia modelada

poderosa puede modificar, de forma simultánea la conducta, los patrones de pensamiento, las respuestas emocionales y las evaluaciones del observador.

En la teoría cognitivo social, el término genérico modelado se utiliza para caracterizar los procesos psicológicos de imitación, y la razón de ello es que las influencias del modelado tienen efectos psicológicos mucho más amplios que la simple respuesta mimética que implica el término imitación. Mediante la observación de la actuación de los demás, los observadores pueden adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta; el aprendizaje puede consistir en esquemas de conducta nuevos, criterios de evaluación, competencias cognitivas y reglas generativas de nuevas conductas.

La conducta de los modelos no solo actúa como inductora de comportamientos similares, sino que a la vez, dirige la atención del observador hacia objetos o entornos preferidos por éstos, y como resultado de ello, puede aumentar de forma importante la utilización por parte del observador, del objeto en cuestión aunque no necesariamente de la misma forma o con la misma finalidad.

Las interacciones sociales habitualmente implican la expresión de emociones, ver como los modelos expresan respuestas emocionales suele provocar la activación emocional en el observador; cuando las emociones son activadas vicariamente en asociación con ciertos lugares, personas o cosas, los observadores empiezan a desarrollar respuestas emocionales anticipatorias hacia estos acontecimientos asociados.

Del mismo modo, se explica el funcionamiento humano como un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos. También, la naturaleza de los sujetos se define desde esta

perspectiva con base a cierto número de capacidades básicas: simbolización, previsión, vicaria, autorreguladora y autorreflexiva.

Por medio de los símbolos, los sujetos confieren igualmente significado, forma y continuidad a las experiencias vividas: ensayan de forma simbólica posibles soluciones y las rechazan o las aceptan en función de los resultados estimados antes de ponerlos en práctica; así, una capacidad cognitiva superior unida a la simbolización permite al individuo originar ideas que trascienden su propia experiencia sensorial (Bandura, 1987).

Prácticamente todos los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa pueden ocurrir de forma vicaria, por la observación de la conducta de otras personas y de las consecuencias que tal conducta produce. La capacidad de aprender por medio de la observación, permite al individuo adquirir las reglas necesarias para generar y regular patrones de conducta, sin tener que ir formándolos gradualmente mediante ensayo y error.

La imaginación, y la capacidad para hacer creer, le permite al niño(a) escapar de su realidad actual pero dicho escape es funcional, lo que permite al niño(a) considerar realidades posibles que otras personas consideran: es la llave que abre las mentes de las otras personas y le permite al niño(a) temporalmente entrar en sus planes, esperanzas y miedos (Harris, 1992). Los niños(as) son concientes de sus propios estados mentales y pueden proyectarlos hacia otras personas usando un mecanismo que depende crucialmente de la imaginación. Hay varias piezas en este argumento:

1. Autoconciencia: Los niños(as) son concientes de sus estados mentales, saben cuando quieren o esperan algo. La indicación más sencilla de la autoconciencia es encontrada en las declaraciones de los niños(as); pueden

reportar apropiadamente deseos, creencias y emociones; además, ellos mandan en sus propios estados psicológicos, antes de mandar en los de otras personas.

2. Capacidad para Fingir: Uno de los índices de la imaginación de los niños(as) es su juego simbólico; alrededor de los 18 meses comienzan a dotar objetos físicos con propiedades simbólicas, y así crear una situación ficticia, empiezan a dotar los muñecos con estados mentales, deseos y planes que pueden o no realizarse sin el marco de una situación ficticia.

3. Distinguir Realidad de Ficción: Aunque los niños(as) ocasionalmente mezclan el mundo de la realidad y el mundo de la ficción, no muestran ninguna confusión sistemática entre estos dos: los deseos, creencias y emociones fingidas no se confunden con los verdaderos; igualmente los estados mentales que el niño(a) les atribuye a otras personas no se confunden con el estado mental propio.

4. Deseos, Creencias y Emociones: La habilidad para fingir le permite al niño(a) vincularse con un entendimiento imaginativo del estado mental de otras personas; dada la capacidad para el juego simbólico, el niño(a) puede imaginar querer algo que en realidad no quiere, o creer algo que realmente no cree. Sobre las bases de tales simples premisas de fingir, ellos pueden proceder o imaginar la reacción emocional de otra persona que tiene tal deseo o creencia.

De acuerdo a lo anterior y considerando los puntos planteados por Harris, “es pertinente abordar el término correspondiente a función ejecutiva, que podría definirse como un conjunto de múltiples procesos encargados de la generación, monitorización y control de la acción y el pensamiento, además de intenciones complejas, planificación, inhibición, memoria de trabajo, cambios atencionales, generatividad y fluidez; involucrándose en múltiples procesos complejos básicamente en inferencia social, motivación, ejecución de la acción e incluso el lenguaje. Encontrando entonces que la estereotipia y la rigidez de la conducta y el

pensamiento son la contraparte de la simulación y la flexibilidad mental – dificultades de inhibición y generación de nuevas conductas –. Entonces, un fracaso en las tareas mentalistas puede deberse a un déficit ejecutivo, más que a un déficit de la ToMM (teoría de la mente modular)” (Ibáñez, 2005. p. 30).

De esta manera, las funciones ejecutivas ligan la experiencia sensoriomotriz y la intersubjetividad directamente con las tareas mentalistas, conectando procesos subpersonales con tareas altamente complejas y socializadas. Igualmente el Autismo presenta déficit ejecutivos clásicos y severas dificultades en las destrezas sociales y mentalistas. Las destrezas mentalistas (capacidad para atribuir estados mentales) requieren de funciones ejecutivas y el logro de esta capacidad no puede ser atribuido solamente a la inferencia de los estados mentales ajenos. Por otra parte las destrezas mentalistas están altamente correlacionadas con las funciones ejecutivas, y en éstas últimas, se evidencia cada vez más su papel en la interacción social.

De otro lado existe el mecanismo neurobiológico de las neuronas espejo para acciones imaginadas, observadas y actuadas (Decety, 1994. Jeannerod, 1997); las neuronas espejo implican correlación entre ToMM y funciones ejecutivas (Emery y Perret, 2000): estas neuronas entran en funcionamiento al ejecutar alguna acción o al observar esa acción en otros sujetos, por lo que su papel en la imitación es indiscutible (Kohler y Cols, 2002). Se ha postulado que las neuronas espejo constituyen una red neuronal común para acciones pretendidas (preparación para la ejecución), y para la simulación mental de estados mentales ajenos (Pacherie, 2003). Para Gallese y Goldman (1998), las neuronas espejo permiten la generación de un plan ejecutivo con la atribución de estados mentales y, en el mismo sentido, Blackmore y Decety (2001), atribuyen la inferencia de los estados mentales a partir de este monitoreo del movimiento biológico. Las neuronas espejo han sido identificadas en monos en la zona STP (Homóloga STS en humanos, Rizzolati, 1996).

En las neurociencias se supone que estas neuronas juegan un importante rol dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tal como la empatía y la capacidad de proporcionar un mecanismo para comprender la acción, aprender por imitación y la simulación imitativa del comportamiento de los demás, vinculadas también con el entender las metas y las intenciones.

Muchos niños(as) con Autismo, solo establecen relaciones con adultos a los que están vinculados, e ignoran por completo a los niños(as) de su edad, a veces muestran claramente temor hacia ellos, y en ocasiones indiferencia. El establecimiento de relaciones con iguales suele ser uno de los objetos más difíciles de alcanzar en los contextos educativos: son muy poco frecuentes y dependen de la iniciativa de los adultos que rodean al niño(a), que no tiende a establecer, por propia iniciativa, ninguna clase de relación con las personas. Algunos autistas solo se relacionan para obtener gratificaciones físicas. En algunos casos las iniciativas de relación existen, pero se expresan de forma tan débil e indiferenciada que no son reconocidas fácilmente por los compañeros potenciales de relación.

La mayoría de los niños(as) con Autismo poseen habilidades sociales extremadamente limitadas y parecen vivir en un mundo de exclusividad, separado de los demás e impenetrable para quienes permanecen excluidos de él. La falta de habilidad para relacionarse con el mundo de las personas es, a menudo, el indicio más inequívoco de Autismo (Powers, 1999).

No todos los aspectos de la socialización necesitan de la capacidad para pensar sobre pensamientos. Investigaciones recientes han mostrado que, en las personas con Autismo, no todos los aspectos de la socialización se encuentran alterados - parece más correcto pensar en el autismo no como una alteración de la sociabilidad, sino como una alteración en la habilidad social. (Humphries, J.)

Se llega entonces a un punto divergente entre teorías para dar respuesta a las dificultades del Autismo, sobre todo en el área de socialización que es la que mayor interés adquiere en el presente trabajo. Por un lado encontramos a Baron-Cohen y Cols. (1993), quien expone el trastorno en la Teoría de la Mente, que sugiere básicamente una restricción de la comprensión de las creencias, además una limitación en la capacidad de atribuir mente a las personas y de realizar inferencias sobre sus representaciones mentales. Por su parte Peter Hobson (1993, 1995), propone la Teoría de la Intersubjetividad que expone que los niños autistas poseen un concepto limitado de la naturaleza de las personas como seres que tienen experiencias subjetivas y orientaciones psicológicas en relación al mundo.

También hay que tener en cuenta la Teoría de las Neuronas Espejo, propuesta por Rizzolatti en el año de 1996, en la que la tesis principal se relaciona directamente con procesos imitativos; y como esta a su vez se relaciona con una Teoría de la Mente Modular y la Teoría de las Funciones Ejecutivas.

No se pretende destacar una u otra teoría como causal de la problemática de socialización, pues todas y cada una de ellas se articulan y nos aproximan a la claridad del fenómeno. Pero cada una de ellas por separado no podría explicar todos los casos de Autismo, pues a pesar que los podemos clasificar como tipo Kanner o asociado; los casos de Autismo tienen tantos matices y son tan diversos como personas que lo padecen.

Desde una perspectiva psicológica del Aprendizaje, se abordará el fenómeno de Socialización del Autismo desde procesos de Evitación y Escape, para lo cual se hace necesario hacer una breve reseña de dichos conceptos.

O. H. Mowrer ha contribuido considerablemente al estudio de la psicopatología, y es uno de los primeros en haber intentado aplicar los principios

del aprendizaje a los fenómenos clínicos. Sus primeros esfuerzos por aplicar los principios del aprendizaje a la conducta patológica (Mowrer, 1950), quedaron caracterizados como una teoría de dos factores, pues analiza el aprendizaje con base a procesos instrumentales y respondientes. En aquella época, Mowrer afirmó que los procesos instrumentales gobiernan a los acontecimientos voluntarios, y representan los medios para que el individuo aprenda qué respuestas producen placer y cuales evitan el dolor. De este modo, el individuo responde a través de sus mecanismos efectores, logra su meta y, por consiguiente, incrementa la probabilidad de que haya respuestas similares en el futuro. Los procesos respondientes gobiernan los eventos involuntarios y los reflejos que producen aprendizaje de señales; este es el proceso que permite a estímulos anteriormente neutrales adquirir propiedades de estímulo condicionado (Sandler y Davidson 1980).

La Teoría Bifactorial de Mowrer (1947, 1960), sostiene que existen dos procesos implicados en el aprendizaje de evitación que aparecen claramente diferenciados en el tiempo. En primer lugar, se presenta un procedimiento de condicionamiento clásico en el que el sujeto aprende a tener miedo al Estímulo Condicionado (EC) y, en segundo lugar, un proceso de condicionamiento instrumental, en el que el sujeto aprende la respuesta de evitación reforzada instrumentalmente a través de la reducción del miedo. La idea central de la teoría es que la respuesta instrumental de evitación esta motivada por la respuesta condicionada de miedo.

La conducta de evitación comenzó siendo estudiada utilizando el procedimiento Pavloviano en el que se emparejaban un EC y un Estímulo Incondicionado (EI) aversivo independiente de la respuesta del sujeto. En el condicionamiento clásico, la aparición del estímulo aversivo (EI) no depende de la conducta del sujeto, sino que ocurre de forma inapelable.

En los dos procedimientos, el clásico y el instrumental, se utilizan estímulos aversivos similares, lo que puede llevar a una confusión. Sin embargo, son dos procedimientos diferentes. Si el paradigma de evitación solo se explicara mediante el condicionamiento clásico, los animales entrenados en un programa de evitación no responderían con más frecuencia o más rápido que los animales entrenados en un programa únicamente clásico. Se ha comprobado en distintas especies animales que los sujetos responden con una tasa más alta cuando pueden controlar una descarga eléctrica que cuando se les entrena en un programa únicamente clásico donde reciben la descarga en todos los ensayos independientemente de su conducta (Kamin, 1956; Wahlsten y Cole, 1972).

A través de la referencia social, una persona se forma una idea de cómo desenvolverse en una situación ambigua, confusa o extraña, buscando e interpretando la percepción que otra tiene de la misma. El aprendizaje de señales indiscriminado o inadecuado interfiere con un apropiado aprendizaje de soluciones, con lo que se limita el repertorio conductual del individuo y, con el tiempo, se contribuye a una pauta de conducta de desajuste; el niño(a) expuesto a muchas experiencias dolorosas durante su socialización vinculará la ansiedad a situaciones necesarias para un desarrollo normal; ya que el referente social implica “leer” las claves emocionales en otros para ayudar a determinar como actuar en una situación particular. Si emplea procesos instrumentales para escapar aún más de la ansiedad, no aprenderá a usar mecanismos de enfrentamiento efectivos (Sandler y Davidson 1980).

La socialización contribuye a que las personas desarrollen hábitos, habilidades, valores y motivos que los convierten en miembros activos y productivos de la sociedad; la obediencia a las expectativas de los padres constituye un primer paso hacia el acatamiento de los estándares sociales. Los niños(as) exitosamente socializados dejan de obedecer simplemente las reglas u

órdenes para obtener una recompensa o evitar el castigo; ellos han convertido en principio regulador los estándares de la sociedad (Tjebkes y Forman, 1998).

Para explicar la conducta patológica con base a la insistencia que hace en el aprendizaje emocional, Mowrer invoca los conceptos de la vergüenza y de la culpa. En el proceso de irse socializando, los niños(as) “desarrollan actitudes de miedo y esperanza, y experimentan alivio y decepciones” (Mowrer, 1960).

La autorregulación es la base de la socialización y enlaza todos los campos del desarrollo: físico, cognitivo, social y emocional; por tanto la misma depende de la internalización de las normas. El individuo normal y sano acepta las penalidades que recibe por dedicarse a una conducta prohibida; en esto se diferencia del individuo patológico, quien manifiesta varias formas de conducta de desajuste, incluyendo conducta defensiva, conducta agresiva, aislamiento, entre otras, ya que hay una alteración en la introyección y manejo de normas y valores, donde se evidencia un comportamiento aislado de los parámetros sociales.

Recientemente, Mowrer ha ido afinando esos temas y afirma ahora que el análisis tradicional de secuencia, de una emoción perturbada hasta una conducta de desajuste, es incorrecto y, en contra posición a las afirmaciones tradicionales, sustenta como tesis que:

“... en psicopatología, la causa básica primaria es una conducta deliberada y mediada por elección, de naturaleza socialmente desaprobada y reprensible, que provoca perturbación e inseguridad emocionales (pues el individuo es objetivamente culpable, socialmente vulnerable y, si se le descubre queda sujeto a crítica o castigo). Los síntomas que entonces aparecen representan los modos en que el individuo está tratando de defenderse de sus emociones perturbadoras y provocadoras de sospecha y de *ocultarlas* (es decir, del miedo y la culpa

morales). De esta manera, un hecho negativo deliberado es la causa original o primaria, y a continuación viene la perturbación emocional, que entonces puede producir síntomas de un tipo más o menos conductual". (Mowrer, 1965, p. 243).

De cualquier modo, se puede tomar un análisis operante como alternativa para evaluar las situaciones de conflicto. De esta manera, cabe interpretar un arreglo de conflicto como aquel en el cual, funcionan operantes concurrentes o aquel en el que están presentes consecuencias de respuesta múltiples. Tal ordenamiento permite evaluar por separado los efectos de variables y manipularlas en el tiempo y el espacio, con lo que se acentúa lo práctico del modelo; además, se pueden programar determinantes que "produzcan" cualquier efecto deseado. Esto funciona apropiadamente con niños(as) "normales" por su adecuada interacción con el medio, sin desconocer u olvidar que si bien no sigue siendo clara la etiología del Autismo, se sospecha una alteración a nivel genético que impide la comprensión en la ejecución de las operantes.

Remitidos a los conceptos anteriores, relacionados con la psicología del aprendizaje, consideramos que los padres pueden ser leídos por los niños(as) con Autismo como aversivos y/o preaversivos, en la medida que estos realizan demandas y exigencias conductuales que "perturban su mundo", para de alguna forma aproximarlos a condiciones de normalidad y les permita disminuir sus frustraciones como padres. Sin embargo son estas demandas, las que generan posiblemente gran malestar en la persona autista, y como consecuencia de ello, aprenden comportamientos de escape y evitación hacia los mismos, disminuyendo con ello la ansiedad que puede generar la presión a ejecutar actividades que en ese momento no se quiere o no se puede realizar: en esta medida si los padres son percibidos de esa manera, fácilmente otros adultos serán vistos como tal, por el fenómeno de generalización de estímulos.

¿Cómo deben entonces actuar los padres para **no** ser asociados a Estímulos Aversivos y/o Preaversivos?.

CAPITULO 3

POBLACION, MUESTRA E INSTRUMENTOS

3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población perteneciente al Instituto DINA está conformada en su mayoría por madres cabeza de hogar, por familias de bajos ingresos económicos y en general presentan un nivel educativo bajo. La población de estudio correspondió a 19 niños(as), todos ellos vinculados al Instituto “Desarrollo Integral del Niño Autista” – DINA, previamente evaluados como autistas por medio de la Escala Comportamental de Clancy, Dugdale y Rendle-Short (1969)¹. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995)², en el eje correspondiente a los Trastornos Generalizados del Desarrollo en el aparte del Autismo; este instrumento de origen psiquiátrico es una prueba universal de tamizaje aceptado por la Asociación Psiquiátrica Americana. La Escala Inventario de Espectro Autista IDEA (1998)³, para establecer la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona. La Escala de Clasificación del Autismo Infantil CARs (Rutter, 1978)⁴; aceptada por la Asociación Americana de Autismo, como elemento diagnóstico del Trastorno Autista. La Escala Orientaciones para la Detección Precoz del Autismo Infantil (Viloca, 2003)⁵, que “tiene como finalidad facilitar la discriminación entre patología y normalidad en la población de 0 – 3

1 CLANCY, H., DUGDALE, A. y RENDLE-SHORT, J. (1969). The Diagnosis of Infantile Autism. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 11, 432 - 442.

2 DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

3 RIVIERE, A. y MARTOS, J. (1998). *El Tratamiento del Autismo Nuevas Perspectivas*. Madrid: IMSERSO – APNA.

4 RUTTER, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood of autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 8, 139 – 161.

5 VILOCA, L. (2003). *El Niño Autista. Detección, Evolución y Tratamiento*. Barcelona: Ceac..

años. El objetivo es la prevención y detección temprana de las posibles alteraciones en el desarrollo de los niños(as) en las primeras edades”. No se pretendió hacer ningún tipo de igualación entre los sujetos debido a lo intencional y restringido de la muestra, y a la estrategia metodológica, de caso único. En las situaciones de prueba se consideraron todos los sujetos, pero para su análisis, sólo se tomaron cinco de ellos. Ninguno de los sujetos presentó compromisos comprobados de tipo orgánico; todos ellos evidencian ausencia de lenguaje verbal.

3.2 INSTRUMENTOS

A continuación se describen las escalas diagnósticas que se aplicaron a los niños(as) participantes de esta investigación.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AUTISTA EN EL DSM-IV (1995; p. 74-75)

“A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3).

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(d) preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

(1) interacción social,

(2) lenguaje utilizado en la comunicación social o

(3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un Trastorno Desintegrativo Infantil.”

ESCALA DE CLANCY, DUGDALE Y RENDLE-SHORT (1969)

La presencia de siete o más características, puede indicar la presencia de autismo:

1. Gran dificultad para tratar y jugar con otros niños.

2. Actúa como si fuera sordo; no reacciona al habla ni a los sonidos.

3. Se resiste a aprender cualquier cosa, ya sean nuevas conductas o nuevas destrezas.

4. Falta de miedo a peligros reales; pueden jugar con fuego, saltar desde alturas peligrosas, correr a media calle o internarse en el mar.

5. Se resiste a cambiar de rutina. Los más pequeños cambios pueden producir ansiedad aguda, excesiva y, al parecer, ilógica: por ejemplo, rechaza todas o casi todas las comidas desconocidas por él.

6. Prefiere indicar sus necesidades mediante ademanes. Quizás hable, quizá no.

7. Sus emociones se expresan en forma anormal; sin razón aparente se ríen o gritan.

8. No se deja mimar. Se pone rígido o completamente suelto.

9. En ocasiones muestra exceso de actividad física; el niño puede despertarse y jugar durante horas en la noche y sin embargo, estar lleno de energía al día siguiente.
10. Normalmente no mira de frente: tiene una persistente tendencia a mirar hacia otro lado o a voltearse, especialmente cuando se le dirige la palabra.
11. Se aficiona a un objeto u objetos determinados. Se preocupa exageradamente por detalle o rasgos especiales de tal objeto, y no lo usa para lo que sirve en realidad.
12. Le da vuelta a los objetos, especialmente a los redondos. Puede llegar a absorberse totalmente en esta actividad hasta angustiarse si se le interrumpe.
13. Se dedica repetida y sostenidamente a juegos raros; por ejemplo: sacude pedazos de cuerda, hace sonar piedras dentro de una lata, hace tiras de papel
14. Se muestra completamente indiferente. Se comunica muy poco con los demás. Trata a las personas más bien como a objetos que como gente.

INVENTARIO DE ESPECTRO AUTISTA (I.D.E.A.)

Instrucciones: El inventario idea tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de estos niveles tiene asignada una *puntuación par* (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las *puntuaciones impares*, para aquellos casos en que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

Así, por ejemplo, si la puntuación 8, en la dimensión de trastorno cualitativo de la relación, implica ausencia completa de relaciones y vínculos con adultos, y la puntuación 6 la existencia de vínculos establecidos con adultos en niños que son, sin embargo, incapaces de relacionarse con iguales, la puntuación 7 define a una persona con severo aislamiento, pero que ofrece algún indicio débil o inseguro de vínculo con algún adulto.

Para aplicar el inventario IDEA, es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo o familiar suficiente de la persona que presenta espectro autista. El inventario no se ha construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo (aunque pueda ser un dato más a tener en cuenta en ese diagnóstico), sino de *valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de cual sea su diagnóstico diferencial*.

El inventario IDEA puede tener tres utilidades principales:

- Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).

- Ayudar a formular estrategias de tratamiento de dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas.
- Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con E.A. (Espectro Autista).

Característicamente, las puntuaciones en torno a 24 puntos son propias de los cuadros de trastorno de Asperger, y las que se sitúan en torno a 50 de los cuadros de trastorno de Kanner con buena evolución.

Las doce dimensiones de la escala pueden ordenarse en cuatro grandes escalas:

- Escala de Trastorno del desarrollo social (dimensiones 1, 2 y 3).
- Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje (dimensiones 4, 5 y 6).
- Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad (dimensiones 7, 8 y 9).
- Escala de Trastorno de la Simbolización (dimensiones 10, 11 y 12).

La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones de cada escala proporciona una valoración del nivel de trastorno en dicha escala.

Dimensión

Puntuación

Escala de Trastorno de Desarrollo Social

1. Relaciones Sociales

- Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No hay relación con adultos o iguales. 8
- Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No hay relación con iguales. 6
- Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia. 4
- Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad. 2
- No hay trastornos cualitativos de la relación. 0

2. Capacidades de Referencia Conjunta

- Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones. 8
- Acciones conjuntas simples, sin miradas “significativas” de referencia conjunta. 6
- Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas. 4

- Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta. 2
- No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta. 0

3. Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

- Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas. 8
- Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto". 6
- Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de trabajo mental. 4
- Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de T.M. de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado. 2
- No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas. 0

Escala de Trastorno de la Comunicación y el Lenguaje

4. Funciones Comunicativas

- Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas . 8
- Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i.e. para "pedir"), sin otras pautas de comunicación. 6
- Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental. 4
- Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno. 2
- No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas. 0

5. Lenguaje Expresivo

- Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas. 8
- Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y raciones. 6
- Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecolálicas, pero que no configuran discurso o conversación. 4
- Discurso y conversación con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas. 2
- No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo. 0

6. Lenguaje Receptivo

- “Sordera central”. Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones. 8
- Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código. 6
- Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso. 4
- Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional. 2
- No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión. 0

Escala de Trastorno de la Anticipación y Flexibilidad

7. Anticipación

- Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ej., películas de video). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias. 8
- Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios. 6
- Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej., “curso” v.s. “vacaciones”). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos. 4
- Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible. 2
- No hay trastorno cualitativo de capacidades de anticipación. 0

8. Flexibilidad

- Predominan las estereotipias motoras simples. 8
- Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios. 6
- Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas. 4
- Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionamiento. 2
- No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad. 0

9. Sentido de la Actividad

- Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad. 8

- Solo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no hay, se pasa al nivel anterior. 6
- Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como parte de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa. 4
- Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten. 2
- No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad. 0

Escala de Trastorno de la simbolización

10. Ficción e Imaginación

- Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción. 8
- Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados. 6
- Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad. 4
- Capacidades complejas de ficción que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles. 2
- No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación. 0

11. Imitación

- Ausencia completa de conductas de imitación. 8
- Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas. 6
- Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva. 4
- Imitación establecida. Ausencia de "modelos internos". 2
- No hay trastorno de las capacidades de imitación. 0

12. Suspensión (Capacidad de Crear Significantes)

- No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas. 8
- No se suspenden acciones instrumentales para símbolos inactivos. No hay juego funcional. 6
- No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficciones. 4
- No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones. 2
- No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión. 0

Notas para la valoración adecuada de las dimensiones.

Asignar siempre la puntuación más baja que sea posible. Por ejemplo, en la dimensión 8 (flexibilidad), si una persona tiene estereotipias y conductas rituales, pero también expresa preocupaciones mentales obsesivas y limitadas, la puntuación es 2.

Naturalmente, las características positivas por las que se define cada nivel están ausentes en los anteriores. P. Ej., en la dimensión 12 se sobreentiende que las personas que obtienen la puntuación 8, y que por consiguiente no suspenden preacciones, tampoco suspenden acciones instrumentales, propiedades de las cosas o situaciones o representaciones. Por consiguiente, las personas con esa puntuación, ni se comunican mediante gestos suspendidos, ni pueden hacer o comprender juego funcional, juego de ficción y metáforas.

CARs

ESCALA DE CLASIFICACION DEL AUTISMO INFANTIL

Esta escala es un instrumento desarrollado para identificar a los niños con autismo desde los dos años de edad, y para distinguirlos de los niños con otras incapacidades incluyendo también una valoración sobre la gravedad.

Puede ser también utilizado para diagnosticar el autismo en adolescentes o adultos.

Está subdividido en 15 capítulos relativos a las principales áreas del comportamiento a las cuales se les va asignando un puntaje variable de 1 a 4 en 7 pasos:

La suma de todos los puntajes da un valor total, con el siguiente significado:

- De 15 a 30 **NO AUTISA**
- De 30 a 37 **AUTISTA LIGERO O MEDIO**
- De 37 a 60 **AUTISMO GRAVE**

Esta escala fue probada en 1500 casos en un período de 15 años, tiene la ventaja de ser enseñada simplemente también a los operadores con poca experiencia en el autismo.

Reportamos un ejemplo de esta escala, con los puntajes relativos a la edad de 3 años y medio.

1. RELACION CON LAS PERSONAS

1.0. Ninguna evidencia, dificultad o anomalía en relación con las otras personas, el comportamiento del niño es apropiado a la edad. Cualquier signo de deficiencia, nerviosismo o fastidio puede estar presente al momento de efectuar una actividad pero no en grados particulares.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Relación levemente anormal. El niño puede evitar el contacto ocular con el adulto, evitarlo o ponerlo nervioso si se obliga a interactuar, ser excesivamente cauto, no ser receptivo al adulto como para atenderlo, agarrarse a los padres, mas frecuentemente a la mayor parte de sus semejantes.

2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior a la sucesiva.

3.0. Relación moderadamente anormal. El niño de vez en cuando tiende a aislarse (parece ignorar a los adultos). Hay veces que es necesario forzarlos para obtener su atención el contacto inicial del niño es escaso.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

4.0. Relación gravemente anormal. El niño esta constantemente apartado de aquello que esta haciendo, casi nunca responde o inicia un contacto con el adulto, solo muy pocos intentos persistentes de llamar la atención tienen efecto.

2. IMITACION

1.0. Imitación apropiada. El niño logra imitar sonidos palabras y movimientos apropiados para su edad.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Imitaciones levemente anormales. El niño imita casi siempre comportamientos simples como mover las manos o sonidos verbales ocasionalmente imita solo por solicitud o con cierto retardo.

2.5. Observaciones intermedias entre la anterior y la sucesiva.

3.0. Imitación moderadamente anormal. El niño imita solo por segmentos de tiempo y requiere de persistencia y ayuda del adulto frecuentemente imita solo con retardo.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva

4.0. Imitaciones gravemente anormales. El niño no imita o imita raramente palabras sonidos o movimientos también tiene que ser guiado por el adulto.

3. RESPUESTA EMOCIONAL

1.0. Respuesta emotiva apropiada para la edad y la situación. El niño muestra un grado y tipo apropiado de respuesta emotiva, evidenciando el cambio con las expresiones faciales en la postura y el comportamiento.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Respuesta emotiva ligeramente anormal. El niño ocasionalmente muestra un tipo o grado de respuesta emotiva de algún modo inapropiado. Las reacciones son a veces apartadas de los eventos que las provocan.

2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la etapa sucesiva.

3.0. Respuesta emotiva moderadamente anormal. El niño muestra signos evidentes de respuesta emotiva inapropiada para el tipo o para el grado. Las reacciones pueden ser muy escasas o excesivas y no ligadas a las situaciones. Pueden hacer gestos o reírse o erguirse (tenso), aunque aparentemente no tengan que ver con la situación o con el objeto.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la etapa sucesiva.

4.0. Respuesta emotiva gravemente anormal. Las reacciones son raramente apropiadas a la situación. Una vez que el niño reacciona en cierto modo es realmente difícil hacerlo cambiar de humor. El niño puede mostrar emociones muy diversas o por el contrario ningún cambio.

4. USO DEL CUERPO

1.0. Uso del cuerpo apropiado a la edad. El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación de un niño normal de su misma edad.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Uso del cuerpo levemente anormal. Alguna peculiaridad menor puede estar presente cualquier torpeza, movimiento repetitivo, escasa coordinación o la rara presencia de movimientos inusuales.

2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la etapa sucesiva.

3.0. Uso del cuerpo moderadamente anormal. Comportamientos que son extraños o inusuales para un niño de esta edad. Incluyen movimientos extraños de los dedos, posturas peculiares de las manos o del cuerpo, lavado de manos o golpearse partes del cuerpo, auto-agresividad, balanceo, rotar sobre sí mismo, agitaciones de las manos o caminar sobre las puntas de los pies.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la etapa sucesiva.

4.0. Uso del cuerpo gravemente anormal. Movimientos intensos o frecuentes del tipo descrito en la etapa anterior, son signos del uso del cuerpo gravemente anormal. El comportamiento puede persistir, sin embargo se desanima fácilmente y pasa a otra actividad.

5. USO DE LOS OBJETOS

- 1.0. Apropiado uso e interés hacia los juguetes y otros objetos.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Leve interés inapropiado hacia los juguetes y los otros objetos o en el uso de ellos. El niño puede mostrar intereses particulares en un juguete, además jugar con ellos de manera infantil inapropiada (agitarlos, morderlos).
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Interés y uso de los juguetes moderadamente inapropiado. El niño puede mostrar poco interés en los juguetes u otros objetos, o puede quedar absorto al utilizarlos en cualquier modo extraño. Ellos se concentran en cualquier parte insignificante del objeto, mueven repetidamente una parte o juega exclusivamente con un solo objeto.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Interés y uso de los juguetes gravemente inapropiado. El niño puede empecinarse en las mismas actividades descritas anteriormente pero con mayor frecuencia e intensidad, es difícil disuadirlo de esta actividad una vez que la inicia.

6. ADAPTACIÓN Y CAMBIO

- 1.0. Respuesta apropiada a la edad hacia el cambio. Mientras el niño puede notar o contar cambios en la rutina, acepta las variaciones sin ningún estrés.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Adaptación a los cambios levemente inapropiados. Cuando un adulto intenta cambiar la actividad el niño puede continuar haciendo la misma tarea o usando los mismos materiales.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Adaptación al cambio moderadamente inapropiado. El niño se resiste activamente al cambio en la rutina. Intenta proseguir con la actividad antigua y es difícil convencerlo o disuadirlo. Puede irritarse o entristecerse si una rutina preestablecida cambia.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Adaptación al cambio gravemente inapropiada. El niño muestra severas reacciones al cambio. Si se obliga a una variación puede volverse extremadamente agresivo, no cooperativo y reacciona con furia.

7. RESPUESTA VISUAL

- 1.0. Respuesta visual apropiada a la edad. La reacción visual es normal y apropiada para la edad. La vista es utilizada junto con los otros sentidos como medio de exploración de nuevos objetos.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Respuesta visual levemente anormal. Al niño se le tiene que pedir varias veces que mire el objeto. El niño puede estar mayormente interesado en espejos o iluminaciones más que en compañía y puede tratar de tocarlo y puede evitar mirar a la gente a los ojos.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Respuesta visual moderadamente anormal. Hay que pedirle al niño frecuentemente para que mire aquello que esta haciendo, hurgar los huecos, evitan mirar a la gente a los ojos, miran los objetos desde ángulos inusuales o demasiado cerca de los ojos.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Respuesta visual gravemente anormal. El niño evita constantemente mirar las personas y ciertos objetos o puede mostrar otra forma extrema de otra peculiaridad visual como las descritas anteriormente.

8. RESPUESTA AUDITIVA.

- 1.0. Respuesta auditiva apropiada a la edad. La propiedad auditiva del niño es normal y apropiada para la edad.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Respuesta auditiva levemente anormal. Pueden ejercer alguna carencia de respuesta o leves reacciones excesivas a ciertos sonidos. La respuesta a los sonidos pueden ser retardadas o puede ser requerida la repetición para llamar la atención del niño. El niño puede ser indiferente a sonidos extraños.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Respuesta auditiva moderadamente anormal. La respuesta del niño a los sonidos cambia, frecuentemente ignora un sonido la primera vez que lo oye. Puede asustarse o taparse los oídos cuando escucha algún rumor cotidiano.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Respuesta auditiva gravemente anormal. El niño reacciona de manera extremadamente evidente a los sonidos independientemente del tipo.

9. GUSTO - OLFATO - TACTO

1.0. Uso apropiado del gusto, olfato y tacto. El niño explora nuevos objetos de manera apropiada a la edad. Generalmente por sensaciones y observaciones. Cuando reacciona a mínimos dolores, el niño muestra fastidio pero no reacciona exageradamente.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto ligeramente anormales. El niño puede persistir en meterse los objetos a la boca, puede oler o masticar objetos no comestibles; puede ignorar o reaccionar exageradamente a los dolores leves que un niño normal experimentaría como fastidio.

2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

3.0. Uso de los sentidos moderadamente anormal. El niño puede estar moderadamente interesado en el gusto, en el olor o en tocar objetos o personas. El niño puede que tenga una reacción excesiva que dura muy poco.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

4.0. Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto gravemente anormal. El niño está absorto con el olor, palpa y siente los objetos más por las sensaciones que por las exploraciones normales del uso del mismo objeto. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar de manera extrema o con pequeños fastidios.

10. MIEDO Y APREHENSION

1.0. Miedo y aprehensión normales apropiados a la edad y a la situación.

1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

2.0. Miedo y aprehensión ligeramente anormales. El niño muestra ocasionalmente ningún o muy poco miedo o nerviosismo comparado a las reacciones de un niño normal de la misma edad en situaciones similares.

2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

3.0. Miedo y aprehensión moderadamente anormales. El niño muestra frecuentemente mayores o menores miedos de lo normal, también respecto a un niño mas pequeño en la misma situación.

3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

4.0. Miedo y aprehensiones gravemente anormales. El miedo persiste también después de repetidas experiencias con objetos o eventos inofensivos. Es extremadamente difícil calmar o consolar al niño. El niño puede además mostrar que no valora el peligro que otros niños de otras edades evitarían.

11. COMUNICACIÓN VERBAL

- 1.0. Comunicación verbal normal apropiada a la edad y a la situación.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Comunicación verbal levemente anormal. El lenguaje total muestra un retraso. La mayor parte del lenguaje es significativo, a pesar que puede invertir los pronombres. Puede usar insistentemente alguna palabra particular.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Comunicación verbal moderadamente anormal. El lenguaje puede estar ausente. Si se presenta, a la comunicación verbal le puede faltar lenguaje significativo y de expresiones o inversiones de pronombre. Alguna peculiaridad relativa a la parte de lenguaje significativo incluye excesivas preguntas o interés hacia un argumento en particular.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Comunicación verbal gravemente anormal. No viene utilizando un lenguaje significativo. El niño puede emitir chillidos infantiles, sonidos extraños o animalescos, palabras que reproducen rumores o pueden usar algunas palabras o frases insensatas persistentes y raras.

12. COMUNICACIÓN NO VERBAL

- 1.0. Uso normal de la comunicación no verbal.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Uso levemente anormal de la comunicación no verbal. Empleo inmaduro de esta comunicación. Mezcla situaciones para expresar lo que quiere y lo hace de manera imprecisa en situaciones donde otros niños de la misma edad gesticulan más específicamente para expresar aquello que quieren.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Uso moderadamente anormal de la comunicación no verbal. El niño generalmente no logra expresar su necesidad o deseo en manera no verbal y no logra comprender la comunicación no verbal de los otros.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Uso gravemente anormal de la comunicación no verbal. El niño usa solamente gestos raros o particulares sin aparente significado y no muestra conocimiento del significado asociado al gesto o a la expresión facial de los otros.

13. NIVEL DE ACTIVIDAD

- 1.0. Nivel de actividad normal para la edad y la situación.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Nivel de actividad ligeramente anormal. De vez en cuando el niño puede estar un poco inquieto o de otro modo perezoso o con movimientos lentos. Su nivel de actividad interferiría ligeramente con su agilidad.
- 2.5 Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Nivel de actividad moderadamente anormal. El niño puede estar muy activo y difícil de contener. Puede tener energía sin fin y no dormirse rápidamente en la noche, pero puede mostrarse letárgico y necesitar de grandes solicitudes para hacer las cosas.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Nivel de actividad gravemente anormal. El niño exhibe extremada actividad o inactividad y además puede pasar de un extremo al otro frecuentemente.

14. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL

- 1.0. La inteligencia es normal y razonable en las diferentes áreas. Es inteligente para su edad y no tienen ninguna habilidad inusual o déficit intelectual.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 2.0. Funcionamiento intelectual ligeramente anormal. El niño no es inteligente como los otros niños de su edad. La habilidad aparece retrasada en todas las áreas.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Funcionamiento intelectual moderadamente anormal. El niño en general no es inteligente como sus semejantes a pesar que puede tener un funcionamiento casi normal en una o más áreas intelectuales.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Funcionamiento intelectual gravemente anormal. A pesar que el niño no es tan inteligente como sus semejantes puede tener un funcionamiento también superior a los niños normales de la misma edad en una o más áreas.

15. IMPRESIÓN GENERAL

- 1.0. No Autista. El niño no muestra ninguna de los síntomas característicos del autismo.
- 1.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.

- 2.0. Autismo Leve. El niño muestra sólo algunos síntomas o sólo un grado leve de autismo.
- 2.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 3.0. Autismo Medio. El niño muestra síntomas diferentes o un grado moderado de autismo.
- 3.5. Observaciones intermedias entre la etapa anterior y la sucesiva.
- 4.0. Autismo Grave. El niño muestra muchos síntomas o un grado muy alto de autismo.

ORIENTACIONES PARA LA DETECCION PRECOZ DEL AUTISMO INFANTIL

I. INFORMACION FACILITADA POR LA FAMILIA O PREGUNTADA POR EL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACION INFANTIL	RESPUESTAS AUTISTAS TÍPICAS	PUNTUACION
1. Cuando la madre, el padre u otros adultos del entorno familiar le hablan, ¿mira a la cara y a los ojos?	No	Doble Puntuación
2. Cuando se le dan indicaciones para hacer alguna acción ¿responde?	No	
3. Cuando le llaman por su nombre ¿se gira o da señales de haber escuchado?	No	
4. Cuando la madre o el padre se marchan y dicen adiós con la mano, el/la niño/a ¿responde imitando? Cuando vuelven ¿sonríe y muestra alegría?	No	Doble Puntuación
5. A menudo ¿coge rabinetas frecuentes y persistentes en situaciones de cambio, por ejemplo dejar de hacer una cosa, salir de un espacio?	Sí	
6. * ¿Comparte la atención con la madre o el padre cuando miran un cuento o cualquier otra actividad?	No	
7. ¿Se interesa por lo que hacen a su alrededor los padres u otros adultos, por ejemplo preparar la comida para él u otras actividades cotidianas?	No	
8. ¿Le gusta el contacto físico y juegos motrices en la falda, como por ejemplo hacer manitas, saltar sobre las piernas del padre o la madre estando cara a cara?	No	
9. Cuando el niño/a quiere una cosa ¿coge la persona de la mano y la lleva hasta el objetivo que quería?	Sí	
10. Cuando quiere una cosa ¿emite palabras o sonidos?	No	
11. Si se cae, o le pasa algo, ¿llama la atención y pide ayuda, por ejemplo, orientándose en la dirección de las personas que están con él?	No	
12. * Cuando está en el parque, en la consulta del pediatra o en otros lugares ¿muestra interés, se acerca y juega con los niños?	No	
13. ¿Alguna vez juega al juego de esconderse e ir a buscar?	No	
14. ¿Se pone muy inquieto en situaciones inesperadas?	Sí	
15. En casa o en espacios abiertos ¿le gusta jugar al juego "que te cojo"?	No	

I. INFORMACION FACILITADA POR LA FAMILIA O PREGUNTADA POR EL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACION INFANTIL	RESPUESTAS AUTISTAS TIICAS	PUNTUACION
16. * ¿Alguna vez utiliza el dedo índice de la mano para señalar mostrando interés por algún objeto o situación?	No	
17. ¿Alguna vez utiliza el dedo índice de la mano para señalar, pidiendo algún objeto?	No	
18. * ¿Se interesa por lo juguetes (coches, muñecas, muñequitos, cubos,...) y los utiliza adecuadamente (por ejemplo los hace rodar bien, los pone en el garaje, los abraza, les hace hacer acciones, hace torres...)?	No	
19. * Si coge algún objeto o juguete ¿simula o representa como si fuera otra cosa (por ejemplo un trozo de madera o algo como un coche u otro objeto real)?	No	
20. * ¿Representa acciones o situaciones como si hiciera la función de otro, por ejemplo jugar a cocinitas o dar de comer a una muñeca?	No	
21. ¿Muestra, ofrece o da objetos para iniciar una interacción con el adulto?	No	
22. * ¿Le gustan siempre las mismas cosas, por ejemplo la misma ropa, la misma comida, las mismas películas de video?	Sí	
23. ¿Hace movimientos repetitivos: aleteos, girar objetos y el cuerpo,... de forma frecuente? ¿Se interesa por alguna parte de los objetos	Sí	Doble Puntuación
Puntuación Total		

II. OBSERVACION DIRECTA, CON LA PRESENCIA DE LOS PADRES, HECHA POR PROFESIONALES DE LA GUARDERIA, SERVICIOS DE PEDIATRIA, SERVICIOS DE ATENCION TEMPRANA... (TAMBIEN SE PUEDE HACER SIN LA PRESENCIA DE LA FAMILIA)	RESPUESTAS AUTISTAS TIICAS	PUNTUACION
1. ¿Tiende a mirar a los objetos cuando se le reclama la atención, por ejemplo al saludarle? ¿Es fácil el contacto ocular con el niño/a?	No	Doble Puntuación
2. * Reclamando la atención del niño/a ¿s capaz de mirar hacia donde centra la atención el adulto cuando éste dice y señala, por ejemplo, mira qué muñeco más bonito?	No	
3. * Si los padres están presentes y se le dice al niño/a dónde está la madre o el padre, ¿lo indica con su índice o se orienta en la dirección correcta?	No	
4. * Si se le dice al niño/a dónde está un objeto conocido que no puede coger, ¿lo señala con el dedo índice?	No	

II. OBSERVACION DIRECTA, CON LA PRESENCIA DE LOS PADRES, HECHA POR PROFESIONALES DE LA GUARDERIA, SERVICIOS DE PEDIATRIA, SERVICIOS DE ATENCION TEMPRANA... (TAMBIEN SE PUEDE HACER SIN LA PRESENCIA DE LA FAMILIA)	RESPUESTAS AUTISTAS TIPICAS	PUNTUACION
5. * Si se le da un coche y unos muñecos y se le dice que se van de viaje, ¿los sube al coche y lo pone en movimiento? ¿Puede simular que le da la comida a una muñeca con utensilios de juguete?	No	
6. ¿Acepta el niño/a ser cogido de la mano para mostrarle algo?	No	
7. * ¿Se puede establecer algún tipo de juego interactivo, como por ejemplo lanzarle la pelota y que el niño/a la devuelva con cierta persistencia?	No	
8. Cuando se va de la consulta ¿puede decir adiós con la mano como respuesta de la despedida del adulto?	No	
9. Si se le muestra un cuento y se reclama su atención, ¿comparte mirarlo con el adulto?	No	
Puntuación Total		

INTERPRETACIÓN.

Su aplicación es a partir de los 18 meses de vida.

El conjunto de las preguntas hace referencia a actividades y situaciones del desarrollo ordinario. La práctica totalidad de los niños sin dificultades las han adquirido a los 18 meses de vida. Más allá de esta edad, ya se puede considerar el desarrollo alterado o sospechoso de que algo no va bien.

La puntuación a cada respuesta es uno.

En el apartado I, cuando la puntuación se aproxima al valor máximo total, es decir 26, estaríamos delante de un posible caso de Autismo.

Por el contrario, cuanto más baja sea la puntuación, hablamos de posible retraso en el desarrollo o retraso mental. Si la puntuación es 0 o se próxima a 0 hablamos de normalidad.

Las preguntas señaladas por un asterisco pueden ser discriminatorias del Autismo. Si se puntúa en tres o más de las preguntas señaladas por un asterisco puede haber riesgo de sufrir Autismo Infantil.

La parte primera se puede facilitar a la familia para que la rellene, o puede ser preguntada, en la misma sesión, por los diferentes profesionales como complemento de la parte II.

La correlación o no entre las preguntas señaladas por un asterisco en las partes primera y segunda, ratificaría o no la consistencia de la evolución final de posible Autismo.

Los sujetos referenciados a continuación no presentan anomalía o indicadores de un inadecuado desarrollo biológico. Para la comprensión de la **tabla 1** se debe tener en cuenta:

1. **Fecha de Nacimiento, Ingreso:** Esta dada en meses y año: m.a.
2. **Edad:** Esta dada en años y meses (a.m), en el momento de ejecutar las situaciones de investigación.
3. **DSM-IV:** Se muestran los indicadores que presenta cada niño(a).
4. **Escala Clancy, Dugdale y Rendle-Short:** Se registran los aspectos comportamentales del niño(a).
5. **IDEA:** Se indican los puntajes obtenidos por cada sujeto en cada una de las sub-escalas.
6. **CARs:** Se presentan los puntajes obtenidos por los sujetos.
7. **Orientaciones Para la Detección Precoz del Autismo Infantil:** Se indican los puntajes obtenidos por los Sujetos en el apartado I y en el apartado II de la escala.

	S1	S2	S3	S4	S5
F de Nacimiento	11.99	3.99	2.98	1.98	7.96
F de Ingreso	8.04	7.03	7.99	3.03	4.02
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	4.10	5.5	6.6	6.7	8.1
DSM - IV	S1	S2	S3	S4	S5
A					
1	a,b,c,d	a,b,c,d	a,b,c,d	a,c,d	b,d
2	a,d	b,c,d	c,d	D	c
3	C	D	a,b,c,d	a,b,c	a,b,c
B					
1	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X

CLANCY	S1	S2	S3	S4	S5	
1	X	X	X		X	
2	X	X	X	X	X	
3				X		
4		X	X	X	X	
5		X		X		
6	X	X	X	X	X	
7	X	X	X	X	X	
8						
9	X	X	X	X	X	
10	X		X			
11	X		X	X	X	
12	X	X	X			
13	X	X	X	X	X	
14	X	X		X	X	
Total	10	10	10	10	9	
IDEA	S1	S2	S3	S4	S5	
A	1	6	5	6	4	3
	2	5	6	7	5	6
	3	6	7	6	6	4
B	1	6	4	4	6	4
	2	7	6	6	7	6
	3	8	4	7	6	6
C	1	6	6	6	6	6
	2	8	3	6	6	6
	3	8	6	6	6	5
D	1	8	5	7	7	3
	2	6	6	5	6	1
	3	8	6	8	8	4
Puntaje Total	82	64	74	73	54	

CARS	S1	S2	S3	S4	S5
1	3,5	2,5	3	3	4
2	3,5	3,5	3	4	3,5
3	2,5	3	3,5	1,5	3,5
4	3	2,5	3	2,5	3,5
5	3	2,5	3,5	3	3
6	3	2,5	3,5	4	4
7	3,5	2,5	3	3,5	3,5
8	3	2,5	3	3	3
9	3	1,5	3	3	3,5
10	3	3,5	3	3,5	3,5
11	3,5	3	3	4	3,5
12	3,5	3	2,5	3,5	3,5
13	3,5	3	3	2	2,5
14	3	3	2,5	3	3
15	3	3	2,5	4	3
Puntaje Total	47,5	41,5	45	47,5	50,5
Orientaciones Para la Detección Precoz del Autismo Infantil					
APARTADO I	S1	S2	S3	S4	S5
1					
2					
3					
4					
5			1		1
6*					1
7					
8					
9		1	1	1	1
10	1				
11					
12*	1				
13				1	
14	1				
15					

16*	1				
17	1			1	
18*	1				
19*	1	1	1	1	1
20*	1	1	1	1	
21	1				
22*					1
23	2	2	2	2	2
Puntaje Parcial	11	5	6	7	7
APARTADO II	S1	S2	S3	S4	S5
1					
2*	1				
3*	1				
4*	1			1	1
5*	1	1	1	1	
6					
7*					
8	1			1	
9	1				
Puntaje Parcial	6	1	1	3	1
Puntaje Total	17	6	7	10	8

Tabla 1: *Ejecución de los Sujetos en cada una de las escalas aplicadas para el diagnóstico.*

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS DIAGNOSTICOS

La descripción de los resultados presentados a continuación corresponde a los ítems relacionados con aspectos de socialización e interacción, extraídos de la puntuación general hecha anteriormente.

En la escala diagnóstica DSM – IV, se encuentra que tres (3) de los casos seleccionados presentan la totalidad de indicadores correspondientes a la

alteración cualitativa de la interacción social; los cinco (5) muestran falta de reciprocidad social o emocional y cuatro (4) de los casos escogidos manifiestan incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros. Cuatro (4) presentan ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

Todos los casos estudiados evidencian retraso o funcionamiento anormal en la interacción social, en el lenguaje utilizado en la comunicación social, y del juego simbólico o imaginativo.

En la escala diagnóstica de Clancy, Dugdale y Rendle – Short, se encuentra que cuatro (4) de los casos seleccionados presentan gran dificultad para tratar y jugar con otros niños; se muestran completamente indiferentes y se comunican muy poco con los demás. Tratan a las personas más bien como a objetos que como gente. En todos los casos se encuentra que los niños(as) expresan sus emociones en forma anormal, sin razón aparente se ríen o gritan; además se dejan mimar, no se ponen rígidos al contacto físico.

En el Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A), se encuentra que en la Escala de Trastorno de Desarrollo Social en su nivel de Relaciones Sociales, dos (2) casos presentan incapacidad de relación, vínculo con adultos y no hay relación con iguales; así como en dos (2) de ellos se dan relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales; las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia. En el nivel correspondiente a Capacidades de Referencia Conjunta se encontró que tres (3) de los casos analizados evidencian acciones conjuntas simples, sin miradas “significativas” de referencia conjunta; dos (2) utilizan el empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas. En el nivel correspondiente a Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas cuatro (4) de ellos muestran respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como “sujeto”.

En la Escala de Trastorno de la Comunicación y el Lenguaje en el aspecto correspondiente a Funciones Comunicativas tres (3) niños(as) presentan conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental; y dos (2) de ellos evidencian conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i.e. para “pedir”), sin otras pautas de comunicación.

En la Escala de Trastorno de la Anticipación y Flexibilidad en el área concerniente a la Anticipación, todos los niños(as) presentan conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican romper la rutina. En el nivel de Flexibilidad, en tres (3) de los casos analizados predominan los rituales simples, y resistencia a cambios nimios.

En la Escala de Trastorno de la Simbolización, en el nivel de Imitación, tres (3) de ellos demuestran imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas. En el nivel referido a Suspensión (capacidad de crear significantes) encontramos que en tres (3) de los casos existe la mayor puntuación que indica, la no suspensión de pre-acciones para crear gestos comunicativos, y comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.

En la Escala de Clasificación del Autismo Infantil (CARs) se encontró que en lo concerniente a la relación con las personas, uno (1) de los niños(as) presenta una relación gravemente anormal. El niño(a) está constantemente apartado de aquello que está haciendo, casi nunca responde o inicia un contacto con el adulto, solo muy pocos intentos persistentes de llamar la atención tienen efecto; y dos (2) de ellos tienen una relación moderadamente anormal. Los niños(as) de vez en cuando tienden a aislarse (parecen ignorar a los adultos). Hay veces que es necesario forzarlos para obtener su atención, el contacto inicial de los niños(as) es escaso.

En lo referente a Imitación uno (1) de los niños(as) seleccionados, presenta limitaciones gravemente anormales. El niño(a) no imita o imita raramente palabras, sonidos o movimientos, también tiene que ser guiado por el adulto. En cuatro (4) de los casos, los niños(as) muestran imitación moderadamente anormal. Los niños(as) imitan sólo por segmentos de tiempo, y requieren de persistencia y ayuda del adulto.

En el ítem relacionado con la respuesta emocional se encuentra que tres (3) niños(as) comparten una respuesta emotiva moderadamente anormal. Los mismos muestran signos evidentes de respuesta emotiva inapropiada para el tipo o para el grado. Las reacciones pueden ser muy escasas o excesivas y no ligadas a las situaciones. Pueden hacer gestos, reírse o erguirse (tenso) aunque aparentemente no tenga que ver con la situación o con el objeto; y uno (1) de los niños(as) evidencia respuesta emotiva apropiada para la edad y la situación. El niño(a) muestra un grado y tipo apropiado de respuesta emotiva, demostrando el cambio con las expresiones faciales, en la postura y el comportamiento.

En la esfera que evalúa adaptación y cambio, dos (2) de los casos analizados presentan una adaptación al cambio gravemente inapropiada. Los niños(as) muestran severas reacciones al cambio. Si se obligan a una variación pueden volverse extremadamente agresivos, no cooperativos y reaccionan con furia, y dos (2) de ellos presentan una adaptación al cambio moderadamente inapropiada. Los niños(as) se resisten activamente al cambio en la rutina. Intentan proseguir con la actividad antigua y es difícil convencerlos o disuadirlos. Pueden irritarse o entristecerse si una rutina preestablecida cambia.

La impresión general que nos brinda la escala, es que tres (3) de los niños(as) partícipes del estudio, presentan un Autismo medio, mostrando síntomas diferentes o un grado moderado de Autismo. Uno (1) de ellos, manifiesta un Autismo grave, mostrando muchos síntomas o un grado muy alto de Autismo, y

uno (1) de ellos un Autismo leve, mostrando sólo algunos síntomas o sólo un grado leve de Autismo.

En la Escala Orientaciones para la Detección Precoz del Autismo Infantil se encontró que en el Apartado I, dos (2) de los niños(as) presentan rabietas frecuentes y persistentes en situaciones de cambio; uno (1) comparte la atención con la madre o el padre cuando miran un cuento o cualquier otra actividad; cuatro (4) de ellos(as) cogen a la persona de la mano y la llevan hasta el objetivo que quieren; uno (1) de los niños(as) emite sonidos o palabras cuando quiere una cosa; uno (1) muestra interés, se acerca y juega con otros niños; uno (1) de ellos(as) juega al juego de esconderse e ir a buscar; uno (1) de los niños(as) se pone muy inquieto en situaciones inesperadas; uno (1) ha utilizado el dedo índice de la mano para señalar **mostrando** interés por algún objeto o situación y dos (2) de ellos(as), alguna vez han utilizado el dedo índice de la mano para señalar, **pidiendo** algún objeto; uno (1) se interesa por los juguetes y los utiliza **adecuadamente**; todos los niños(as) (5) objeto de estudio, cogen algún objeto o juguete y simulan o representan como si fuera otra cosa; cuatro (4) de ellos(as) representan acciones o situaciones como si hicieran la función de otros; uno (1) de los niños(as) muestra, ofrece o da objetos para iniciar una interacción con el adulto; a uno (1) le gustan siempre las mismas cosas y todos ellos(as) (5), hacen movimientos repetitivos; aleteos, giran objetos y el cuerpo de forma frecuente o se interesan por alguna parte de los objetos.

En el Apartado II se encontró que, uno (1) de los niños(as) es capaz de mirar hacia donde centra la atención el adulto cuando este dice y señala; uno (1) indica con su índice o se orienta en la dirección correcta hacia donde está la madre o el padre; tres (3) de ellos(as) señalan con el dedo índice donde está un objeto conocido que no pueden coger; cuatro (4) de los niños(as) pueden simular que le da comida a una muñeca con utensilios de juguete; dos(2) dicen adiós con la

mano como respuesta de la despedida del adulto y uno (1) de los niños(as) comparte y centra la atención con el adulto cuando se le muestra un cuento.

En términos generales de la Escala se encuentra que, de acuerdo a las puntuaciones, una impresión diagnóstica de Autismo Infantil en todos los niños(as) que son objeto de análisis en esta investigación. Considerando que las preguntas que están señaladas por un asterisco pueden ser discriminatorias de Autismo y todos los casos puntúan tres o más de estas preguntas como criterio para el diagnóstico; además de registrar otro número de ítems que no están señalados con asteriscos.

CAPITULO 4

SITUACIONES DE PRUEBA, REGISTRO Y ANALISIS

Se realizaron en cubículos de 4.50 x 3 mts. En algunas situaciones, el cubículo era acondicionado a la mitad (-----). En cada cubículo está instalada una cámara (1) de video a control remoto (CCTV: Cámara Evetar, EVD06060M, zoom 6-60mm. Y lente 1:1.2), a una altura de 1,80 mts.; ocasionalmente, se integró una cámara de video Handycam (2), DCT-TRV 350 marca Sony, desde los espejos unidireccionales (3) de observación (0.90 x 0.60 mts., a una altura de 1.10 mts.) de cada cubículo; cada cámara tiene su propio sistema de grabación en VH y de recepción en TV, con capacidad de hacer trasmisión en tiempo diferido o real; igualmente ocurre con el sistema de sonido. (Ver **Diagrama 1**)

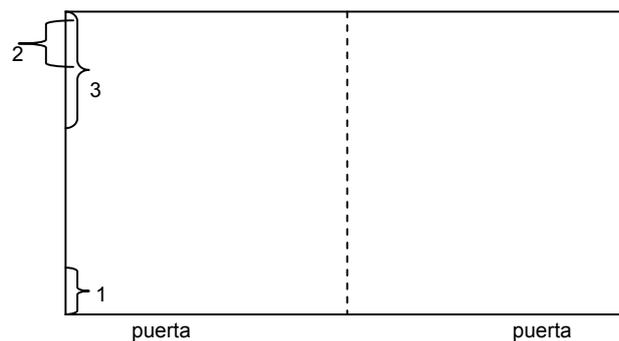


Diagrama 1: *Distribución básica de los cubículos*

Los niños(as) están acostumbrados al sistema CCTV y en su mayoría no perciben los momentos en que entra en funcionamiento (son imperceptibles los sonidos del movimiento de desplazamiento derecha – izquierda, arriba – abajo, o el funcionamiento del zoom).

Los cubículos no tienen ningún tipo de estímulo en sus paredes (cuadros u otros elementos distractores); todos los sujetos habían sido grabados en

situaciones cotidianas del Instituto y para ellos no es extraño que se realicen cambios de terapeutas o cubículos, ya que es una estrategia propia del Programa de Padres Coterapeutas (Rodas y Cols., 1995): los cubículos, son los sitios que habitualmente se emplean para el trabajo terapéutico.

4.1 SITUACION DE ALMOHADAZOS

4.1.1 Objetivo. Inducir al niño(a) a interactuar por medio del juego con otras personas; observando si atiende y si evidencia un seguimiento de pautas en el mismo, así como el uso de expresiones en su interacción, y la utilización adecuada de los elementos que hacen parte del juego (almohadas – personas).

En un cubículo similar al del Diagrama 1, se pusieron colchonetas sobre el piso; dentro de él se encuentran 4 terapeutas jugando a golpearse con almohadas; cuando el niño(a) entra: la labor de dichos terapeutas fue tratar de inducir al niño(a) a jugar. La situación tuvo una duración aproximada de 5 minutos.

4.1.2 Registro

Sujeto 1



Se tira en el suelo. Emite sonidos. Chupa dedo. Absolutamente pasivo respecto al juego. No interactúa. Al ponerlo de pie trata de interactuar pero se tira nuevamente al suelo. Tiende a quedarse en el rincón. Su actitud general es pasiva, chupándose continuamente el dedo.

Parece atento a la situación pero su participación es mínima. Usa la almohada para recostarse en ella. **No hay indicadores claros de interacción y socialización, sin embargo se evidencia un uso adecuado del objeto.**

Sujeto 2



Se sonríe, coge la almohada, y la agita en forma inducida. Se hace detrás de la mamá eludiendo los almohadazos; trata de dar almohadazos, es atento al juego; coge las almohadas con las dos manos. Termina indiferente al juego. **Hay indicadores de participación e interacción.**

Sujeto 3



Se r e, brinca, coge las almohadas pero las tira inmediatamente. Hay interacción y participación, a pesar de no seguir las reglas del juego. **Hay indicadores de participación en el juego y de socialización en la actividad.**

Sujeto 4



Se recuesta contra la pared. Coge las almohadas pero las tira; mira lo que hacen los demás. Parece temerosa de que la golpeen: al coger la almohada y tirarla, inmediatamente después, hace lavado de manos. **Hay indicadores de atención, más no de socialización.**

Sujeto 5



Coge las almohadas y las tira. Permanece atenta a los demás. Sonríe y grita con alegría. Coge almohadas y las agita. Participa pero no logra asimilar la norma del juego. Aplauda y hace verbalizaciones. **Hay indicadores de atención y pautas de socialización.**

4.1.3 Análisis. En la mayoría de los niños(as) se evidencia interacción y participación en la actividad, pero no un seguimiento claro de las reglas del juego. Interactúan y participan pero no saben a que están jugando, uno de los sujetos no lo percibió como un juego sino como una situación de peligro. Parece ser que los niños(as) entendieron que la situación implica estar con otros e interactuar con ellos, sin embargo no es claro el sentido de lo que se hace con el otro. En la mayoría se evidencia una expresión emocional durante la prueba (risas, gritos, brincos, aplausos y verbalizaciones); no obstante este tipo de expresiones no son del todo acordes con la circunstancias, pues son emitidos a destiempo (acción – reacción). Todos entran en contacto con la almohada, la mayoría la toma y la tira rápidamente, uno se muestra totalmente pasivo frente a la situación y utiliza la almohada adecuadamente (para recostarse); y otro al inicio de forma inducida tira la almohada y después espontáneamente trata de integrarse al juego dando almohadazos.

Los niños(as) en su desarrollo “normal” generalmente centran su atención, y tienen la capacidad de imitación, ¿por qué en el caso del niño(a) con Autismo, este no incorpora las reglas y los patrones de comportamiento y/o conductas sociales para aplicarlos en situaciones similares a la primera situación observada y replicada? Esto puede ocurrir porque los niños(as) no logran hacer generalizaciones de situaciones previas de juego en cuanto al seguimiento correcto de las pautas del mismo se refiere; el niño(a) sabe que es una situación

de diversión pero no sabe como divertirse, puede ser que los adultos se hayan convertido en estímulos preaversivos y ante éstos el niño(a) inhibe su espontánea y adecuada interacción y participación en el mismo.

La situación por tanto nos lleva a dos reflexiones: La primera es si la acción de coger y tirar la almohada por parte del niño(a) es porque está tratando de integrarse y participar en el juego o la segunda porque rápidamente quisiera deshacerse de la posible presión que ejerce el adulto para que interactúe.

4.2 SITUACIÓN DE INSTRUCCIÓN “NO”

4.2.1 Objetivo. Observar la reacción del niño(a) frente a la instrucción **NO** como preaversivo (predicador de consecuencia negativa o de contingencia aversiva) de la conducta; además, confrontar si funciona en el niño(a) como reconocimiento de la autoridad del adulto, o como seguimiento instruccional inhibitor de la acción.

La situación en el aspecto físico, se observa en el **Diagrama 2**; sobre la mesa en la esquina (4), se colocaron dulces y papitas (se sabía que uno de los dos eran preferidos por los niños(as) y funcionaban como reforzadores primarios).

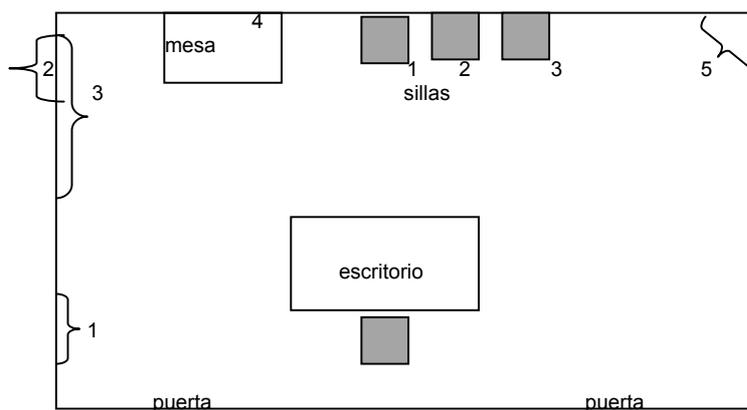


DIAGRAMA 2
Situación de Engaño.

4: Dulces y/o papitas
5: Espejo

En el cubículo, sobre la mesa (4), hay algunas papitas fritas y dulces visibles para cualquier persona que entre; el niño(a) se sienta en la silla 1, la madre en la 2; el terapeuta lo hace en la silla correspondiente al escritorio. Sentados, entre el terapeuta y la madre se realiza una charla informal sobre lo cotidiano; transcurridos unos minutos, madre y terapeuta salen del cubículo. Cuando el niño(a) se acerca a los reforzadores, inmediatamente el terapeuta entra llamándole la atención con la instrucción **¡¡NO!!**, se sienta ante el escritorio, permanece unos minutos, y se retira nuevamente. Durante toda la situación, el sistema de CCTV registra lo que ocurre en el cubículo.

4.2.2 Registros

Sujeto 1



Acompañado: Entra gimoteando, ve los dulces y se va directamente hacia ellos. Se le dice que no, pero intenta cogerlos y se le impide. Gimoteando se va al asiento chupando dedo. Observa los dulces continuamente. Se mueve mucho en el asiento, se baja del asiento, acercándose a los dulces pero sin decirle nada, se devuelve y se sienta.



Se deja solo. Mira los dulces, genera sonidos pero se queda quieto en la silla; se levanta, va y coge papas dos veces. Entra el terapeuta, le dice que no... le dice "sentado" y se sienta. En cuanto sale el terapeuta va hacia los dulces y coge uno. Entra el terapeuta le dice que no y el sujeto suelta el dulce. Vuelve a quedarse sentado emitiendo sonidos...se dirige a los dulces y los coge. Entra el terapeuta, le dice que no, el niño se sorprende y se sienta. Estando solo, vuelve a las papas, se atraganta cuando entra el terapeuta. Se le dice sentado: se lleva dedo a la boca pero no coge nada, manotea y vuelve a sentarse ante la orden. Hace sonidos cuando esta solo

manoteando, y mira mucho hacia la puerta, pero está sentado. Mira los dulces y la puerta, hace gestos con las manos mira la puerta y vuelve a los dulces. Coge el tarro, mira, y coge un dulce. Entra el terapeuta, se sobresalta, lo suelta. Lo mismo ocurre con las papas. Manotea, obedece ante la instrucción de sentado, produce su sonido típico agitando las manos. Mira los dulces y parece escoger. **Hay respuestas positiva ante la instrucción NO. El estímulo preaversivo funciona como control de la conducta.**

Sujeto 2



Acompañado: Al entrar hace contacto visual con los dulces. Ante la instrucción siéntate, obedece a medias quedándose arrodillado en la silla. Se levanta, va al otro extremo y se regresa. Va a ver los dulces, coge el tarro y lo lleva al asiento, al pedírselo, lo devuelve. Se acerca a los dulces con disimulo. Estira la mano hacia el tarro y los mira pero no los coge. “No”...”Sentado”...inicialmente no obedece... se sienta; hace acercamiento a los dulces...los mira pero no los coge...”sentado”... obedece. Coge la mano de la mamá, la hala en varias ocasiones...vuelve a los dulces pero no los coge... se sienta.



Se deja solo. Va hacia la puerta... desde allá mira los dulces. Abre la puerta, se asoma y al ver al terapeuta la cierra, se asoma en repetidas ocasiones y cuando se le llama, cierra... va hacia los dulces, los mira pero no los coge y va hacia la puerta. Entra el terapeuta, le ofrece un dulce, coge uno... toma la mano del terapeuta y le lleva la misma al tarro. **El estímulo preaversivo funciona como control de la conducta. Parece darse cuenta que es observado.**

Sujeto 3



Acompañada: La mamá la instiga a sentarse. Se sienta con la mamá. Ve los dulces y se le dice “no” en varias ocasiones. Hay que limitarla físicamente. Se levanta, coge asientos y empieza a tirarlos. Se vuelve muy inquieta, se aleja del área de los dulces pero pendiente de ellos. Va hacia los dulces, coge el tarro y lo huele....al decirle “no”, acata la orden. Vuelve a deambular por el cubículo. Se asoma a los dulces y da expresiones de gusto pero no los toma. Se dirige a la mamá y se le arrodilla entre las piernas. Vuelve a alejarse.



Se deja sola. Vuelve a los dulces y mete la mano pero no coge, juega con el tarro haciéndolo girar, se aleja de los dulces. Arrastra la silla haciéndola sonar y la tira ...va a la puerta. Lloriquea sin lágrimas, coge un papel del escritorio y va hacia la puerta lloriqueando. Va hacia los dulces y los riega, coge uno pero lo suelta. **El estímulo preaversivo funciona como control de la conducta.**

Sujeto 4



Acompañada: Entra con mamá y se sienta al lado jugando con un papel que se mete a la boca y manipula. Parece mirar al terapeuta atentamente siguiendo sus movimientos. Sentada palmotea.



Se deja sola. Se pone a gimotear al lado de la puerta y mira los dulces pero se queda junto a ella. Viene hacia los dulces mirando fijamente pero no los coge. Entra el

terapeuta, le da la orden de sentarse, lo mira fijamente; cuando este sale, ella mira las papas, va hacia la puerta y se dirige a las papas pero no las coge. Se acerca nuevamente hacia los dulces, los mira y huele pero no coge... Merodea los dulces... va hacia la puerta...vuelve y coge una papa.... se aleja... vuelve por papitas y en ese momento entra el terapeuta... hace gesto de sorpresa soltando la papa. **El estímulo preaversivo funciona como control de la conducta.**

Sujeto 5



Acompañada: Sentada junto a la mamá. Ubica los dulces. Se para, se le da la instrucción siéntate... Mientras va al asiento mira atentamente los dulces Se sienta. Al levantarse la mamá también lo hace (la niña no tiene tolerancia para quedarse sola en el cubículo). **Hay seguimiento de instrucciones.**

4.2.3 Análisis. Debemos iniciar diciendo que un Estímulo Preaversivo es un evento del medio ambiente interno o externo que le indica a la persona que si emite la respuesta tendrá como consecuencia un Aversivo o Castigo y si por el contrario su respuesta es de Evitación la consecuencia será un Refuerzo Negativo, lo que le brinda a la persona la posibilidad de elegir si emite la conducta o la inhibe, teniendo claro que pasará en cada situación (Kazdin, 1996).

En general, se evidencia que los niños(as) tienen la función cognitiva de control de la conducta a través de la expectativa que manejan durante la situación, la cual ha sido aprendida por las consecuencias de situaciones similares en el pasado; el estímulo preaversivo funciona como predictor de la conducta y de la consecuencia negativa ya que todos los sujetos ante la instrucción "NO", o ante la presencia del adulto inhiben la acción; el que el niño(a) reaccione ante dicha instrucción implica que ha tenido una experiencia previa con estímulos aversivos y

reforzadores negativos. Cuando el niño(a) responde de manera adecuada a la instrucción “NO” nos está indicando que reconoce en el adulto una figura de autoridad y que en su historia previa de reforzamiento ha recibido una consecuencia aversiva ante el no seguimiento de la instrucción; lo que indica que esta situación también podría generalizarse hacia la conducta social, ya que el “NO” hace parte de la estructuración de la norma y da pautas de interacción.

Es importante resaltar que ninguno de los niños(as) pierde el interés en los dulces, su comportamiento aunque variado permanece expectante a estos, así como de las cosas que suceden a su alrededor; se nota que en presencia de la madre, el niño(a) adopta una conducta manipulativa (no obedece), sobre todo cuando las instrucciones son dadas por el terapeuta, sin embargo cuando este se queda solo con el terapeuta el acatamiento de la instrucción es inmediato, esto podría explicarse porque el niño(a) percibe que su figura de protección se ha ausentado y ante el “extraño” obedece sin reparos.

4.3 SITUACIÓN DE PELEA – RECONCILIACIÓN

4.3.1 Objetivo. Observar en el niño(a) la reacción conductual, es decir, sus expresiones comportamentales, emocionales, verbales; así como la interacción niño(a) – madre ante los momentos antagónicos que plantea la situación. Además, observar si ante determinada situación el niño(a) comparte y comunica de alguna forma sus emociones con la madre.

El niño(a), entra (A) con la madre al cubículo en donde hay una pareja de actores (B), sentados en una mesa y simulando charlar; transcurrido un (1’) minuto empiezan a discutir agitadamente: alzada de la voz, gritos, ponerse de pie, manotear, (en ningún momento hay indicadores de agresión física). Transcurridos tres (3’) minutos, empiezan a demostrar tranquilidad y terminan dándose un abrazo. (Ver **Diagrama 3**).

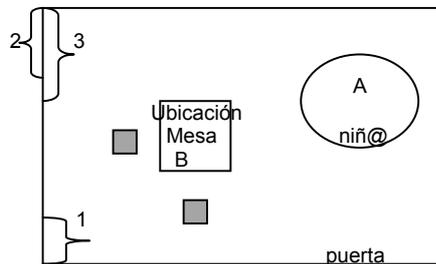


Diagrama 3. Pelea – Reconciliación.

4.3.2 Registros

Sujeto 1

Pelea. Mira al terapeuta, parece sorprendido, mira la pareja, casi suelta el juguete, hace sonido típico de él grgrgrgrgr... le pasa el juguete al terapeuta, se quita el zapato, se lleva el dedo a la boca, se tira hacia atrás y gimotea.

Reconciliación. No hay cambios de actitud general. **No discrimina entre el antagonismo de las situaciones.**

Sujeto 2



Pelea. Junto a la mamá viendo a la pareja, se les acerca, vuelve a la mamá, los mira, da la espalda, y camina mirándolos, cuando se sube la voz mira muy atentamente, se va junto a la mamá mirándolos, se queda totalmente quieto cogiendo el brazo de la mamá con su mano derecha, serio, deja de mirar un momento, se aleja, gira sobre sí mismo, alejado de la mamá y mirándolos, vuelve donde la mamá estirando su brazo, se agarra de ella, da la espalda, se agarra de la pierna de la mamá; esto lo hace en repetidas ocasiones.

Reconciliación. Se queda junto a la mamá, suelto, aparentemente más relajado. **Atento, expectante. Parece discriminar entre las situaciones.**

Sujeto 3



Pelea. Entra y explora cubículo; cuando empieza la pelea suelta un maletín que tenía en la mano, va donde la mamá, va a la mesa donde se encuentra la pareja y toca a la mujer, vuelve donde la mamá, la hala y luego la empuja a la pared, la hala de la blusa, persiste en ello; parece indiferente a la situación, con la mamá agarrada va a mujer y la toca, lleva a la mamá a la puerta, la sigue halando, sigue la actitud de “indiferencia”; se empieza a dar golpes con la mano en la frente. Busca acercarse a la pareja pero acompañada de la mamá.

Reconciliación. Coge a la mamá por ambas manos, sale del cubículo. **Parece no discriminar con claridad entre las situaciones, aunque se nota mayor actividad en la situación de pelea.**

Sujeto 4



Pelea. Contra la puerta, tirada en el suelo, gritando, está en rincón, cuando empieza discusión se aproxima a pareja, se hace detrás de la mujer, vuelve a puerta, pasa detrás del hombre; se coge las manos, rodea la mesa, se retira observando, se queda quieta, absorta y alejándose con mano derecha en la boca; cuando la pareja se coloca de pie, ella se aleja, los sigue con la mirada; pone los brazos en su regazo, trata de ocultarse, sin moverse del sitio. Juega con las manos y cruza brazos en varias ocasiones.

Reconciliación. Se vuelve indiferente y va a la esquina opuesta del cubículo dando la espalda a la pareja, se retira, mira la pareja; cuando ellos se abrazan, ella se acerca. **Parece darse un aumento de su actividad en el momento de la pelea; da la impresión que discrimina entre las situaciones.**

Sujeto 5



Pelea. Se acerca a la pareja y se queda de pie, junto a ella, luego pasa junto a él, recostando codos y brazos en la mesa; cuando alzan la voz se aleja acercándose a la mamá que está en esquina opuesta, se queda allí, empieza a aplaudir con las manos. Se acerca a la mujer con los brazos caídos, se acerca a él, emite sonidos, sacude las piernas, pone manos en la mesa, agita su brazo izquierdo como manoteando; cuando la pareja aumenta el tono de voz se dirige hacia la mamá.

Reconciliación. La misma posición, recostada con brazos en la mesa, parece más relajada. Al finalizar la reconciliación se acerca y abraza con un brazo a la mujer. **Parece discriminar claramente entre las situaciones, da la impresión de entender cuando termina una situación e inicia la siguiente.**

4.3.3 Análisis. En la mayoría de los niños(as) se observa una aparente diferenciación entre los dos momentos de la situación. Esta, da cuenta de cómo los niños(as) logran, o tienen la habilidad de percibir situaciones sociales diversas que implican por tanto, comportamientos diferentes.

En la primera parte de la misma, los niños(as) en el momento que distinguen el ambiente de pelea se dirigen hacia donde se encuentra la madre, pudiendo esto ser leído en dos sentidos: a. Los niños(as) perciben una situación social incómoda; lo que indica que ellos previamente se habían visto enfrentados a un

evento similar; b. El niño(a) percibe el potencial peligro al cual esta expuesto y ante esta situación se ve como recurre a la madre como escudo protector ante la situación. En esta primera parte en particular se observa más actividad e inquietud motora por parte de los niños(as), es decir, caminan por el cubículo, manotean, emiten sonidos y/o verbalizaciones propias de cada uno, en particular se observan más activos y agitados que lo habitual.

En la segunda parte de la situación los niños(as) en general parecen más relajados y tranquilos, incluso se observa como se distancian de su madre en el momento de la reconciliación.

Por otra parte, los niños(as) parecen reconocer entre una situación incómoda y desagradable, y entre una cómoda y tranquila. Ellos logran percibir esto por la interacción que han tenido anteriormente con personas adultas, distinguiendo las pretensiones de los mismos en ambas situaciones. Esta afirmación se logra a través de la descripción del comportamiento de los niños(as) en el momento de la situación, es evidente en ellos la diferenciación entre una situación y otra; todo su lenguaje corporal demuestra que comprenden la situación emocional vivida por los actores, lo que sugiere que el niño(a) discrimina situaciones cotidianas de su entorno social.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Si bien no podemos desconocer que las personas con Autismo presentan dificultades para entender y entablar relaciones sociales, tampoco podemos afirmar que en Autismo no hay socialización. Partiendo del concepto que socializar implica relacionarse con otras personas, podemos afirmar que en Autismo hay diferentes formas y/o patrones de socializar, al igual que en el común de las personas.

Al referirnos a la forma diferente siempre se ha pensado por ejemplo, que la expresión de emociones inmotivada ha sido una característica para indicar que hay alteraciones en la socialización; sin embargo, no podemos desconocer que esta expresión de emociones por medio del llanto, la risa o los gritos sea una intención de relacionarse o comunicarse con su entorno. Lo que dificulta esta comprensión es que estas manifestaciones se dan fuera de un tiempo y contexto en el que se desarrollan. Esto podría deberse a un fenómeno de “desesperanza” que adquieren los padres de estos niño(as), los cuales en su mayoría pierden el entusiasmo fácilmente dejando de interactuar y retroalimentar con sus hijos situaciones cotidianas, llevando al niño(a) a que aprenda por ensayo y error a comunicarse de esta manera solo cuando así lo requiera; además el medio en el que se desenvuelven por lo general es desconocedor de la patología en su totalidad, lo que hace que las oportunidades de socializar disminuyan ostensiblemente.

Aunque el niño(a) de alguna forma se este comunicando, es el adulto o los padres los que no aprenden a leer sus manifestaciones o necesidades, en otras palabras son débiles en el trabajo de observación del comportamiento de sus hijos. Esto implicaría que si las personas que cuidan al niño(a) mejoran en la

calidad de la observación en cuanto a tiempo y detalles se refiere, pudieran encontrar formas de socialización que faciliten la integración de las personas con Autismo al menos en su esfera social más cercana.

Otra pauta que puede denotar el proceso de socialización, es el seguimiento y acatamiento de normas que el adulto demanda; que el niño(a) obedezca indica que de alguna forma ha asimilado ciertos patrones culturales de su entorno con relación a su comportamiento, es decir el niño(a) aprende que su conducta tendrá una consecuencia.

Lo que el niño(a) requiere en el manejo cotidiano de contingencias, es que los padres sean enfáticos y lo más claros posibles en lo que debe o no hacerse a nivel interpersonal con relación a los miembros que componen su círculo social (vecinos, tienda, amigos, entre otros), y evitar a toda costa la ambigüedad en los mensajes como ocurre generalmente: Independientemente del contexto en el que se encuentre la persona con Autismo el modo de actuar y proceder de los padres debe ser el mismo, para facilitar al niño(a) la interacción en su medio social.

La persona con Autismo es un ingenuo social, todo lo entiende literal, no tiene doble moral, no posee malicia, no siente vergüenza, lo cual lleva a que actúe de una manera espontánea, natural y sin prejuicios; en la mayoría de las situaciones es interpretado como mala educación, o usado por extraños para manipular la persona. Ambas situaciones generan demasiado temor en las familias, lo que conlleva a sobreprotegerlos y apartarlos más de lo que su propia dificultad les representa.

Ubicándonos en el contexto de la presente investigación, debemos recordar que ninguna persona se encuentra preparada para ser padre y menos si se trata de un hijo(a) especial, pues todas las expectativas puestas en este hijo(a) se desdibujan y empiezan a evidenciarse situaciones como la culpabilidad entre la

pareja, frustración, rechazo, entre otras, generando cualquier cantidad de demandas al hijo(a), en este caso con Autismo, que sobrepasan su repertorio conductual y probablemente no puedan cumplir, o por el contrario una visión de minusvalía, convirtiéndose en padres sobreprotectores, que en lugar de “ayudar” al hijo(a) lo que logran es aumentar o potenciar la discapacidad, haciéndolo cada vez más especial.

Ante todas esas demandas o exigencias que hacen los padres, con la intención de que su hijo(a) se acerque a la “normalidad”, y sobre todo en lo relacionado con la interacción (socialización) que es uno de los aspectos en los que mayor se evidencia alteración en el Autismo, los padres se convierten sin quererlo en (EC) como agentes aversivos y luego preaversivos para el niño(a), generando situaciones de escape y además un fenómeno de generalización con el resto de personas adultas. Esta generalización al preaversivo (EC), hace que el niño(a) emita conductas de evitación en momentos determinados de interacción y posteriormente que entre en condiciones de reforzamiento negativo, suprimiendo la fuente de estimulación desagradable para él (padres – adultos), evitando activamente relacionarse y por tanto aumentando la conducta de aislamiento, interactuando espontáneamente, solo cuando necesita satisfacer sus necesidades.

Ahora bien, si retomamos la visión de minusvalía, estos niños(as) poco van a sentir la necesidad de interactuar, porque los padres (EC – preaversivo), siempre tratarán de cubrir sus necesidades o deseos incluso sin ser expresados de alguna manera por el niño(a), reforzándolo positivamente en forma continua, aunque esto implique de alguna manera que el niño(a) permanezca aislado la mayor parte del tiempo, manifestando activamente, como en el caso anterior, un comportamiento de evitación, además propiciando una situación de generalización, pues por cuestiones de aprendizaje, el niño(a) percibirá de la misma manera que percibe a

sus padres a todos los adultos, impidiendo, alterando o dificultando procesos de socialización “normal” que pudieran manifestarse.

Estas situaciones explican, lo que las familias y/o terapeutas reportan con cierta extrañeza, cuando se observa que el niño(a) se relaciona más fácilmente con objetos o con animales, lo cual puede entenderse si consideramos que estos no ejercen ningún tipo de demanda conductual y el niño(a) puede ser más espontáneo en su comportamiento y relación; esto no quiere decir que no les “importe” lo que ocurre a su alrededor, ya que podemos observar que el niño(a) selectivamente se implica en situaciones con los adultos de una manera diferente a la usual, por ejemplo cuando en un contexto de juego el niño(a) a pesar de no entender las reglas del mismo trata de participar de alguna manera de la situación, (tomando los objetos, tirándolos, aumentando su actividad motora, entre otras).

¿Qué debo hacer para no ser visto por el niño(a) como un objeto – cosa, sino como un objeto de interés con el cual interactuar?

La socialización de las personas con Autismo mejora con el transcurso de su desarrollo, esto puede deberse a que la imitación y el aprendizaje por observación estarían más y mejor asimilados por la persona en esa relación de consecuencias con su entorno, además probablemente el aprendizaje de pautas de conducta halla sido más reforzado por su contexto inmediato, sin embargo les resulta más difícil que a los otros niños(as), aprender a comportarse adecuadamente con los demás.

Si partimos de la concepción que la socialización es un proceso que se aprende y que se adquiere a través de la experiencia con otros, entonces debemos agotar todos los esfuerzos porque las personas con Autismo aprendan ciertos modelos de socialización básicos (saludar, pedir el favor, decir gracias, despedirse) que le permitan la inclusión al mundo de los demás sin violentarlo. Por

tanto, si al niño(a) con Autismo se le brinda un espacio adecuado podrá desarrollar pautas de socialización (llamarlo por el nombre, no usar preaversivos intencionalmente, que su entorno más cercano sepa sobre la problemática y reforzando todos los aciertos que lo aproximen a interacciones adecuadas), y compartir mejor los escenarios de los que nos llamamos “normales”.

En la persona con Autismo como lo afirma Humphries se evidencia es una alteración en la habilidad social, es decir, en la capacidad para desenvolverse o interactuar fácilmente en su medio, ya que no se demuestra concordancia entre las demandas que le exige su entorno y la forma en que el niño(a) expresa sus intenciones de vincularse a él. En otras palabras, la persona con Autismo no sabe como operar con esas herramientas, el contexto se las brinda, él las recibe, lo que pudiera indicar que las intenciones de relacionarse se hallan presentes en él, tal vez de una forma poco reconocible para los posibles interlocutores, pero además no sabe como retroalimentarlas favorablemente de acuerdo a las reglas particulares de su cultura y por tanto lo que devuelve no es lo que el contexto espera; por eso afirmamos que la capacidad para socializar del autista esta presente en él como ser humano que es, como cualidad innata que le pertenece y que tiene la posibilidad de desarrollar, sin embargo dentro de las diferencias que caracteriza a cada uno de los mismos, la persona con Autismo tiene un estilo propio diferente a lo usual para relacionarse e interactuar con su contexto.

Para compartir sentimientos con su entorno los seres humanos requieren manejar y dominar la mayoría de códigos convencionales y comunes a la cultura en la cual están inmersos, es precisamente allí donde debido a los comportamientos de la persona con Autismo pareciera que ellos no comprenden las manifestaciones emocionales de sus congéneres, lo que de alguna forma incide en los procesos adecuados de socialización. Aunque esto no quiera decir que la persona con Autismo sea incapaz de captar los estados emocionales de las personas que lo rodean; de hecho los percibe, solo que su reacción no es la

esperada y actúa de forma infrecuente según los patrones sociales establecidos. Prueba de esto se halla descrita en la situación de Pelea – Reconciliación, donde los niños(as) manifiestan ciertas reacciones claramente emocionales (acercarse a la mujer, tocarla, tratar de apartarse y ocultarse, buscar contacto físico con la madre, reducción de la ansiedad leída en disminución de aleteo, saltos y otros movimientos estereotipados) que permiten dar cuenta de la vinculación con los estados afectivos de los demás.

La persona con Autismo por lo general es demasiado literal en la forma en que recibe la información de los demás, esto se demuestra en la inflexibilidad de sus manifestaciones comportamentales, lo que genera que sea percibido como un niño(a) fuera de todo contexto. Aunque el Autista consigue incorporar las reglas y los patrones de comportamiento sociales propios de su escenario de actuación, lo que no logra integrar es la relación que puede existir entre varias situaciones diferentes donde la misma conducta emitida en cierta ocasión también le sirve para esta nueva vivencia, lo que hace que estas personas habitualmente no recurran a conductas pasadas para usarlas en otro momento similar y esto dificulta la ampliación y puesta en escena de repertorios conductuales y sociales.

Finalmente, en nuestro medio, es común asignar la palabra “diferencia” a toda situación o persona que no se ajusta a los parámetros establecidos por un grupo de personas; siendo así es fácil etiquetar a alguien porque no se ajusta a dichas normas, creando “espacios sectorizados” donde pueden o no estar, originándose una situación de discriminación social; es decir, se respeta una diferencia pero no se asume, simplemente se relega a otro espacio; lo que genera un rechazo que impide la posibilidad de potenciar habilidades sociales en nuestro iguales como seres humanos.

De acuerdo a lo anterior valdría la pena pensar y preguntarse: ¿Es el “problema” la forma diferente en que socializa el niño(a) con Autismo o somos

nosotros quienes no comprendemos esa particular diferencia en sus relaciones?
Creemos que la respuesta está en la segunda parte de la pregunta.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción Fundamentos Sociales*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Barahona, P. F., Chaparro, K. L., Gamboa, M. C., Hernández, C., Manjares, D. & Rivera, M. (1999). *El Desarrollo de las Habilidades Sociales como una Propuesta Pedagógica de Integración en Autismo*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, Grupo de Procesos Editoriales ICFES , Fundación Francisca Radke.
- Baron - Cohen, S. (1989). Are autistic children behaviourist? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 19, 579-600.
- Baron – Cohen, S., Tager – Flusberg, H., & Cohen, D. J. (1993). *Understanding Other Minds: Perspectives from Austim*. Oxford University Press.
- Blackmore, S. & Decety, J. (2001). From the Perception of Action to the Understanding of Intention. *Nature*, 20, 561 – 567.
- Cabanyes, J. (1999). *Una Perspectiva Neuropsicológica del Autismo Infantil*. Primer Congreso Internacional de Neuropsicología por Internet. Noviembre 1 a Diciembre 15 de 1999.
- Clancy, H., Dugdale, A. & Rendle-Short, J. (1969). The Diagnosis of Infantile Autism. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 11, 432 - 442.
- Decety, J. (1994). Mapping Motor Representations With PET. *Nature*, 371, 600 – 602.
- DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Emery, N. & Perret, D. (2000). *How Can Studies of the Monkey Brain Help us Understand “Theory of Mind” and Autism in Humans*. En S. Baron – Cohen, H. Tager – Flusberg and D. J. Cohen (Eds). *Understanding Other Minds*. 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press.

- Ferster, C. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Development*. 32, 437-456.
- Frith, U. (1991). *Autismo Hacia una Explicación del Enigma*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Gallese, V. & Goldman, A. (1998). Mirror Neurons and the Simulation Theory of Mind – Reading. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 2, 12, 493 – 501.
- Happè, F. (1994). An advanced test of theory of the mind: understanding of store characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 24, 129-154.
- Happè, F. (1998). *Introducción al Autismo*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Harris, P. L. (1992). *Los Niños y la Emociones*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Hobson, R. P. (1993). *Autism and the development of mind*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Hobson, R. P. (1995). *El Autismo y el Desarrollo de la Mente*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Humphries, J. *Reconocer las Señales en Niños Pequeños*. En <http://www.mugsy.org/index.htm> Traducción realizada por Carolina Roper.
- Ibáñez, B. A. (2005). En Revista Argentina de Neuropsicología. *Autismo, Funciones Ejecutivas y Mentalismo: Reconsiderando la Heurística de Descomposición Modular*. 6, 25 – 49. En <http://www.revneuropsi.com.ar>
- Jeannerod, M. (1997). *The Cognitive Neuroscience of Action*. Oxford: Blackwell.
- Kamin, L. J. (1956). The effects of termination of the CS and avoidance of the US on avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 49, 420 – 424.

- Kazdin, A.E. (1996). *Modificación de Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (2002). Hearing Sounds, Understanding Actions. *Cerebral Cortex* 297, 846 – 848.
- Lovaas, O. I. & Smith, T. (1989). *A Comprehensive Behavioral Theory of Autistic Children: Paradigm for Research and Treatment*. Elsevier Science Lid. Oxford, England. Traducido al castellano por Jesús Gil Roales – Nieto. Reeditado con permiso del Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry.
- Morgan, C. T. & King, R. A. (1978). *Introducción a la Psicología*. Madrid: Aguilar.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of the learning: a reinterpretation of conditioning and problem-solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102 – 148.
- Mowrer, O. H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. Nueva York: Ronald Press.
- Mowrer, O. H. (1960). The lesser of two evils. *American Psychologist*. 15, 301 – 304.
- Mowrer, O. H. (1965). *Learning theory and behavior therapy*. En la obra de B. Wolman (dir.), *Handbook of clinical psychology*. Nueva York: McGraw – Hill. p. 243.
- Pacherie, E. (2003). Is Collective Intentionality Really Primitive? *American Journal of Economics and Sociology*, 62, 178 – 189.
- Powers, M. D. (1999). *Niños Autistas: Guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Editorial Trillas, S.A.
- Riviere, A. & Martos, J. (1997). *El Tratamiento del Autismo Nuevas perspectivas*. Artegraf, S.A.

- Riviere, A. (2001). *Autismo Orientaciones para la Intervención Educativa*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.
- Rizzolatti, G. (1996). Localization of Grasp Representations in Humans by PET. *Experimental Brain Research*. 111, 246 – 252.
- Rodas, R., Pérez, Y., Gómez, G. I., García, F., Parra, S., Ramos, F., Hurtado, S., León, L., & Carmona, W. D. (1995). Los padres como coterapeutas: Una alternativa de tratamiento en autismo. *Revista Documentos DINA*, 5, 9 - 60.
- Rodas, R. (2003). *Teoría de la Intersubjetividad de R. Peter Hobson*, *Documentos DINA* 8, 14 – 88.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood of autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*.8, 139 – 161.
- Sandler, J. & Davidson, R. (1980). *Psicopatología. Teoría del aprendizaje, investigación y aplicaciones*. México: Trillas.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and Cooperation in Early Infancy: A Description of Primary Intersubjectivity. En M. Bullowa (Ed.), *Before Speech*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. En G. BUTTERWORTH Y P. LIGHT (Eds.). *Social Cognition*. Harvester Press. (Traducción en Castellano en A. PERINAT. *La comunicación preverbal*. Barcelona: Avesta, 1986).
- Tuchman, R. F. (2000). Como Construir un Cerebro Social: Lo que nos enseña el Autismo. *Revista de Neurología Clínica* 1: 20 – 23.
- Viloca, L. (2003). *El Niño Autista. Detección, Evolución y Tratamiento*. Barcelona: Grupo Editorial Ceac, S.A.
- Wahlsten, D. L. & Cole, M. (1972). *Classical and avoidance training of leg flexion in the dog*. Appleton Century Crofts, 379 – 408.