

El papel de la intervención psicoeducativa en la sintomatología del trastorno autista

*Santiago LÓPEZ GÓMEZ,
Rosa M^a RIVAS TORRES
Eva M^a TABOADA ARES*

Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

El trastorno autista hace referencia a una alteración neuropsicológica de características heterogéneas, cuyos síntomas, graves y generalizados, se manifiestan, sobre todo, en tres áreas del desarrollo: cognitiva, lingüística y social. La intervención en el autismo debe realizarse de manera individualizada, buscando potenciar las habilidades comunicativas de los autistas, favoreciendo las interacciones, sus destrezas sociales y fortaleciendo las conductas deseadas, toda vez que se disminuyen aquellas otras inadaptadas. En este trabajo, se realiza un recorrido actualizado por la sintomatología nuclear del autismo y se describen, a la luz de los nuevos conocimientos, las principales herramientas e instrumentos que debe contemplar el proceso derivado de un plan de intervención dirigido hacia la reeducación o el tratamiento de esta sintomatología.

Palabras clave: trastorno autista, intervención en autismo, recursos psicoeducativos.

Abstract

Autism refers to a neuropsychological alteration of heterogenous characteristics, whose serious and generalized symptoms are mainly exposed in three areas of development: cognitive, linguistic and social. Intervention in autism must be made in an individual way, attempting to strengthen the communicative abilities of the autistic children, supporting the interactions, their social skills and fortifying the desired behaviours while the dysfunctional ones are diminished. In this work, an up to date review is made on the nuclear symptomatology of autism. The main tools and instruments, that must be considered in the process derived from a plan of intervention focused towards the reeducation or the treatment of this symptomatology, are presented under the light of the new knowledge.

Key words: Autism, Intervention in autism, Psychoeducational resources.

Correspondencia: Rosa M^a Rivas Torres. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Rúa Xosé María Suárez Núñez, s/n, Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela. *Correo electrónico:* rosa.rivas@usc.es

Recibido: diciembre 2010. *Aceptado:* marzo 2011.

El autismo forma parte de los denominados trastornos generalizados del desarrollo, que a su vez están incluidos en los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (*American Psychiatric Association*, 2002). Se caracteriza por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, encontrándose afectadas principalmente las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que lo definen se localizan en dominios evolutivos claramente impropios del nivel o edad mental del sujeto. Suele ponerse de manifiesto durante los primeros años y, en muchas ocasiones, se asocia a algún grado de retraso mental, observándose, a veces, en otras enfermedades médicas.

En la actualidad, el autismo se describe como un síndrome complejo. Se le presuponen múltiples causas (Ferrando *et al.*, 2002; Rodríguez y Rodríguez, 2002; López, Rivas y Taboada, 2008a y 2008b) y tiene un variado espectro de manifestaciones que agrupa una amplia colección de síntomas raros de observar de forma idéntica en diferentes sujetos autistas.

Pese a los avances en la investigación del trastorno, hoy en día, todavía no existe una definición del autismo técnicamente aceptable y universalmente compartida (López, Rivas y Taboada, 2009). Este hecho se debe, en parte, a la dificultad de describir y comprender las profundas y diversas alteraciones que presentan las personas que lo sufren (Rivière, 1982).

La heterogeneidad que describe el trastorno autista ha dificultado las intervenciones propuestas para lograr un mejor desarrollo de estos niños. Al mismo tiempo, desde la descripción realizada por Leo Kanner,

en 1943, se han abordado múltiples planteamientos educativos y terapéuticos que, hasta el momento, no hacen más que dar cuenta de su complejidad y de la necesidad de una intervención psicoeducativa personalizada (López, Rivas y Taboada, 2010).

Sintomatología nuclear del trastorno autista

El autismo hace referencia a un trastorno neuropsicológico con una marcada y dispersa sintomatología a nivel social, comunicativo y comportamental. Al igual que sucede con su definición, en muchos casos imprecisa, se encuentra cierta confusión en cuanto a los criterios diagnósticos (Rivas, López y Taboada, 2009). Esto se debe, en buena medida, a su complejidad, a la multiplicidad de variables, a la no especificidad de los síntomas considerados e incluso a los desacuerdos entre los diversos paradigmas de investigación. Por ello, en la actualidad, las descripciones del autismo hacen referencia a un grupo heterogéneo de síntomas, sin que sean a su vez específicos del mismo.

Las manifestaciones del autismo son muy amplias, toda vez que difusas e inconstantes. Al mismo tiempo, estas manifestaciones se encuentran muy relacionadas unas con las otras, por lo que, en la mayoría de los casos, no es posible hacer un estudio pormenorizado de las conductas observadas dado que forman parte de un todo. Así, las habilidades lingüísticas adecuadas condicionan las interacciones sociales y las respuestas funcionales al medio (Sigman y McGovern, 2005).

Los criterios diagnósticos, tal y como se recogen en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR* (APA, 2002), y en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS],

1992), requieren de la valoración de tres dimensiones que deben estar presentes a la edad de 4-5 años, si bien, suelen comenzar a manifestarse antes de los tres años. No obstante, en muchas ocasiones se observa ya un desarrollo inapropiado incluso con anterioridad a esta edad (Baranek, 1999; Rosenhall, Nordin, Sanstroem, Ahlsen y Gillberg, 1999), como un lenguaje anormalmente retardado, un comportamiento que no responde a las expectativas sociales o la presencia de un uso repetitivo y estereotipado de acciones, juegos y manipulación de objetos. Los tres criterios diagnósticos a los que se hace referencia, son: (1) alteraciones en la interacción social, (2) alteraciones en el lenguaje y la comunicación, y (3) patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados.

Las *alteraciones en la interacción social*, primero de estos criterios, son importantes y duraderas. Están marcadas por una notable afectación de comportamientos no verbales múltiples, que se despliegan en la interacción y comunicación social. Puede existir una incapacidad para desarrollar relaciones con coetáneos apropiada al nivel de desarrollo y que adopta diferentes formas en función de la edad. En este caso, los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad, mientras que los mayores y aquellos con un funcionamiento cognitivo y lingüístico más elevados pueden estar interesados por unas relaciones amistosas, careciendo, no obstante, de la comprensión de las normas convencionales implícitas en la interacción social (Bauminger, Shulman y Agan, 2003). Suele estar ausente la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos compartidos por otras personas (Wimpory, Hobson, Williams y Nash, 2000). Al mismo tiempo, no se observa una recípro-

cidad social o emocional (Downs y Smith, 2004). Con frecuencia, tienen sumamente afectada la consciencia de los demás, pudiendo prescindir de otros niños (incluyendo sus hermanos), al no poseer el concepto relativo a las necesidades de los demás o no percibir el malestar en otras personas (Williams, Costal y Reddy, 1999).

El segundo de los criterios diagnósticos, *alteraciones en el lenguaje y la comunicación*, afecta tanto las habilidades verbales como las no verbales, siendo dicha alteración muy notable y persistente (Aarons y Gittens, 1999; Leblanc y Page, 1991). Algunos sujetos autistas pueden manifestar un marcado retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso, en muchos casos, darse una ausencia total del mismo. En los sujetos verbales es común observar una seria alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación con otros, utilizando el lenguaje de una manera estereotipada y repetitiva. También se aprecia una carencia del lenguaje en su utilización como juego usual espontáneo y variado o como juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales (Sheinkopf, Mundy, Oller y Steffens, 2000). Las estructuras gramaticales suelen definirse como inmaduras e incluyen un uso idiosincrásico del lenguaje. Asimismo, la comprensión del lenguaje, en muchas ocasiones, está muy retrasada y el sujeto puede ser incapaz de comprender preguntas u órdenes sencillas (Aarons y Gittens, 1999). De igual forma, es frecuente el trastorno de la pragmática (uso social del mismo), el cual se manifiesta por la incapacidad para integrar palabras y gestos o para comprender aspectos humorísticos o no literales del lenguaje, como la ironía o

los significados implícitos (Shriberg, Paul, McSweeney, Klin y Cohen, 2001). El juego imaginativo, de manera frecuente, está ausente o notablemente alterado. Estos sujetos también tienden a no implicarse en las rutinas o juegos imitativos simples propios de la infancia o la primera niñez, o lo hacen sólo fuera de contexto o de una manera mecánica, haciendo caso omiso de cualquier tipo de regla o condición en su ejecución.

Por último, el tercero de los criterios diagnósticos, *patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados*, les lleva a demostrar una preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, sea en su intensidad o en sus objetivos, con una adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales -manierismos motores, preocupación persistente por partes de determinados objetos, ...- (*Association International Autisme Europe*, 2000; Ross, Yu y Kropla, 1998). Además, despliegan, una gama de intereses notablemente restringida y suelen preocuparse por alguno muy limitado y concreto. Así, pueden alinear un número exacto de juguetes del mismo modo una y otra vez, reproducir repetitivamente los comportamientos y muletillas de un actor de televisión, o llegar a insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse a cualquier alteración por pequeña que sea (Turner, 1999). A menudo, se observa un exagerado interés por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en expresar determinadas acciones. Realizan movimientos corporales estereotipados que incluyen las manos (aletear, dar golpecitos con un dedo) o todo el cuerpo (balancearse, inclinarse o mecerse) incluyendo, en ocasiones, anomalías posturales (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2000; Morrison

y Rosales, 1997). Estos sujetos experimentan, de manera cotidiana, una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos (botones, partes del cuerpo) a los que pueden sentirse vinculados o fascinados por su movimiento (Williams *et al.*, 1999).

La intervención global en el autismo

La cronicidad del trastorno autista define unas pautas terapéuticas o reeducativas que se dirigen, exclusivamente, a minimizar su gravedad y la amplia repercusión que pueden llegar a presentar sus síntomas. Ahora bien, sería deseable conocer su verdadera etiología para poder diseñar modelos preventivos. Sin embargo, hoy en día, la única forma de abordar la prevención del autismo, en particular, y de los trastornos generalizados del desarrollo -TGD-, en general, es desde la implementación de pautas inespecíficas de educación y de promoción general de la salud, con el objeto de optimizar el desarrollo a través de todo el ciclo vital, desde el periodo gestacional, con acciones ligadas a la protección de la salud.

A pesar de que la atención educativa es un gran desafío para los distintos profesionales que trabajan con estos niños, no va a suponer una tarea inútil. En realidad, es algo posible y a todas luces inexcusable, dado que estas personas van a necesitar de un apoyo inicial muy cercano e incluso con carácter permanente, al igual que una supervisión que se amplíe a toda su vida, lo cual plantea la necesidad de investigar en recursos y técnicas terapéuticas, crear centros adecuados y potenciar ambientes ajustados a las necesidades de los niños y los adultos con autismo.

Sin duda, esta respuesta educativa pasa por ser especializada y adaptada a la individualidad, sus características y competen-

cias (Harris y Handleman, 2000). A su vez, debe facilitar entornos estructurados, tanto en el hogar como en los centros educativos, pero que sean también flexibles y con un alto grado de previsibilidad para, así, poder avanzar hacia niveles de desarrollo y de autonomía aceptables. Todo ello precisa complementarse con acciones y servicios dirigidos hacia las familias. Para lograr este tipo de atención a los autistas, es obligado partir de una visión longitudinal y de una provisión adecuada de recursos, humanos y materiales de orden comunitario, que, en última instancia, fomenten la participación de la persona en la vida social, posibilitando su máximo desarrollo y el acceso a una calidad de vida equivalente al resto de la población.

A lo largo de los años, el tratamiento del autismo ha estado influenciado por las teorías etiológicas dominantes de cada momento. Así, en sus primeras descripciones, durante los años 50-60, se consideró que el autismo era un problema de orden emocional y afectivo. Consecuentemente, el tratamiento se centró en el ajuste de las relaciones psicodinámicas de los niños y de sus padres por medio de distintas técnicas de terapia de corte psicoanalítico. A mediados de los años 60, con el impulso del paradigma conductista y, más adelante, del cognitivo, se delimitó la naturaleza cognitivo-conductual del autismo, aplicándose los principios conductistas del aprendizaje, a la vez que se enseñaba a los padres a trasladar dichos aprendizajes al contexto familiar. También se desarrollaron, en ese momento, enfoques educativos, y se evaluaron procedimientos específicos. Poco a poco, conforme se fue abandonando el enfoque psicoanalítico, cobraron fuerza nuevos y variados modelos de trabajo, hasta que, en los años 80, se generaron programas de gran amplitud, desde un ámbito multidisciplinar. Además, se

comienzan a realizar investigaciones para tratar de determinar cuáles son las estrategias de enseñanza más adecuadas (Rivière, 1984; Koegel y Koegel, 1995) que, en algunos casos, incorporan el tratamiento farmacológico.

En la actualidad, los programas de intervención, que se realizan para las personas con autismo, siempre desde una gran flexibilidad, trabajan en una serie de componentes básicos, entre los que destacan los siguientes:

- a) *Desarrollo, aprendizaje y motivación hacia el acto comunicativo en la interacción social y en el contexto próximo.* Se busca fomentar el desarrollo de las habilidades comunicativas que les puedan ser de utilidad en su vida diaria potenciando, además, la motivación para usar dichas habilidades comunicativas y sociales de manera espontánea. De esta forma, se pretende responder a las necesidades reales de la persona, aprovechando el uso de estrategias, actividades tradicionales y los eventos cotidianos, según sus propias iniciativas.
- b) *Aprendizaje de respuestas al medio y a sus demandas estímulares.* Se trata de aprender a atender, a seleccionar y a responder a las características relevantes del entorno, emitiendo la respuesta ajustada a cada situación estimular.
- c) *Adecuación del programa de intervención al grado de afectación y a sus características de desarrollo.* El autismo es un trastorno heterogéneo y con multitud de posibilidades en cuanto a sus manifestaciones sintomáticas. Así, se debe adecuar el programa de intervención a las características personales, en función del grado de afectación y del nivel de desarrollo como criterio profe-

sional general, antes de comenzar con la intervención, reajustándose siempre en función de las destrezas adquiridas.

- d) *Definición de objetivos que impliquen el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida cotidiana.* La enseñanza de estos niños debe centrarse en contextos basados en la integración, nunca de exclusión o marginalidad. Por lo tanto, los objetivos estarán definidos y expresados en orden a fomentar estrategias y habilidades funcionales, teniendo como referentes el currículo ordinario adaptado y el contexto en el que se van a desarrollar.

Durante mucho tiempo, se ha pensado que los niños con autismo eran ineducables y, por lo tanto, con mínimas posibilidades de integración. No obstante, y como cualquier otro niño, el niño autista puede y debe ser educado, pero siempre bajo unas garantías de calidad adecuadas a su discapacidad y dificultades. Al respecto, la bibliografía especializada evidencia que las personas afectadas de autismo responden bien a los programas educativos, sobre todo si están adaptados (Harrower y Dunlap, 2001). Por ello, es obligado implicar a todas las administraciones, agentes sociales y familiares para trabajar en la atención a estas personas lo antes posible, haciéndose eco de un derecho fundamental. Lo mismo que en buscar servicios de apoyo y orientación laboral una vez superada la edad escolar.

Es muy importante, bajo estas consideraciones previas, que el diagnóstico de autismo no defina, por sí mismo, un criterio de escolarización o unos niveles determinados de integración, sino que, debido a la gran heterogeneidad que presentan los cuadros de autismo, se necesita una valoración específica, individualizada y concreta de cada

caso, para poder determinar las soluciones educativas más acertadas.

En efecto, no se trata simplemente de evitar las conductas desadaptadas, sino de facilitar el desarrollo del niño y de potenciar sus posibilidades, tanto comportamentales como cognitivas y comunicativas, favoreciendo su máximo grado de autonomía e intentando siempre la automotivación por el aprendizaje y el desarrollo de las distintas habilidades. Este objetivo genérico puede desglosarse teniendo en cuenta las intenciones que la *Association Internationale Autisme Europe* (2000) formula para el tratamiento del autismo. Concretamente, se incluyen como objetivos específicos, los siguientes:

- *Favorecer un desarrollo social y comunicativo*, adaptado a los diversos contextos en los que la persona afectada de autismo se ubica a lo largo de su vida.
- *Enseñar competencias adaptativas*, entrenando las funciones cognitivas y emocionales.
- *Tratar los problemas de conducta y los trastornos emocionales* asociados que puedan interferir con su desarrollo.
- *Prestar apoyo y dar información a las familias y profesionales* implicados; ayudarles a afrontar las dificultades a medida que aparecen. En definitiva, colaborar para que sus propias decisiones se adapten a las necesidades de la persona con autismo.

Dichos objetivos deberán responder siempre a un plan de intervención fundamentado y realista que establezca una serie de precisiones, entre las que destacan:

- *Buscar metas para la intervención.* Se establecerán metas realistas, considerando su alcance a medio y largo plazo, dentro del plan global de intervención.

- *Valorar los síntomas y las áreas prioritarias de funcionamiento.* Se atenderá, de modo prioritario, a las necesidades de salud y seguridad y, posteriormente, del lenguaje y de la comunicación, la socialización y las diversas dimensiones académicas, vocacionales y laborales. Las áreas de intervención se fijarán de manera jerarquizada, dentro del nivel de desarrollo del sujeto.
- *Controlar el tratamiento farmacológico.* Se valorará, sobre todo, su necesidad de uso, eficacia y posibles efectos secundarios, así como su grado de interferencia con las adquisiciones y aprendizajes.

Por lo que se refiere a la escolarización e integración del niño con autismo, es preciso considerar sus particularidades personales, con una valoración concreta de cada caso, que permita tomar las oportunas decisiones educativas (Harris y Handleman, 2000; Rivière, 1998 a, b). En general, partiendo del CI, deberá intentarse la integración escolar de aquellos niños con un CI superior a 70, aunque esta medida no excluye a otros niveles de CI inferiores, sobre todo cuando exista un nivel comunicativo adecuado y no se observen graves alteraciones de conducta. Si bien este es un criterio a seguir, se debe valorar que el CI no es algo estático, pero, sin duda ofrece un índice sobre el que iniciar el trabajo reeducativo. Así pues, partiendo del CI, también se contempla el nivel de funcionamiento de las distintas capacidades del alumno, llevando a cabo, de esta forma, una completa evaluación psicoeducativa.

No obstante, la integración no es algo mágico ni deseable para todos los niños. En algunos casos podría resultar incluso contraproducente, surgiendo reacciones negativas ante la misma, exacerbando los

síntomas o el empeoramiento de su comportamiento y, como consecuencia, sin beneficios claros en el proceso de aprendizaje de estos niños. Por ello, se debe considerar que la integración es un proceso que implica una forma de trabajo y atención, no es en sí misma una situación o condición. La no integración, como medida educativa, no puede reflejarse por la exclusión o a la marginación, sino que buscará ofertar una respuesta a las necesidades reales del niño en otro centro, específico o no, que permita atender mejor sus limitaciones y necesidades educativas. Una expresión intermedia de ambas opciones se contempla desde la posibilidad que ofrece la escolarización combinada -semiintegración- entre una escuela especial y en aulas ordinarias a las que asisten a determinadas clases, con el apoyo externo y la orientación experta de otros centros, dirigida tanto a los profesores, como a la situación del grupo-clase y hacia las condiciones de tratamiento individualizado. En otras palabras, que los niños estén en una unidad especializada al tiempo que se le proporcionan suficientes ocasiones para mezclarse con otros niños. De esta medida también se podrá beneficiar el resto del alumnado de un centro ordinario, ya que les ayudará a desarrollar su comprensión de las necesidades especiales de otros niños.

Por lo tanto, lo que parece más razonable es evaluar las necesidades de cada niño antes de decidir qué tipo escuela es la más conveniente, controlando, posteriormente, su progreso y su ajuste emocional en la escuela, llevando a cabo los cambios necesarios (Stevens, Fein y Dunn, 2000). Aunque hay que evitar cambios frecuentes, la solución que se elija para un niño determinado, en un momento concreto de su desarrollo, no tiene por que ser perman-

ente. De modo habitual, en el ámbito de la educación infantil y primaria, la mayoría de los niños con autismo están en centros ordinarios. Desde hace unos años, se están llevando a cabo, con un considerable éxito, los llamados programas de integración inversa y de instrucción extraescolar. Estos programas consisten en proporcionar una educación sistemática, individualizada y completa en diferentes entornos comunitarios, reales y funcionales en los que se va a mover el niño cuando sea adulto dado que, a veces, lo más útil no es permanecer en el aula ordinaria sino que es preferible usar otros espacios o contextos dentro y fuera del centro.

Inicialmente, se debe luchar por el principio de estructuración y adaptación de los aprendizajes al nivel de desarrollo del niño, siempre ofertado en ambientes poco restrictivos, pues la mayoría de sus aprendizajes se producen por repetición. Al mismo tiempo, estos niños necesitan un esfuerzo inicial superior, ya que tienen un proceso de adquisición de los aprendizajes diferente, que se muestra lento y con muchas dificultades a la hora de generalizar dichos aprendizajes a las diversas situaciones de su vida cotidiana. Por ello, las ayudas y refuerzos iniciales serán máximos y asegurarán siempre la motivación del niño. Se debe partir de tareas y habilidades ya adquiridas, restringiendo paulatinamente la ayuda a medida que consiga finalizar las nuevas tareas que le permitirán emplear nuevos procedimientos y avanzar en los aprendizajes.

La intervención sintomática

En tanto no exista un tratamiento-intervención eficaz para el autismo, ni marcadores biológicos nítidos que lo identifiquen

desde el nacimiento, deberá contarse con los tratamientos paliativos y con los métodos psicoeducativos que reduzcan, en la medida de lo posible, sus síntomas asociados una vez transcurridos los primeros años, pero que en ocasiones, pueden llegar a ser muchos, antes de su detección. Las intervenciones, en última instancia, deben dirigirse a conseguir el mayor grado de autonomía e integración. Así, se fomentarán los aprendizajes básicos y cotidianos en función de sus posibilidades reales y de sus necesidades.

Desde los últimos años, los programas de intervención en el trastorno autista se han caracterizado por usar un estilo pragmático y natural, utilizando una perspectiva más integradora que en años anteriores (Rivière, 2001). Básicamente, los ejes principales, sobre los que se asientan los planteamientos del proceso de intervención, son: fomentar la comunicación y potenciar los recursos y las capacidades del niño, a partir de su análisis funcional. Además, estas líneas de trabajo pueden llevar asociadas intervenciones farmacológicas eficaces, con el fin de mejorar y controlar alguna problemática específica. No obstante, la prescripción de fármacos debe partir siempre del estudio de los costes-beneficios frente a su administración (Fuentes, Cundin, Gallano y Gutiérrez, 2004; Fuentes y Gallano, 2001). De forma complementaria, se encuentran muchas técnicas que se dirigen a paliar la sintomatología básica y nuclear del autismo, esto es, a minimizar el impacto de sus déficits y alteraciones socio-afectivas, comunicativas y comportamentales (Koegel y Koegel, 1995; Quill, 1995).

A continuación, en el marco de la intervención dirigida a los síntomas nucleares del autismo, se describen los objetivos que deben abordarse (tabla 1) y las características principales de la intervención.

Intervención socio-afectiva

En el contexto del proceso de aprendizaje, se trabaja el componente socio-afectivo para conseguir, además del desarrollo completo del autista, las habilidades de interacción necesarias entre pares (ver tabla 1).

El niño con trastorno autista muestra unas estrategias de aprendizaje que difieren, en algunos aspectos, de los demás niños. Debido a este hecho, se deduce que el proceso de enseñanza debe atender a la expresión y al modo de su aprendizaje. En concreto, la intervención en el área social se ajustará a un

Tabla 1. Objetivos de la intervención en el autismo: áreas de trabajo.

La intervención social

- Enseñar las reglas básicas de conducta en la interacción social.
- Utilizar las rutinas sociales.
- Comprender las claves socioemocionales propias y de los demás.
- Entrenar las respuestas ante el cambio.
- Potenciar las estrategias de cooperación social y la interacción con compañeros.
- Entrenar los juegos y sus reglas.
- Comprender y usar, de manera funcional, las reglas sociales.
- Fomentar la ayuda a sus compañeros, padres y educadores.
- Diseñar tareas de distinción entre representación simbólica y realidad.
- Enseñar las vías de acceso al conocimiento, con información visual y oral.
- Adoptar el punto de vista de otras personas.
- Usar estrategias instrumentales de valor social.

La intervención comunicativa

- Desarrollar la comunicación (verbal o no verbal).
- Generar oportunidades para la interacción comunicativa en diferentes contextos.
- Mejorar las habilidades comunicativas por medio del uso de herramientas y de dispositivos adaptados, si estos fuesen necesarios.
- Utilizar, de manera correcta, el componente pragmático de la comunicación.
- Promover la intencionalidad y el uso funcional de la comunicación.
- Potenciar las habilidades conversacionales.
- Generalizar los aprendizajes comunicativos a contextos naturales.
- Valorar el sentido comunicativo, el acto comunicativo espontáneo y el lenguaje expresivo.

La intervención comportamental

- Ofrecer actividades rutinarias y con un alto grado de estructuración.
- Generar oportunidades para practicar, ensayar y poder generalizar las conductas adaptativas en diferentes situaciones y contextos.
- Enseñar técnicas de autocontrol para reducir la ansiedad y adaptar sus respuestas a posibles cambios del entorno.
- Cambiar las conductas desafiantes por conductas positivas, reemplazando los comportamientos disruptivos por otros más aceptables y adaptativos.
- Usar de modo generalizado los distintos contextos educativos para fortalecer los cambios de conducta.
- Atender y valorar los síntomas conductuales asociados que pueden requerir un plan de intervención individualizado.

ambiente con claves que ayuden al niño a regular el tiempo y el espacio, sobre la base de tres características esenciales (Rivière, 1998a): estructuración, previsibilidad y coherencia, con la finalidad de imponer orden en su vida, facilitar las interacciones y las competencias sociales.

Para trabajar la estructuración en los ambientes cotidianos, se sigue el criterio de simplicidad y alta definición de espacios y tiempos. La previsibilidad implica rutinas de trabajo y el empleo de lo cotidiano y, por lo tanto, el uso de marcadores que secuencien las acciones diarias y semanales, procurando que los cambios sean siempre mínimos e introducidos con cautela. Por último, la coherencia subraya la idea de potenciar los aprendizajes funcionales, siguiendo el principio de adaptarse a otros aprendizajes previos ya adquiridos y ejecutados con dominio. Todas estas competencias deben vincular las intenciones sociales a las acciones en un nivel funcional, cuyo diseño busque la motivación hacia el aprendizaje por medio de reacciones optimizadas y facilitadoras.

Como instrumentos y procedimientos de enseñanza de las habilidades sociales, se pueden utilizar los siguientes (VV.AA., 1989; VV.AA., 2004):

- *Agendas personales*. En las agendas se registran las secuencias diarias de actividades y el resumen de los sucesos relevantes de cada día mediante dibujos, claves, gráficos o viñetas. Con ello, se pretende facilitar la comprensión, la anticipación y el orden de las situaciones y, favorecer su motivación hacia los aprendizajes. De esta forma, el sujeto puede llegar a planificar sus actividades en función de sus gustos y necesidades, dando así sentido a la experiencia y a la acción. La revisión

frecuente de las anotaciones, al final del día o en su conjunto dentro de un plan semanal, también tiene efectos positivos, ya que ayuda a conseguir el orden, tranquilizando y consolidando, con respuestas motivadoras, las nuevas adquisiciones. En suma, las agendas tienen efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños con autismo, pues facilitan la anticipación y la comprensión de las situaciones, además de favorecer su motivación para el aprendizaje y contribuir a dar orden a su mundo.

- *Pictogramas para la realización de tareas y acontecimientos sociales*. Representan los pasos o secuencias y las acciones intermedias que conforman una determinada acción, señalando su meta y las actuaciones necesarias para lograrla. En la representación se emplearán fotografías, dibujos, esquemas o guiones que expresan dicha secuencia para asociar y vincular los significados a las acciones o a las situaciones que representan, dando orden y sentido a sus actos. La introducción en el entorno de algunos elementos visuales (miniaturas, fotografías, dibujos, símbolos, y demás) va a permitir a los niños con autismo una mejor comprensión de dicho entorno, facilitando sus aprendizajes. Así pues, el uso de pictogramas sencillos en la presentación de actividades de su vida diaria, o en los pasos o secuencias que componen dichas actividades, va a ayudar a la comprensión de dichas actividades, potenciando, a su vez, la colaboración y participación en estas actividades.

En el caso de que el niño realice correctamente esa asociación gráfico-referente, se podrán utilizar además los *horarios gráficos* y las *agendas gráficas*. Estos dos instrumentos tienen como principal función facilitar la anticipación de lo que

va a ocurrir. Al resultar tan previsibles, permiten introducir en las actividades diarias pequeños cambios, sin que ello produzca desorientación ni sensación de imprevisibilidad en el niño con autismo. Al mismo tiempo, darán la posibilidad de ofrecerle diversas alternativas para que él elija la más atractiva. De este modo, se favorece tanto la toma de sus propias decisiones, como la canalización de su comportamiento y su espontaneidad.

- *El juego.* El aprendizaje del juego cooperativo, o de roles, basado en el uso de modelos y de pares, ayuda a expresar secuencias mecánicas, reglas conductuales y de interacción. Su principal objetivo es la interacción social espontánea, por lo que debe realizarse en un ambiente natural, estructurado y con un alto grado de funcionalidad y pragmatismo. A través del juego y del uso de modelos se puede favorecer la puesta en marcha de distintas habilidades que más tarde se desarrollarán en otros contextos reales.

Intervención comunicativa

Teniendo en cuenta, por una parte, que aproximadamente el 50% de los niños autistas carecen del dominio pragmático del lenguaje y, por otra, que aun aquellos autistas que pueden ser etiquetados como “verbales” manifiestan importantes alteraciones en la función pragmática, la intervención en el lenguaje debe dirigirse, en mayor medida, al desarrollo de las competencias comunicativas más que hacia las lingüísticas, en estrecha unión con la adquisición de las habilidades sociales. Para ello, se intentarán promover estrategias de comunicación expresiva, funcional y espontánea, cuyo vehículo de comunicación sea el más adecuado al nivel de desarrollo, de las compe-

tencias y de las habilidades del niño, ya sea mediante palabras, signos, pictogramas, acciones, u otros medios (Laytom, 1988) (ver tabla 1). De esta forma, se busca incrementar la consciencia del acto comunicativo, enseñando a identificar las consecuencias asociadas a las acciones directas, además de proporcionar soportes y oportunidades para que se produzcan los aprendizajes. Todo ello, favorece, en última instancia, las interacciones sociales reales (Koegel y Koegel, 1995). Pero, para intervenir de este modo, es preciso valorar aquellos objetivos que tengan una funcionalidad inmediata para el niño, es decir, aquellos que estén basados en contextos naturales y con un efecto deseable y relevante.

Como estrategias y sistemas educativos para el área comunicativa, se pueden utilizar diversos recursos, entre ellos, cabe destacar:

- *Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación.* Engloban al conjunto de estrategias de comunicación que se caracterizan por permitir el intercambio comunicativo a partir de componentes simbólicos diferentes al verbal, esto es, de tipo no vocal. Su finalidad, alternativa o aumentativa, es variable en función de las posibilidades y necesidades lingüísticas de las personas con quienes se aplican, dotándolas de un sistema a su medida “alternativo o aumentativo”. Su objetivo es la enseñanza de un conjunto estructurado de códigos no vocálicos que permitan la función representativa y el acto comunicativo. Se puede hablar de diversos tipos (Basil, 1994), entre los que resaltan los *sistemas de símbolos manuales*, que utilizan elementos figurativos conformados por las manos en el espacio —véase lenguaje de signos, comunicación

bimodal, comunicación total, lenguajes pedagógicos, dactilología, etc.-. También son importantes los *sistemas gráficos*, que utilizan elementos figurativos como referentes al contenido que representan –sistemas logográficos (Bliss), sistema Braille, sistema Rebus, sintetizadores de voz, etc.-. Aunque existen otros sistemas menos experimentados con autistas, cabe su utilización con estos sujetos ante determinadas situaciones, como los signos tangibles –fichas Premack, objetos, etc.-, la escritura ortográfica, los ordenadores con adaptadores, diversos programas software o, diferentes tableros de comunicación.

- *Potenciación lingüística y logopédica del niño hablante*. Las herramientas logopédicas y psicológicas adaptadas al trastorno autista –imitación, repetición, composición, expansión, diálogo, modelado...-, ayudan a construir diálogos espontáneos con una pragmática mínimamente estructurada y con una lógica secuencial, tanto a nivel fonológico, como semántico y morfosintáctico. Para su trabajo se buscarán siempre entornos naturales, muy próximos a su realidad cotidiana, en los que el código lingüístico permita expresar deseos, representar ideas, o reflejar acciones u otros significados, ampliando cada vez más las secuencias, los vocabularios y el acto comunicativo.

Intervención comportamental

Una importante aportación del modelo psicoeducativo, al tratamiento comportamental de las personas con autismo, es la proveniente del conductismo. Las técnicas de modificación de conducta, aplicadas de manera exclusiva hasta hace unos años, han sido fuertemente cuestionadas. No se acepta ya fácilmente el empleo clásico de esas

técnicas, que se limitaban a eliminar las conductas inadecuadas presentadas por los sujetos en determinadas situaciones, pero sin generar ningún cambio o actuación educativa alternativa. De manera que, el uso de las técnicas de modificación de conducta, aunque se puedan considerar como válidas para el tratamiento del autismo, deben incorporar ciertos cambios y, sobre todo, considerar no sólo la posibilidad de eliminar o disminuir la frecuencia de emisión de determinados repertorios comportamentales, sino también dirigirse a fomentar distintos aprendizajes y el despliegue de nuevas conductas.

Sin duda, los modelos efectivos de intervención en el autismo deben tener en cuenta el área comportamental, sobre todo cuando existen alteraciones graves, desafiantes o autoagresivas. Por ello, es preciso crear en el niño las habilidades de autocontrol y las conductas adaptativas necesarias, bajo el criterio de que puedan existir riesgos físicos o psíquicos, daños propios o a los demás, o que su presencia imposibilite o dificulte el acceso a los diversos aprendizajes de sus compañeros.

La intervención en el área conductual, de manera temprana y permanente, debe partir del análisis funcional o topográfico de la conducta. Así, y como señalan Reese, Richman, Belmont y Morse (2005), se deben considerar las características y los síntomas propios del sujeto antes de determinar las acciones destinadas a la intervención de las posibles conductas disruptivas (ver tabla 1). Para ello, se valorará el componente problema de cada conducta específica en los diferentes contextos, tanto físicos como sociales, donde se pueden dar, y se analizarán las distintas funciones e intenciones que se persiguen al realizarla. En muchas ocasiones, el problema conductual puede indicar que el

niño pretende comunicar emociones, sobre todo miedo, ira, confusión, frustración, etc., frente a las cuales se pueden aplicar las respuestas adecuadas de modificación de conducta y de refuerzo, siempre adaptándose a su sistema social y a su contexto cercano, para conseguir, de este modo, estrategias efectivas de manejo del entorno. Los métodos que se desarrollen deben considerar, como metas de trabajo, el fortalecimiento de las conductas deseadas y la disminución de aquellas otras consideradas inadaptadas. Su entrenamiento, como subrayan Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto y Tanguay (1999), podría facilitar, de manera significativa, la adquisición del lenguaje y de las habilidades sociales, junto con la propia mejora conductual y la reducción en los niveles de ansiedad y de tensión familiar.

Referencias

- Aarons, M. y Gittens, T. (1999). *The Handbook of Autism. A guide for parents and professionals* (2nd Ed.). Londres: Routledge.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed., Revised), DSM-IV-TR*. Washington: APA. (Versión en español: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición-Texto Revisado*. Barcelona: Masson, 2002).
- Asociation International Autisme Europe (AIAE) (2000). *Description de l'Autisme, document prepare sous les ausipicies do Conseil d'Administration d'Autisme Europe*. Bruselas: AIAE.
- Baranek, G.T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video análisis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 213-224.
- Basil, C. (1994). Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación. En J. Peña-Casanova (Ed.), *Manual de logopedia* (págs. 389-400). Barcelona: Masson.
- Bauminger, N., Shulman, C. y Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 489-507.
- Bodfish, J.W., Symons, F.J., Parker, D.E. y Lewis, M.H. (2000). Varieties of repetitive in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 237-243.
- Díaz-Atienza, F., García, C., Martín, A. y Mercado, E. (2004). Patrón de uso de psicofármacos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente*, 4, 1-9.
- Downs, A. y Smith, T. (2004). Emotional understanding, cooperation, and social behaviour in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 625-635.
- Ferrando, M.T., Martos, J., Llorente, M., Freire, S., Ayuda, M., Martínez, C., et al. (2002). Espectro autista. Estudio epidemiológico y análisis de posibles subgrupos. *Revista de Neurología*, 34 (1), 49-53.
- Fuentes, J. y Gallano, I. (2001). Tratamiento médico de los trastornos generalizados del desarrollo. *Revista de Neurología*, 33 (3), 208-210.
- Fuentes, J., Cundin, M., Gallano, I. y Gutiérrez, J.L. (2001). *Farmautismo: sistema protocolizado de tratamiento psicofarmacológico en personas con autismo y otros trastornos generaliza-*

- dos del desarrollo. Burgos: Confederación Autismo España.
- Gillberg, C. (1999). Neurodevelopmental processes and psychological functioning in autism. *Development and Psychopathology, 11* (3), 567-587.
- Harris, S.L. y Handleman, J.S. (2000). Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four to six year follow-up. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 137-142.
- Harrower, J.K. y Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classroom: A review of effective strategies. *Behavior Modification, 25*, 762-784.
- Koegel, R.L. y Koegel, L.K. (Eds.) (1995). *Teaching Children with Autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Layton, T.L. (1988). Language training with autistic children using four different modes of presentation. *Journal of Communication Disorders, 21*, 333-350.
- Leblanc, R. y Page, J. (1991). Autismo infantil y precoz. En J.A. Rondal y X. Serón, *Trastornos del Lenguaje II* (págs. 489-527). Barcelona: Paidós.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008a). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud Mental, 31* (5), 371-379.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008b). Los riesgos maternos pre-peri y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. *Psicothema, 20* (4), 684-690.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41* (3), 555-70.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2010). Historia del trastorno autista. *Apuntes de Psicología, 28* (1), 51-64.
- Morrison, K. y Rosales, R.J. (1997). The effect of object preferences on task performance and stereotypy in a child with autism. *Research Development Disabilities, 18*, 127-137.
- Organización Mundial de la Salud (OMS - WHO) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. OMS (Versión en español: CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 10ª Rev. Madrid: Meditor, 1992).
- Quill, K.A. (1995). *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization*. Albany, NY: Delmar.
- Reese, R.M., Richman, D.M., Belmont, J.M. y Morse, P. (2005). Functional characteristics of disruptive behaviour in developmentally with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*, 419-428.
- Rivière, A. (1982). Principios de definición y tratamiento del autismo infantil. *Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, 5*, 7-18.
- Rivière, A. (1998a). Tratamiento y definición del espectro autista, I: Relaciones sociales y comunicación. En A. Rivière, A. y J. Martos (Comps.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectiva* (págs. 61-106). Madrid: APNA-IMSERSO.
- Rivière, A. (1998b). Tratamiento y definición del espectro autista, II: Anticipación, flexibilidad y comunicación. En

- A. Rivière, A. y J. Martos (Comps.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (págs. 107-160). Madrid: APNA-IMSERSO.
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Rivas, R.M., López, S., y Taboada, E.M. (2009). Etiología del autismo: un tema a debate. *Psicología Educativa*, 15 (2), 107-121.
- Rodríguez, A.C. y Rodríguez, M.A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34 (1), 72-77.
- Rosenhall, U., Nordin, V., Sandstroem, M., Ahlsen, G. y Gillberg, C. (1999). Autism and hearing loss. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 349-357.
- Ross, L., Yu, D. y Kropla, B. (1998). Stereotyped behavior in developmentally delayed or autistic populations: Rhythmic or nonrhythmic?. *Behavior Modification*, 22, 321-334.
- Sheinkopf, S.J., Mundy, P., Oller, D.K. y Steffens, M. (2000). Vocal atypicalities of preverbal autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 345-354.
- Shriberg, L.D., Paul, R., Mcsweeny, J.L., Klin, A., y Cohen, D.J. (2001). Speech and prosody characteristic of adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger syndrome. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 1097-1115.
- Stevens, M.C., Fein, D.A., Dunn, M., Allen, D., Waterhouse, L.H., Feinstein, C., et al. (2000). Subgroups of children with autism by cluster analysis: A longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (3), 346-352.
- Turner, M. (1999). Hacia una explicación de la conducta repetitiva en el autismo basada en la disfunción ejecutiva. En J. Russell (Ed.), *El autismo como trastorno de la función ejecutiva* (págs. 55-97). Madrid: Médica Panamericana.
- Volkmar, F., Cook, J.E., Pomeroy, J., Realmuto, G. y Tanguay, P. (1999). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 32-54.
- VV.AA. (1989). *Intervención educativa en autismo infantil*. Madrid: Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, Ministerio de Educación y Ciencia.
- VV.AA. (2004). *Children with autism. Strategies for accessing the curriculum history*. U.K. North West SEN Regional Partnership (recuperado el 14/04/2004 de: <http://www.sen-northwest.org.uk>).
- Williams, E., Costal, A. y Reddy, V. (1999). Children with autism experience problems with both objects and people. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 367-378.
- Winpory, D.C., Hobson, R.P., Williams, J.M.G. y Nash, S. (2000). Are infants with autism socially engaged? A study of recent retrospective parental reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 525-536.