

Autismo. Estrategias de interacción social

Ignacio Sánchez Hernández¹, Pedro César Pacheco Broncano² y Rafael Sánchez Trejo³

¹C.P. San José. Talavera la Real (Badajoz).

²I.E.S. San Fernando. Badajoz. ³C.P. Ntra. Sra. de Fátima. Badajoz.

INTRODUCCIÓN

El término “autismo” fue definido por primera vez en 1943 por el psiquiatra Leo Kanner quien lo describió como un síndrome comportamental que se manifiesta por alteraciones del lenguaje, de las relaciones sociales y de los procesos cognitivos aparecidas en las primeras etapas de vida de una persona (primeros 30 meses de vida).

Según el DSN IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana), el “*trastorno autista*” está catalogado como categoría bajo el título de “*trastorno generalizado del desarrollo.*”

El trastorno autista es una de las discapacidades específicamente definidas en el Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA). IDEA, que utiliza el término “autismo,” define el desorden como “*una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la comunicación verbal y no-verbal y la interacción social, usualmente evidente antes de los tres años de edad, que afecta adversamente el rendimiento escolar del niño. Otras características a menudo asociadas con el autismo son la exhibición de actividades repetitivas y movimientos estereotípicos, resistencia a todo cambio en el medio ambiente o cambios en la rutina diaria, y reacciones poco usuales a las experiencias sensoriales.*”

Uno de los primeros problemas que se nos plantea en el proceso de evaluación y diagnóstico es la proximidad o solapamiento entre algunos cuadros y la distinción clara entre trastorno autista y trastornos generalizados del desarrollo. El cuadro siguiente puede ayudar en relación con el problema que estamos planteando:

TRASTORNO	CURSO	RETRASO	GRAVEDAD	DOMINIOS AFECTADOS
Autismo	Antes de los 3 años	Puede o no estar asociado con retraso	Excede el umbral estándar del número de dominios	Social, Comunicación y Conductas repetitivas

TRASTORNO	CURSO	RETRASO	GRAVEDAD	DOMINIOS AFECTADOS
Trastorno desintegrativo	Desarrollo normal por encima de los 2 años	Habitualmente asociado con retraso mental. Requiere mucho apoyo.	Los umbrales no están especificados, pero son muy similares al autismo.	Fallos en dos o tres dominios del autismo.
Asperguer	Antes o después de los 3 años.	No hay retraso en comunicación y lenguaje.	Puede exceder el umbral en el área social.	Social y peculiares intereses.
Autismo atípico	Puede fallar para cumplir los criterios de autismo	Puede o no estar asociado con retraso.	Puede exceder el umbral en una o más áreas.	Social, comunicación y conductas repetitivas.

Actualmente está ampliamente aceptado que los trastornos incluidos dentro del espectro del autismo (según la clasificación internacional vigente: “Trastornos Generalizados del Desarrollo”) Son trastornos neuropsiquiátricos que, presentando una amplia variedad de expresiones clínicas, son el resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central.

ORIGEN Y CAUSAS

Aunque aún están sin determinar las causas del autismo, las explicaciones se agrupan en dos áreas, la genética y neurobiológica y la psicológica. Ambas líneas de investigación, sin ser excluyentes, pueden llegar a plantearse como complementarias.

Actualmente están de acuerdo todos los investigadores, independientemente de su orientación teórica, en que el autismo es un síndrome conductual con un origen claramente biológico. Sin embargo, sus causas todavía permanecen en el anonimato; aunque se sospecha la influencia de factores genéticos, infecciosos, bioquímicos, inmunológicos, fisiológicos, etc. no se ha llegado a establecer aún una causa concreta que explique la etiopatogenia del autismo.

CARACTERÍSTICAS COMUNES DEL AUTISMO

Todos los casos presentan síntomas en las siguientes tres áreas:

- 1. Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca.** En algunas personas se da un aislamiento social significativo; otras se muestran pasivas en su interacción social, presentando un interés escaso y furtivo hacia los demás.
- 2. Alteraciones de la comunicación Verbal y no-verbal.** Carecen de la habilidad de llevar a término un intercambio comunicativo recíproco. Tanto la forma como el contenido de sus

competencias lingüísticas son peculiares y pueden incluir ecolalia, inversión pronominal, e invención de palabras.

El repertorio de expresión y regulación de emociones es distinto de lo habitual; algunas veces aparentemente limitado y otras excesivo. A menudo se detectan graves dificultades para identificar y compartir las emociones de los demás.

3. Repertorio restringido de intereses y comportamientos. La actividad imaginativa resulta afectada. En la mayoría de los casos la actividad imaginativa es ineficaz en su función adaptadora. En la medida que carecen de la capacidad de imaginar el pensamiento o la mente de los demás, les resulta muy difícil anticipar lo que puede suceder, y afrontar los acontecimientos pasados.

Los patrones de conducta son, a menudo, ritualistas y repetitivos. Los movimientos repetitivos y estereotipados son habituales. Muchos niños y niñas afectados de autismo desarrollan intereses específicos o preocupaciones sobre temas peculiares.

En muchos casos se da una sensibilidad inusual hacia los estímulos sensoriales (Táctiles, auditivos, visuales). Otros rasgos comunes asociados y no específicos incluyen: ansiedad, trastornos del sueño y de la alimentación, trastornos gastrointestinales y rabietas violentas con, a veces, conductas auto-lesivas

ESTRATEGIAS DE INTERACCIÓN SOCIAL

Las estrategias de interacción social temprana en los niños autistas incluyen la comunicación verbal y no verbal, contingencia, mirada social, toma de turnos, imitación y atención conjunta.

ESTRATEGIAS QUE FACILITAN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS.

LA CONTINGENCIA SOCIAL Y LA TOMA DE TURNOS

Estas técnicas interactivas pretenden conseguir un aumento del contacto ocular, enseñando a comprender las contingencias sociales y propiciando el principio de toma de turnos. El aprendizaje de estas habilidades está dividido en cuatro fases. La fase uno trata de aumentar la atención hacia los otros y propiciar en el niño una sensación de confort cuando interacciona. Ello conlleva imitaciones exactas de las acciones del niño (movimientos de su cuerpo, vocalizaciones, etc.).

La fase dos pretende promover el contacto ocular en aquellos niños que no atienden rápidamente a la cara del adulto en la fase anterior. El adulto intentará resaltar su propia cara colocándose en el campo visual del niño.

En la fase tres, el adulto se turna alternativamente e inicia conductas de anticipación en el juego de imitar. Para conseguir este tipo de interacción, el adulto espera antes de imitar al niño

en lugar de imitar al niño simultáneamente. Esto lleva de una forma natural al niño a anticipar la acción del adulto y origina un tipo de interacción de ida y vuelta. Cuando el niño se da cuenta que está siendo imitado, frecuentemente se va a desarrollar un juego en el que el niño va a cambiar el tipo o velocidad de las actividades para ver si el adulto le sigue.

Por último, en la fase cuatro, el niño aprende que las interacciones contingentes no conllevan necesariamente a imitaciones exactas. El adulto imita las acciones del niño con un objeto parecido, centrándose más en la intensidad y el ritmo que en la imitación misma, o bien el adulto modifica la acción utilizando el mismo juguete que el niño. El objetivo de esta etapa es que el niño continúe mostrando anticipación y siga el turno.

ESTRATEGIAS QUE PROPICIAN HABILIDADES DE IMITACIÓN, COMUNICACIÓN ELEMENTAL Y ATENCIÓN CONJUNTA

Una vez que el alumno ha conseguido las habilidades anteriores, se puede comenzar el aprendizaje de dos habilidades conjuntas, imitación de otros y comunicación elemental con atención conjunta.

Imitación: La estrategia para incrementar la imitación de los otros se basa en la secuencia de imitación de Piaget (1.962). Según Piaget, el desarrollo de la imitación se inicia con “seudoimitaciones” en las cuales el niño sólo atiende la imitación que otros hacen de sus propias acciones y responde repitiendo dichas acciones. Esto es equivalente a las fases de las estrategias anteriores, en las que el adulto realiza el grueso de la imitación. En el nivel siguiente, el niño puede imitar acciones que están en su propio repertorio. Es solamente después cuando el niño se hace capaz acciones nuevas moldeadas por otros.

Inicios de comunicación y atención conjunta: Estas estrategias están intercaladas en una sesión de juego imitativo. Inicialmente se intentará que el niño se comunique con el adulto para conseguir un objetivo determinado. Esto se lleva a cabo estructurando el entorno de manera que el niño se sienta muy motivado a comunicarse. Para lo cual toma como referencia las estrategias de Koegel y Jonson (1.989) para motivar la utilización del lenguaje (por ejemplo poniendo objetos dentro de un recipiente cerrado). Así, el niño se siente motivado a utilizar gestos, miradas o lenguaje de forma espontánea para conseguir el objeto que desea. En la siguiente fase (Fase 2), el objetivo es conseguir que el niño se comunique espontáneamente con el adulto acerca de una meta que necesite atención y participación conjuntas. Para lograr esto, introducimos actividades interesantes que requieran la ayuda de otra persona. El adulto puede facilitar el desarrollo de esas rutinas interpretando las acciones del niño como si representaran una petición para una actividad compartida.

Una vez que el niño ha comenzado a involucrarse y se comunica sobre actividades compartidas de forma sistemática, el adulto entonces puede alterar su comportamiento para facilitar el contacto ocular durante la comunicación sobre actividades compartidas (Fase Tres). El entorno debe ser estructurado de forma que el niño deba incorporar al adulto en actividades compartidas para conseguir una meta. Para empezar con esto, el adulto simplemente espera antes

de proseguir con estas actividades. A menudo, el niño va a mirar a la cara del adulto de una forma espontánea para conocer el comienzo de la actividad. Cuando esta mirada ocurre, el adulto lleva a cabo inmediatamente esta actividad. Entonces, el adulto empieza a requerir que el niño combine sus peticiones verbales y no verbales con la mirada a la cara del adulto. De esta manera, el niño empieza a entender que sus signos no verbales son vitales para una comunicación con éxito.

Una vez que el niño empieza a mirar a la cara del adulto de forma sistemática cuando se le pide, el adulto puede, entonces, alterar su conducta de manera que el niño debe atender y tener en cuenta los signos verbales y no verbales del adulto (incluyendo la expresión facial y el punto de atención) para conseguir una meta (Fase Cuatro). Para empezar, el adulto puede proporcionar signos no verbales exagerados que indican si está dispuesto o no a llevar a cabo la actividad. De esta manera el niño aprende que los gestos no verbales de los otros son componentes importantes de una comunicación con suceso. De vez en cuando, el adulto puede fingir que no presta atención al niño para motivar al niño para que intente atraer la atención del adulto hacia la actividad deseada.

Es importante que el adulto varíe de estrategia (es decir, objetos y signos no verbales utilizados) para que el niño generalice las habilidades en lugar de aprender respuestas aisladas. También es importante responder de forma positiva cuando el niño utilice las formas más avanzadas de comunicación que existen en su repertorio en lugar de esperar por una habilidad que el niño no ha desarrollado aún.

OBJETOS QUE FACILITAN LA INTERACCIÓN SOCIAL

Es importante seleccionar objetos que faciliten la interacción social. Se deben utilizar objetos hacia los cuales el niño se siente atraído con facilidad. Algunos niños con autismo no se sienten atraídos por los juegos con objetos, sino que más bien se sienten atraídos por tocar superficies, dar vueltas a las hojas de los libros, etc. Este tipo de actividades puede ser utilizado en el nivel uno de las fases de terapia. Utilizando “objetos especiales” únicamente en las sesiones de terapia, el niño empieza a utilizar objetos como símbolo no verbal para indicar que la sesión está a punto de empezar.

A continuación mostramos una lista de objetos que hemos encontrado útiles para facilitar la interacción social.

Objetos que atraen la atención sobre las acciones del adulto.

- Objetos de empujar que hacen ruido y representan objetos animados (p.e. perros, ovejas)
- Instrumentos musicales (p.e. tambor, pandereta, xilófono, maracas)
- Borlas (pompón)
- Sonajeros
- Objetos con pito

Objetos que atraen la atención hacia la cara del adulto

- Pompas de jabón
- Molinillos
- globos
- Una pizarra de plástico transparente que permita al niño y al adultos pintar en ambos lados de la pizarra, facilitando por lo tanto el contacto ocular mientras pintan.

Objetos que facilitan la atención recíproca

- Pelotas
- Una caja de bloques
- Un tren en unos raíles entre el adulto y el niño
- Muñecos

Objetos que facilitan la petición de ayuda

- Un recipiente con golosinas cuyo cierre es difícil de abrir
- Un objeto favorito que está colocado fuera del alcance
- Objetos de cuerda que son difíciles de manipular
- Molinillos que son difíciles de soplar y hacer girar.

CONCLUSIONES

Las familias con personas autistas y los profesionales que trabajan con ellas leen y escuchan numerosos comentarios sobre una amplia variedad de opciones de tratamiento. Por lo general, muy pocos de estos métodos serán accesibles en el ámbito local.

Algunos métodos se han mostrado científicamente eficaces para ayudar a las personas afectadas de autismo. Otros están basados en casos únicos o en informes anecdóticos. Hay métodos de tratamiento que no tienen en cuenta las evidencias contrastadas sobre el autismo, otros carecen de criterios científicos. Algunos reivindican ser específicos para el autismo, otros se recomiendan para todo tipo de dificultades de desarrollo. A menudo los medios de comunicación, y a veces los propios profesionales implicados, sobredimensionamos los efectos positivos de un tratamiento y minimizamos su carencia de resultados de base empírica.

Se debe aconsejar a las familias que busquen un diagnóstico basado en instrumentos validados y reconocidos, servicios que se caractericen por una evaluación regular y continuada, referencias del método de intervención propuesto en publicaciones científicas sólidas y contrastadas.

Hay que animar a las familias a adoptar una actitud crítica antes de comprometerse en un plan de tratamiento, y a considerar los riesgos implicados, y el impacto potencial, que la intervención conlleve para todos los miembros de la familia.

Por último, no podemos olvidar el alto coste emocional que supone para las familias, la llegada de un niño autista, de ahí la importancia a la hora de conseguir que se sientan acogidas y comprendidas por todo el personal implicado en la educación y tratamiento del autismo.

BIBLIOGRAFÍA

[Martos Pérez, J, 2001] *Diagnóstico y evaluación en Autismo*. Simposio Internacional Sobre Detección e Intervención Temprana en Autismo.

[Varios, 2000] *Descripción del Autismo*. Asociación Internacional Autismo-Europa.

[Laura Grofer Klinger and Geraldine Dawson]. Estrategias para facilitar la interacción Social. Extraído del trabajo: "Facilitating Early Social And Communicative Development in Children with Autism". Traducción: Placida Rodríguez y Alfonso Muñoz

[Tsui, L.1998, enero]. Trastornos generalizados del desarrollo (PDD). Washington, DC: NICHCY.