



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

**Intervención a dos adultos con trastorno del espectro autista para
favorecer sus habilidades comunicativas.**

Tesis en la modalidad de

Informe de intervención profesional, opción prácticas profesionales

que para obtener el título de

Licenciada en psicología educativa.

Presenta: Ana Laura Sánchez Zambrano

Asesora: Alba Yanalte Álvarez Mejía.

AGOSTO 2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios por lo que hasta en este momento me has dado y lo que me has permitido ser hasta ahora, por todos los regalos que me das día a día.

A tí Yanalte, por toda tu dedicación, tu tiempo, entrega en este proyecto, tus buenas ideas, tu enseñanza, por compartir conocimientos, tu apoyo, tu esfuerzo, por escucharme, porque en tí encontré una gran maestra y gracias por tu ánimo y por todo.

A mí mamá, gracias por todo el apoyo incondicional que me brindas, por tus lecciones buenas que aunque a veces no tomo la decisión correcta me apoyas en cada momento, gracias por tu comprensión y amor, por estar a mí lado en las buenas y en las malas y por apoyarme en este proceso, por ser la mejor mamá del mundo y que eres un ser bello que Dios ha mandado para ser mi ángel.

A mis abuelitos: Chabelita y Raúl por darme a la Mamá más "mala del mundo" y por todo su cariño y estar conmigo apoyándome en cada proceso de mi vida.

A mis hermanos: Gaby, Memo y Moní, por estar a mí lado, por enseñarme que la vida es corta y que se debe de vivir cada segundo, por sus consejos y por ser mis amigos, ilos quiero!, gracias por estar siempre presentes cuando más nos necesitamos.

A Gus, por estar conmigo apoyándome y que es una fortuna el haberte encontrado en el camino de la vida, porque gracias a tí tengo amor en mi corazón, gracias por todo lo que haces por mí y estar conmigo en los momentos buenos y malos.

A la institución que atiende a personas con autismo que me brindo el espacio para poder realizar esta intervención, a mis compañeros terapeutas que gracias a sus consejos se pudo realizar mejor la intervención Nallely, Lucy, Vero, Ramón y a tí Marlen.

Gracias a Aidé y a José que son parte fundamental de este proyecto y porque de ustedes aprendí demasiadas cosas que en mí vida pensé poder aprender y que, aunque ustedes no lo crean ¡los quiero!, me siento tan orgullosa de lo que logramos juntos, no solo en sus habilidades comunicativas sino de que mejoraron en varias áreas.

A Seydy, Marcía, Fachís, Lucero, Marlene, Diana, Blanca, Lilita, Judith, Fany, Lilita, Jeanneth, Adriana, Andy y Dani; porque siempre compartimos experiencias nuevas, alegrías, tristezas y conocimientos. y no me puedo quejar de los debates dentro del salón de clases, porque con ustedes aprendí tanto conocimientos como amistades de las buenas. ¡Las quiero mucho!

A mis sinodales: Haydée, Nayeli y Pedro por tomarse el tiempo de leer esta tesis, por sus observaciones claras y concretas, por hacer mejor este trabajo y por su dedicación, ¡Gracias!

Al Centro Autismo Teletón por confiar en mí y poder ser una colaboradora más, por las amistades que tengo y que son personas que forman parte de mí vida, por los conocimientos dados para formarme como terapeuta de mis ángeles.

A esta tesis que fue un proceso arduo, que gracias a esta se me abrió una puerta para ser mejor persona entregando mi amor y paciencia a niños con autismo.

A la Universidad Pedagógica Nacional por ser parte de un ciclo de mi vida, por sus profesores que están llenos de conocimientos y que son guías para nosotros sus alumnos, por llenarme de teoría, pero también de práctica, porque me formó para ser mejor persona, porque me dio la oportunidad de conocer la amistad, valores, sabiduría, responsabilidad y la formación de trabajar en equipo, pero aparte por ser una upeniana más y gracias porque "aprendí para transformar".

DEDICATORIAS

Con amor y cariño a la memoria mi papá porque siempre confiaste en mí, que donde quiera que estés sé que me cuidas y sé que estas orgulloso de mí, por este logro y que no va a ser el único, porque sabemos que es el principio de muchas cosas por venir. Siempre te recordaré y te llevo en mi corazón a cada segundo. ¡Te Amo!

A mi mamá:

A ti por estar a mi lado en este camino, por enseñarme que en la vida todo se gana si se esfuerza y si se hacen bien las cosas y sé que siempre podré contar contigo en cada momento de mi vida y porque aún nos faltan muchas cosas por vivir y disfrutar juntas. ¡Te Amo! P.D eres mi mamá lucha por siempre.

Hermanos:

A ustedes los que son mis amigos y que me siento muy dichosa de ser su hermana y que saben que los quiero. Y siempre pueden contar conmigo para todo lo que se les ofrezca, gracias por creer en mí y quererme muchísimo.

Sobrinos:

Por su sonrisa linda e inocencia que llevan por dentro, los quiero. Andy, Lalo y Fer.

Gus:

Quiero que esta sea una muestra de lo que tú puedes lograr en un futuro, que este sea un éxito más, porque nos faltan muchos por compartir juntos.

Angelitos con autismo:

Los quiero mis niños hermosos porque me demuestran un amor tan sincero con un abrazo, una mirada o un beso, gracias a ustedes porque me están formando para ser una mejor terapeuta día a día y ojalá que sea una persona que les pueda servir con todo mi amor, paciencia y conocimientos y pueda ser una guía en sus primeros años de vida.

ÍNDICE

Introducción	13
Capítulo I	18
1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)	18
1.1 Recorrido histórico del Trastorno del Espectro Autista (TEA)	18
1.2 ¿Qué es el autismo?	21
1.3 Etiología	23
1.3.1 Ambiental	23
1.3.2 Biogenética	24
1.3.3 Bioquímica	27
1.4 Características del Trastorno del Espectro Autista	28
1.4.1 Aspecto Intelectual	28
1.4.2 Aspecto Social	29
1.4.3 Aspecto Motor	31
1.4.4 Aspecto de Salud	32
1.4.5 Aspecto Lenguaje y Comunicación	32
Capítulo II	35
2. Atención a Personas con Trastorno del Espectro Autista	35
2.1 Diagnóstico e Intervención	35
2.2 Tratamiento/ Terapias	38
2.3 Modificación de Conducta	40
2.3.1 Reforzador Positivo	41
2.3.2 Extinción	42
2.3.3 Tiempo Fuera	43
2.3.4 Sistema de Ganancias y Pérdidas	43
2.3.5 Castigo	44
2.3.6 Saciedad	44
2.3.7 Modelamiento	45

2.3.8 Aproximaciones Sucesivas	45
2.3.9 Análisis Conductual Aplicado	46
2.3.1.0 Apoyo Conductual Positivo	47
Capítulo III	48
3. Trastorno del Espectro Autista y Comunicación	48
3.1 ¿Qué es la Comunicación?	48
3.1.1 Etapas de la Comunicación	49
3.1.2 Habilidades Comunicativas	50
3.1.3 Importancia de la Comunicación en el Trastorno del Espectro Autista	52
3.2 Programas de Comunicación	53
3.2.1 TEACCH	54
3.2.2 Emociones	56
3.2.3 Si-No	56
3.2.4 PECS	57
3.2.4.1 Fase 1. “Cómo” Comunicarse.	59
3.2.4.2 Fase 2. Distancia y Persistencia	60
3.2.4.3 Fase 3. Discriminación de Imágenes	61
3.2.4.4 Fase 4. Estructura de la Oración	62
3.2.4.5 Fase 5. Responder a “¿Qué quieres?”	63
3.2.4.6 Fase 6. Comentar	64
Capitulo IV	66
4. Procedimiento	66
4.1 Objetivo General:	66
4.1.1 Objetivos Específicos:	66
4.2 Participantes	66
4.3 Escenario	68
4.4 Evaluación Inicial del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes de Aidé	73
4.4.1 Fase de Intervención de Aidé	79
4.4.2 Evaluación Final	88

4.5 Evaluación Inicial del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes de José.....	93
4.5.1 Fase de Intervención de José.....	100
4.5.2 Evaluación Final	111
Conclusiones.....	119
Referencias Bibliográficas	129
Anexos.....	133
Anexo 1. Hoja de Registro del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes Fase II Utilizada con Aidé.....	133
Anexo 2.	134
Hoja de Registro del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes Fase IV Utilizada con José.	134
Anexo 3. Registro de Observación	135

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

TABLAS

Tabla 1. Daños en las partes del cerebro	26
Tabla 2. Áreas y programas	69
Tabla 3. Cronograma de trabajo con Aidé en el año de 2015.....	70
Tabla 4. Cronograma de trabajo con José 2015.....	71
Tabla 5. Código de respuestas del participante en las sesiones de trabajo.....	72
Tabla 6. Evaluación inicial de las habilidades comunicativas de Aidé.....	78
Tabla 7. Objetivos operativos con relación a las sesiones.....	80
Tabla 8. Evaluación inicial y final de las habilidades comunicativas de Aidé.....	91
Tabla 9. Evaluación inicial de las habilidades comunicativas de José.....	99
Tabla 10. Objetivos operativos y sesiones de José	100
Tabla 11. Cuadro comparativo de las habilidades comunicativas de la evaluación inicial y final	117

FIGURAS

Figura 1. Ejemplo de agendas utilizadas en TEACCH	55
Figura 2. Ejemplo de orden y pasos de algunas actividades en TEACCH.....	55
Figura 3. Emociones.....	56
Figura 4. SI-NO.....	57
Figura 5. Imágenes que se utilizan en el Sistema de comunicación por intercambio de imágenes	59
Figura 6. Portafrase.....	59
Figura 7. Fase 1 “Cómo comunicarse”.....	60
Figura 8. Fase 2 “Distancia y persistencia sobre la mesa.....	61

Figura 9. Fase 2 “A distancia mayor”.....	61
Figura 10. Ejemplo de la fase 3 “Discriminación de imágenes”.....	62
Figura 11. Fase 4 “Estructura de la frase”.....	63
Figura 12. Fase 5 “Responder a ¿Qué quieres?”.....	64
Figura 13. Fase 6 “Comentar”	65
Figura 14. Tomar imagen y distancia de la imagen (paso 1 y 2).....	74
Figura 15. Distancia de la imagen (paso 2)	74
Figura 16. Distancia de Aidé respecto a la terapeuta (paso 3)	74
1Figura 17. Intercambio de motivador básico (paso 4)	75
Figura 18. Gráfica de evaluación inicial de Aidé.....	76
Figura 19. Intercambio (paso 4)	87
Figura 20. Intercambio.....	87
Figura 21. Intercambio con la imagen de papaya.....	88
Figura 22. Gráfica de evaluación inicial y final de Aidé.....	88
Figura 23. Paso 1 “tomar la imagen”. Consiste en abrir la carpeta.....	93
Figura 24. Paso 2 “Discriminar la imagen que corresponde”.....	94
Figura 25. Paso 3 “intercambio” y reconocimiento de la imagen.....	94
Figura 26. Paso 4: “Correspondencia” motivador social e interacción.....	94
Figura 27. Gráfica de evaluación inicial de José.....	95
Figura 28. Paso 1 “tomar la imagen”.....	96
Figura 29. “Discriminar la imagen que corresponde”.....	97
Figura 30. Paso 3 “Intercambio con la terapeuta”.	97
Figura 31. Paso 4: “Correspondencia” interacción.....	98
Figura 32. Recibiendo reforzador.....	98
Figura 33. Imágenes de motivadores sociales de José.....	111

Figura 34. Interacción.....	114
Figura 35. “Correspondencia” motivador social.....	114
Figura 36. Paso 4: “Correspondencia”.....	115
Figura 37. Identificación de qué quiere (señalando).....	115
Figura 38. “Señalar”.....	115
Figura 39. Identificación de qué quiere	115
Figura 40. Gráfica de intervención con José.....	117

Resumen

Esta tesis habla sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) donde Rapin (2002, citado en López, Rivas y Taboada, 2009) y la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM V (2013) asocian este trastorno con una variedad de características, ya que no se trata solo de un trastorno con una dimensión, se define como una serie de síntomas basados en la interacción social, comunicación, falta de razonamiento y comportamientos y varía de individuo a individuo.

La finalidad de este trabajo fue favorecer las habilidades de comunicación de dos adultos con autismo mediante el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, por sus siglas en inglés (PECS, Picture Exchange Communication System). Esta intervención se aplicó durante 3 meses cuando se realizaban prácticas profesionales. El sistema de comunicación por intercambio de imágenes es un sistema alternativo de comunicación y está compuesto por 6 fases (1. “Cómo” comunicarse, 2. Distancia y persistencia, 3. Discriminación de imágenes, 4. Estructura de la oración, 5. Responder a “¿qué quieres?” y 6. Comentar), cada uno con sus respectivos pasos; Aidé y José (seudónimos) son los adultos que se atendieron, Aidé se encuentra en la fase 3 y José en fase 4 y 5.

Se realizó una evaluación inicial, fase de intervención y una evaluación final, en el cual se obtuvieron mejoras significativas, ya que con Aidé al principio la distancia en cuanto a la imagen y a la terapeuta eran de 40 centímetros y ahora lo realiza a 80 centímetros de distancia; al igual que disminuyó el tiempo de respuesta de 40 segundos a 25 o 30 segundos para realizar todos los pasos.

Con José al principio se trabajó con la fase 4 al realizar excelente los pasos se cambió a la fase 5, se aumentaron los contextos y motivadores, al igual que cambios en las características como en la inflexibilidad de las actividades y tiempos. En cuanto a la interacción de los dos participantes es positiva ya que José le encontró sentido a los motivadores y sonreían los dos al participar durante el programa.

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se detectó en 4 o 5 sujetos por cada 10 mil personas en los años sesenta, pero en los años ochenta aumentaron las cifras a 7 por cada 10 mil personas y en el dos mil las cifras son de 15 por cada 10 mil personas con una prevalencia mayor en los hombres de 4 por cada mujer y aparece por igual en todas las clases sociales; esto es significativo para la humanidad ya que se caracteriza por presentar carencias en el área de la comunicación, inhibición o ausencia del lenguaje, interacción social con tendencia al aislamiento y conductas disruptivas (Santiago, 2005); además de que estas características se hacen de manera evidente a los 36 meses de edad.

Al igual que los trastornos, el autismo es estudiado en las investigaciones actuales, pero aún se desconocen sus causas; las teorías que son más aceptadas son las siguientes: una de ellas es la base biogenética¹ la cual se refiere a que las causas pueden deberse a la rubeola durante el embarazo y la inmadurez del sistema nervioso central; la teoría de la bioquímica² que se refiere a que los niveles del neurotransmisor de serotonina son anormales y por último la teoría ambiental la cual se caracteriza por el poco apego por parte de la madre hacia el hijo, la cual actualmente está descartada.

Como mencionan Cuxart y Jané (1998) el autismo abarca todas las edades y su desarrollo de manera global; de acuerdo al comentario anterior Cuxart (2002), Garanto (1990), Paluszny (1987), Powers (1999) y Sigman y Capps (2000) mencionan que es fundamental que se realice un diagnóstico en los niños de dos años para que se proceda con una intervención eficaz.

Las características que abundan en las personas con autismo son: en los niños no se muestra interés por el entorno y no presentan juego simbólico, pero no es significativo para

¹ Es la ciencia que estudia el origen y desarrollo de los organismos.

² Es una rama de la ciencia que fusiona biología y química la cual es la encargada de estudiar las sustancias que se encuentran en los organismos vivos y de las reacciones químicas de los procesos.

la familia hasta que muestran conductas que no son estándar, como es la indiferencia a cualquier persona, poco apego, no tener contacto visual, problemas en el lenguaje y comunicación, presentar movimientos estereotipados, irritabilidad del sentido del oído, el olfato o el tacto, así como retardo en el control de esfínteres.

“A medida que los niños con autismo se hacen mayores va cambiando el patrón de autismo” (Baron y Bolton, 1998, p. 24). A través de la idea anterior puede decirse que en la adolescencia las personas con autismo logran pocos progresos de comunicación o desarrollo del habla, al igual que aparecen convulsiones, se piensa que hay similitudes con el retraso mental y se siguen presentando algunas de las características antes mencionadas; ya cuando llega la adultez siguen requiriendo apoyos en las actividades para poder realizarlas, ya sea para lograr la independencia o la autonomía; pero aun así, siguen mostrándose algunas de las peculiaridades anteriores, con un grado menor si es que se contrarrestaron; sin embargo, su apariencia física puede mostrarse “normal”.

Las investigaciones se desarrollan más en niños o adolescentes con autismo que en adultos; pero nos hemos preguntado ¿Cómo es el desarrollo de la adultez o vejez de una persona con autismo?, ¿Cuáles son los avances o desvanecimientos de las ayudas que se les da?, ¿Logra la independencia?, ¿Se adapta realmente al medio?, ¿Se desarrollan problemas psicosociales como la ansiedad, depresión, adaptación o psicomotricidad? o ¿Cómo se comunican cuando no presentan lenguaje verbal?

Conforme va creciendo la persona con autismo se identifica un retraso en el lenguaje y la comunicación ya que puede o no presentarse lenguaje verbal y si lo presenta puede estar acompañado por ecolalia; el desarrollo del lenguaje empieza por el balbuceo y parece ser escaso, emiten voz monótona y utilizan la tercera persona para referirse a sí mismo (invierten los pronombres); al igual que no hay comprensión de la comunicación e interacción social; se considera que es una de las dificultades más importantes en el autismo: la comunicación y su interacción de acuerdo con Holguín, 2003.

Los programas de comunicación que se manejan en los institutos³ que atienden a personas con autismo generalmente son el Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Discapacidades de comunicación, por sus siglas en inglés (TEACCH Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children) que de acuerdo con Tamarit (1990) su intervención se basa en las áreas principales como la comunicación, desarrollo social y emocional y la flexibilidad, que ayuda a comprender a las personas los significados y procesos de comunicación por medio del uso generalizado de claves visuales enseñándole el concepto y rutinas con estructura.

Otro aspecto importante dentro de la comunicación son las emociones donde se contemplan los estados de ánimo (alegre, triste, enojado, somnoliento, etc.), en el cual se trabaja por medio de lenguaje verbal o no verbal o igualación de imágenes.

El tercer programa es responder a cualquier situación con SI o NO y por último el programa del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes, por sus siglas en inglés (PECS, Picture Exchange Communication System) este es un sistema de entrenamiento de la comunicación aumentativa o alternativa, se utiliza para personas que no presentan lenguaje verbal y otros déficits de comunicación social; a su vez es un entrenamiento para la habilidad de la asociación directa del lenguaje, es decir, se le puede conducir a lo que necesita o siente en el momento y la persona lo asocia con la imagen. El que las personas con autismo aprendan a comunicarse ya sea verbal o no verbal es importante porque adquieren habilidades para comunicar lo que desean, piensan o sienten.

En esta intervención lo que se pretende es favorecer las habilidades de comunicación de dos adultos con autismo mediante el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

La tesis plantea cuatro capítulos en el primero se habla sobre el Trastorno del Espectro Autista, su recorrido histórico, significado, etiología y sus características; en el capítulo dos

³ El registro de Instituciones Autismo México (s.f) informa que existen 12 institutos que atienden a personas con autismo en el Distrito Federal, como lo son: (APYRE) Apoyo y Rehabilitación, Asperger México, Centro Belén, (CAI) Centro de Atención Integral, Centro de Integración Sensorial, Centro Educativo DOMUS, (CLIMA) Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, Clínicas Luli, (CEPI) Comunidad Educativa y Psicopedagógica Integral, (CONFE), Fundación CEDIC, Fundación Ven Conmigo.

se presenta la atención a personas con Trastorno del Espectro Autista como el diagnóstico, intervención, tratamientos, terapias y modificación de conductas.

En el capítulo tres se presenta qué es la comunicación, etapas de la comunicación, la importancia de la comunicación en el Trastorno del Espectro Autista, habilidades comunicativas, programas de comunicación en el Trastorno del Espectro Autista y el Sistema de comunicación por intercambio de imágenes, por sus siglas en inglés (PECS, Picture Exchange Communication System) y sus seis fases; en este capítulo se exhibe todo acerca de la comunicación y su vinculación con el trastorno del espectro autista que es el marco teórico principal en el que se dirige la tesis.

En el capítulo cuatro que es el procedimiento de la intervención, se encuentra el objetivo general y objetivos específicos, los dos participantes dentro de esta intervención, escenario, evaluación inicial, intervención y evaluación final de Aidé y José; al realizar la evaluación inicial se puede decir que Aidé se encuentra en la fase II del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, la distancia para tomar la imagen y para entregarla a la terapeuta era de 40 centímetros de distancia pero al término de la evaluación final lo realizó a 80 centímetros de distancia.

Las habilidades que Aidé obtuvo al término de esta intervención fueron las siguientes: ya tiene contacto ocular de seis a diez segundos por cada ensayo, sonríe, toma de la mano a la terapeuta, esta menos ansiosa, se tarda de entre veinticinco a treinta segundos en dar respuesta a cada uno de los pasos, se interactúa con ella para tomar la cuchara, desde el principio hubo flexibilidad al igual que la asertividad.

En cuanto a los resultados obtenidos con José fueron los siguientes: al principio de la intervención se encontraba en la fase IV “Estructura de la frase” y al final de esta intervención paso a la fase V “Respondiendo a ¿Qué quieres”, en cuanto al sistema de comunicación por intercambio de imágenes si mejoró ya que hubo flexibilidad para cambio de motivadores y contextos ya que no era muy flexible al principio de la intervención, al igual que cambio de terapeutas; mejoró sus habilidades de comunicación en cuanto a la interacción con la terapeuta, ya tiene contacto ocular de entre veinte a veinticinco segundos, ya sonríe, no presenta estereotipia mientras realiza el sistema de comunicación por intercambio de

imágenes, respeta turnos, ahora ya juega con los motivadores (juego simbólico), tarda menos tiempo en responder a cada paso de entre diez a quince segundos.

En la última parte del trabajo se encuentran las conclusiones donde se hallan los resultados obtenidos con los dos participantes, las aportaciones como psicóloga educativa, los límites que se encontraron con Aidé, José, la institución, el programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes y como psicóloga educativa y las sugerencias que se dan a los familiares y a los o las terapeutas que trabajen con Aidé y José, sugerencias a la institución, sugerencias al Sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

Capítulo I

1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

1.1 Recorrido histórico del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El autismo tiene un impacto considerable ya que es el cuarto trastorno del desarrollo más común, los que predominan son retraso mental, epilepsia y parálisis cerebral (Powers, 1999). El autismo precisa un tratamiento multidisciplinario y personalizado a lo largo de la vida y que esté en constante revisión para así favorecer su integración social y calidad de vida.

De acuerdo con los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2000) en México hay cerca de 46 mil personas con autismo; razón suficiente para atenderlos en ámbitos médicos, sociales y educativos. En ese mismo sentido Powers (1999) señala que el autismo se presenta en 15 de cada 10 mil nacimientos. Las personas con Trastorno del Espectro Autista aparentan un vacío en su comportamiento social, tienen un déficit en la interacción, comprensión del lenguaje y la comunicación y flexibilidad en los cambios; es por eso que los investigadores han puesto empeño en indagar y comprender el autismo.

La historia del concepto de autismo se remonta en el siglo XVIII que de acuerdo con Powers (1999) los textos médicos describían casos de niños que no hablaban, manifestaban un distanciamiento extremo y poseían habilidades memorísticas fuera de lo común; a las personas mayores no se les llegaba a llamar adultos con autismo, sino esquizofrénicos o retrasados mentales. Cuxart y Jané (1998) mencionan que en ese mismo siglo en el año de 1799 fue descrito un caso de autismo, por un farmacéutico del hospital de Bethlem (asilo mental de Londres), este fue el caso de un niño que lo admitió el hospital, lo que se observaba es que presentaba conductas de aislamiento y una falta de vínculos con quien lo rodeaban.

En el año de 1943 cuando Leo Kanner publicó un artículo donde describía a once niños que presentaban dificultades comunes, su teoría es que poseían una enfermedad psicológica a la que llamo “autismo infantil” o “autismo precoz”, detallaba que los pacientes se centraban en su aislamiento social, rechazaban cualquier forma activa de comunicación y presentaban una soledad extrema. Kanner definió al autismo como la falta de relación con las personas que se hallan a su alrededor, que adoptan conductas repetitivas, utilizan un amplio vocabulario, hábiles para la memorización, aunque algunos presentan retraso mental (Arrebillaga, 2009; Garanto, 1990 y Powers, 1999).

En ese mismo sentido a los niños más severamente discapacitados en las habilidades de interacción social (lenguaje y comunicación) se les consideró que tenían autismo típico o autismo de Kanner.

En cuanto a la designación del término de autismo Kanner le tomó prestado el término a Eugen Bleuler, él empleo el vocablo por las características que tenían las personas de alejamiento activo (incapacidad para establecer relaciones con las personas), retraso en la adquisición del habla o la utilización del habla, pero no para comunicarse, ecolalia retardada, inversión pronominal, juego estereotipado y aspecto físico normal.

Se refería Bleuler en 1919 (citado en Wing, 1976, b) a un trastorno básico de esquizofrenia que consistía en limitaciones de relaciones con las personas y veían al mundo de manera externa, el autismo era como una forma de vivir evitando el contacto con la realidad y en los adultos se creía que se confinaban a la fantasía y se apartaban de la interacción social.

En el año de 1944 mientras Kanner hacia sus investigaciones sobre los comportamientos del autismo, Asperger realizaba investigaciones sobre el mismo tema, identificó al autismo como una pobreza de contacto visual, limitación de empatía e interacción social con las personas, no tenían una comunicación verbal y si existía lenguaje verbal poseía una perturbación; él verificó que concurría un comportamiento ante un autoestímulo y que existía una insuficiencia en la motricidad fina y gruesa, pero lo que primordialmente le llamaba la atención era la limitación en las relaciones sociales, la comunicación y obsesión por movimientos o pensamientos (López, Rivas y Taboada, 2009

y Paluszny, 1987); se le consideró al autismo después como “Trastorno de Asperger o Síndrome de Asperger”.

Consecutivamente se le llamó “Trastorno de Rett” o “Síndrome de Rett” el cual se caracteriza por una regresión motora y conductual después de los 4 años de edad y está asociado a una discapacidad intelectual.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III, por sus siglas en inglés (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en el año de 1980, se le llamó al Trastorno del Espectro Autista en ese entonces como “Afección General del Desarrollo” y se caracterizaba por un déficit cualitativo de la sociabilidad, no verbal y limitaba su repertorio de actividades o intereses, así como estereotipias. A su vez se clasificaba como: autismo infantil, autismo infantil con síndrome completo, autismo infantil en estado residual, afección general del desarrollo iniciado en la infancia con presencia del síndrome completo, en estado residual o afección atípica del desarrollo, Cuxart y Jane (1998).

Posteriormente en el año de 1994 la Asociación Americana de Psiquiatría, por sus siglas en inglés (APA, American Psychiatric Association, 2013) reconoció el síndrome de Asperger como un diagnóstico clínico distinto del diagnóstico de autismo dentro de la clase más general de “trastornos generalizados del desarrollo”; en el cual se podían ver varias áreas afectadas como las habilidades de interacción social, la comunicación, comportamientos, intereses y/o actividades estereotipadas (Paluszny, 1987; Sigman y Capps, 2000 y López et al, 2009).

Soto (2002) menciona que los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, por sus siglas en inglés (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) las características del trastorno del espectro autista son las siguientes: desarrollo anormal de la interacción social y la comunicación con un repertorio de actividades reducido.

Actualmente se le conoce como Trastorno del Espectro Autista (TEA) donde Rapin (2002, citado en López, et al, 2009) y la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (2013), por sus siglas en inglés (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) asocian este trastorno con una

variedad de características, ya que no se trata solo de un trastorno con una dimensión porque puede deberse a varios factores etiológicos y síntomas, lo define como una serie de síntomas basados en la interacción social, comunicación, falta de razonamiento y comportamientos y varía de individuo a individuo. Este trastorno del espectro autista conforma los conceptos de: trastorno autista, Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

1.2 ¿Qué es el autismo?

La palabra autismo proviene del vocablo griego Autos que significa “si mismo”, esta definición la aporta Arrebillaga (2009); sin embargo, López, et al (2009) aportan un significado singular al anterior describiendo que el término autismo proviene del griego eaftismo que significa “encerrado en uno mismo” y al igual que Cuxart y Jané (1998) que citan a Tustin donde el concepto de Autismo hace alusión de vivir en función de uno mismo. Con los significados anteriores se demuestra que al sujeto se le ve como externo porque no interactúa con las personas de su alrededor.

De acuerdo con Paluszny (1987, p. 15) el autismo es el “Síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio”.

Según Kanner (citado en Paluszny 1987) considera que los niños con autismo llegan al mundo con una incapacidad innata para entablar el habitual contacto afectivo con las personas y que está proporcionado por la propia biología, al igual que supuso que se presenta desde el nacimiento y lo denominó “autismo infantil precoz”. Pero a la vez marca dos tipos de trastornos:

1. Trastorno pseudodefectuoso: Que es con inicio anterior a los tres años de edad, denominado autismo regresivo.
2. Tipo pseudopsicopático: Con un comienzo en la adolescencia.

Cuxart y Jane (1998) mencionan que Hans Asperger en el año de 1944 publicó una definición de autismo infantil que le denominaba “psicopatía autística” y el observaba que

su mirada no era peculiar porque no establecía contacto ocular, tenía expresiones faciales pobres, poco normal su lenguaje, no los sentía preparados para aprender, algunos de ellos poseían capacidad de pensamiento lógico- abstracto y había nuevas creaciones de palabras.

Heuyer (citado en Cuxart y Jané, 1998) define al autismo como una psicosis crónica no demencial, que se caracteriza principalmente por la pérdida del contacto de la realidad y regresión en fenómenos específicos.

Sin embargo, según Garanto (1990) en la Organización Mundial de la Salud (OMS) el síndrome del autismo es la falta de respuestas a los estímulos auditivos y visuales, también presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje verbal, teniendo retardo en el desarrollo del lenguaje y si se desarrolla puede existir ecolalia, la inversión de pronombres y su estructura gramatical es deficiente. Mientras que Baron y Bolton (1998, p. 30) dijeron que “el autismo es un síndrome conductual, supone un conjunto de tipos de conductas anormales”.

Powers (1999, p. 27) señala que el autismo es un “trastorno físico del cerebro que provoca una discapacidad permanente del desarrollo”. Los síntomas que puede presentar son aislamiento o retraso mental, aunque cada síntoma logra manifestarse de diferente manera en cada persona y en ciertos casos tienen una conducta repetitiva llamada “conducta estereotipada”. Al igual que Powers (1999) y Arrebillaga (2009) mencionan que es un conjunto de anomalías que corresponden con un cerebro disfuncional, siendo sobresaliente la incapacidad comunicativa.

El término de trastorno del espectro autista implica:

Trastorno: Es una alteración de la salud o de un estado mental que se refiere a perturbar en la conducta.

Espectro: Es una gama de trastornos similares.

Hay varios conceptos de autismo que se mencionaron para poder entender qué es el autismo, sin embargo, cabe mencionarse que a pesar del tiempo ha evolucionado su concepto, por ejemplo, desde Bleuler que lo concebía como psicosis o esquizofrenia y ya en los años 80 fue considerado como un síndrome psiquiátrico, de ahí evolucionó a trastorno

generalizado del desarrollo, después autismo y recientemente apunta a ser Trastorno del Espectro Autista.

Retomando a los autores antes mencionados defino al trastorno del espectro autista como: el trastorno que se puede diagnosticar a partir de los tres años de edad en adelante de las personas que muestran conductas “anormales” como son la falta de interacción social, conductas estereotipadas, pobre contacto visual y la más común que son los problemas del lenguaje y comunicación, sin embargo, también existe un coeficiente intelectual elevado o bajo según sea el caso y hay resistencia inflexible a los cambios.

1.3 Etiología

Con respecto a la causa del autismo, no se tiene una investigación completa del porqué existe y cuál es su origen; sin embargo, algunos de los investigadores y clínicos han puesto en marcha indagaciones médicas, sociales y conductuales respecto al tema del autismo. A continuación, se presentan algunas teorías usadas para explicar el origen del TEA.

1.3.1 Ambiental

Tusting (citado en Paluszny, 1987) propone otra forma de autismo a la que se le denomina “autismo secundario encapsulado” el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando todavía no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la sensación de la separación, es por eso que se les llamaba “madre refrigerador” porque según no existía ningún vínculo con el hijo.

Lo que se consideraba es que las reacciones del niño resultaban conflictivas por la composición de los sentimientos de los padres y de su comportamiento con respecto a él. De acuerdo con Folch (2002) y Garanto (1990) el “autismo precoz” se produce en la infancia y se observa porque no hay interacción primeramente con la madre, ya que se pensaba que se

constituía una mal formación del yo; el apego en la infancia se forma con la madre y que el niño con autismo no lo mantiene en comparación con los otros niños.

Sin embargo, Garanto (1990) menciona que el niño con autismo permanece o regresiona en los sentidos (tacto, olfato, oído, gusto y/o vista) y es así como el desarrollo de sus funciones cognitivas y afectivas se deterioran. Después de analizar la teoría ambiental, fue rechazada la idea de la “madre refrigerador” ya que se preguntaban cómo los huérfanos a falta de padres no presentaban autismo.

1.3.2 Biogenética

Otra de las teorías con la cual se puede explicar el autismo es la biogenética, la cual se inicia considerando que no hay evidencia de que haya personas con autismo que sean primogénitos o que tenga relación el autismo con la edad de la madre. Esta etiología biogenética dice que una de las causas es la rubeola durante el embarazo lo menciona Chess, 1971 (citado en Paluszny, 1987). La rubeola causa varias anomalías que afectan al sistema nervioso central y producen autismo, sordera, deficiencia mental o microcefalia⁴.

La sintomatología puede ser a causa de las complicaciones en el embarazo en el primer trimestre de gestación o infecciones víricas, que pueden provocar daño cerebral que produce el autismo, de privación sensorial, por factores hereditarios, radiaciones, abuso del alcohol, drogas y/o estrés continuado por parte de la madre, (Baron y Bolton, 1998; Cuxart, 2002 y Moore y Shiek, 1971, citados en Garanto 1990) los síntomas pueden ser un trastorno de los estímulos auditivos, olfativos y/o visuales.

No obstante, Sigman y Capps (2000) mencionan que las complicaciones en el desarrollo del embrión o en el nacimiento pueden causar lesiones que conduzcan a tener autismo. Sin embargo, como menciona Garanto (1990) el embarazo y el parto pueden considerarse como normales, pero otras causas pueden ser que durante el embarazo aparezca

⁴ Se refiere a la circunferencia de la cabeza más pequeña que el promedio para su edad.

una hemorragia, vómitos frecuentes, larga duración de parto, anoxia⁵ fetal, cianosis⁶, anemia hemolítica⁷ por incompatibilidad, entre otras.

Según Sigman y Capps (2000) las deficiencias básicas del autismo están determinadas por los sistemas biológicos que están identificados en las disfunciones del sistema nervioso central, acompañado de afecciones psicológicas del lenguaje, sensoriales y/o cognitivas. Como también la implicación de la amígdala cerebelosa y cerebral⁸ la cual perturba la comunicación interpersonal y la interacción social que es fundamental para reconocer el significado emocional y del lenguaje lo cual menciona Mardomingo (2002). La amígdala es aquella que regula los impulsos y las emociones, lo hace por medio de conexiones con la corteza prefrontal y con el hipotálamo.

El Instituto Nacional de la Salud de acuerdo con Arrebillaga (2009) han identificado algunas zonas de cuatro cromosomas que afectan al desorden neurológico que perturba el lenguaje, el desarrollo y reduce menores flujos sanguíneos del cerebro. Hay una hipótesis sobre la anomalía del cerebro que por su parte Arrebillaga (2009, p. 38) menciona que “se produce un déficit atencional que contribuye alteraciones en el funcionamiento social y cognitivo”, que produce la incapacidad de contagio emocional y de empatía con otras personas.

De acuerdo con Garanto (1990) la inmadurez del sistema nervioso central de la persona con autismo imposibilita poder emprender una relación estable con el entorno y consigo mismo ya que es una alteración química y orgánica; el tálamo es una región del cerebro que puede verse afectada por un traumatismo precoz por la pérdida de neuronas dando así una desorganización sólida.

De igual manera Damasio (citado en Garanto, 1990) menciona que, en el lóbulo temporal, frontal y en los núcleos grises centrales se localiza una desorganización cerebral.

⁵ La palabra anoxia hace referencia a la carencia de oxígeno en los tejidos del cuerpo o a veces en la sangre.

⁶ La palabra cianosis hace referencia a que circula la sangre de manera anormal y falta el oxígeno de lado derecho del corazón; poniendo labios, dedos de los pies y manos color morado de la persona.

⁷ La anemia hemolítica afecta al ser humano principalmente cuando es prematuro, es producto de una mal formación en los meses del embrión o por falta de hierro, en el cual hay una pobre cantidad de glóbulos rojos en la sangre.

⁸ Existen la amígdala cerebelosa y cerebral estas pueden ser una de las causas de las características del autismo, que son encargadas de procesar la información emocional y afectiva de la persona.

Donders (citado en Garanto, 1990) afirma que existe una falla en el sistema de información que impide el procesamiento adecuado de la información y la existencia de un desorden en el proceso de atención selectiva.

Mientras que pueden existir anomalías en las áreas del cerebro como:

Lóbulos frontales que es el responsable de la planificación y control, sistema límbico que es el responsable de la regulación emocional y el tronco encefálico y el cuarto ventrículo o en el cerebelo que es el responsable de la coordinación motriz (Baron y Bolton, 1998, p.58).

Es por eso que las personas con autismo tienen problemas con la información recibida, las emociones y la coordinación. Al igual que tienen problemas en el lóbulo parietal que es el encargado de lo auditivo, visual y movimientos, el lóbulo occipital que es el responsable del proceso visual, el lóbulo temporal que posiblemente tiene daños en lo auditivo, habla y memoria.

Varios de los autores citados anteriormente mencionan la relación con la alteración con el lóbulo frontal, al igual que López et al (2009), sin embargo, estos últimos le nombran “Teoría del déficit de las funciones ejecutivas”. A continuación, se presenta la tabla número 1, en la cual se encuentran las partes del cerebro que posiblemente están dañadas en las personas con autismo.

Tabla 1. Daños en las partes del cerebro.

PARTES DEL CEREBRO	AFECTA
Lóbulo frontal	Planificación en el control de impulsos y funciones ejecutivas.
Lóbulo prefrontal	Anticipación, memoria provisional, estructura de conductas, emociones y motivación.
Sistema límbico	Regulación emocional
Tronco encefálico, el cuarto ventrículo o el cerebelo	Coordinación motriz
Lóbulo parietal	Audición, visual y movimientos
Lóbulo occipital	Proceso visual
Lóbulo temporal	Auditivo, habla y memoria

Como alude Sigman y Capps (2000) el hemisferio izquierdo es el que presenta desarrollo del lenguaje y funciones simbólicas, si no se presenta dominio no se desarrolla el lenguaje o podrá ser el resultado de un trastorno del lenguaje en la persona; mientras que el hemisferio derecho es el encargado de las capacidades visuales y espaciales. En las personas con autismo existe un desequilibrio de los hemisferios ya que el hemisferio derecho está en detrimento y éste mismo es el que presenta mayor actividad.

1.3.3 Bioquímica

En las investigaciones también se reflejan “Anormalidades bioquímicas en el autismo que postula niveles anormales del neurotransmisor serotonina” (Paluszny, 1987, p. 95). La serotonina es el neurotransmisor encargado de los estados de ánimo que puede producir depresión, tristeza, irritabilidad, agresividad, ansiedad, problemas de sueño u obsesiones. Al igual que se considera como una sustancia química que se encuentra en un nivel anormal en el cuerpo que transmite señales a las células nerviosas esto de acuerdo con Baron y Bolton (1998).

La serotonina es un producto del metabolismo de un aminoácido esencial: el triptófano⁹, que es indispensable para el ser humano, aunque el cuerpo no pueda sintetizarlo a partir de otra proteína, debe de incluirse en la dieta individual.

Los defectos bioquímicos pueden originarse no solo por anomalías del metabolismo, sino por la ingestión inadecuada de sustancias innecesarias o por mala absorción de las mismas.

Al igual se considera que una de sus causas puede ser la alteración neuroquímica que se relaciona con el exceso de péptidos¹⁰ que afecta el comportamiento de la persona con autismo al mantenerse aislado (López et al, 2009).

⁹ Las funciones del triptófano son las siguientes: ayuda a la ejecución de las proteínas, producción de neurotransmisores a la serotonina, ayuda al sistema inmunológico a que funcione correctamente, controlar el apetito, inhibición de dolor, mejora la inducción del sueño y la liberación de hormonas.

¹⁰ Los péptidos son la unión de dos o más aminoácidos, tiene la función de regular el organismo y ser neurotransmisores.

1.4 Características del Trastorno del Espectro Autista

A continuación, se mencionan algunas características del Trastorno del Espectro Autista, aunque cabe señalar que todos los individuos son diferentes y únicos (Baron y Bolton 1998; Cuxart, 2002; Folch, 2002; Garanto, 1990; López et. al, 2009; Paluszny, 1987, cita a Kanner 1943; Powers, 1999; Rutter y Schopler, 1984; Sigman y Capps, 2000, Wing, 1976 (a) y Wing, 1976 (b)).

1.4.1 Aspecto Intelectual

Puede presentarse el Trastorno del Espectro Autista (TEA) pero no siempre acompañado de la discapacidad intelectual; sin embargo, existe una incidencia en el retraso mental el 75% de las personas con autismo lo poseen ya que su desarrollo es más lento, su nivel general y su rendimiento intelectual es más limitado, procesando la información del entorno de manera anormal prestando menor atención a las estructuras globales y mayor atención a los elementos específicos; mientras que las que no tienen retraso poseen un buen funcionamiento siendo capaces de leer, escribir, dibujar, con la música y calcular con un nivel de destreza elevado. Si su Coeficiente Intelectual es de 70 puntos es probable que tenga dificultades en el aprendizaje. Y por supuesto que el autismo no es sinónimo de retraso mental.

Algunas personas conservan lo que se le llama memoria eidética o topográfica de la primera infancia, es decir, recuerdan detalles de un texto o de una escena de su vida con una precisión casi perfecta, pero no es relacionada con la capacidad de comprensión, teniendo problemas en el uso de los significados y procesos memorísticos. Sin embargo, hay algunas personas con autismo que son incapaces de retener información de la manera más usual en el aprendizaje, reciben la información y la mantienen a corto plazo, tienen la habilidad para discriminar la información concreta de elementos específicos como son tamaño, color y forma.

No obstante, tienen problemas para discriminar información semántica como, por ejemplo: los medios de transporte. Al igual que existe un déficit en el procesamiento perceptual que impide que la persona discrimine, categorice y observe las relaciones entre los estímulos.

Hay una pobre capacidad para el juego simbólico, así como carencias en el juego funcional ya que carecen de imaginación, si la persona desarrolla su capacidad lingüística podría desarrollar juegos tradicionales o funcionales y generalmente prefieren alinear piezas para formar torres.

El juego es la mejor forma de superar la barrera que existe en la anormalidad de perturbaciones en la activación del cerebro, llegando a una alteración de la capacidad de respuesta y procesamiento de las experiencias sensoriales ya que existe una falta de respuestas a estímulos y un fracaso para participar en actividades lúdicas, son talentosos para armar rompecabezas y en ocasiones la atención es muy corta. Se recomienda utilizar luces fuertes y brillantes u objetos colgados en los juegos ya que les llama la atención, al igual que la música porque tienen una inclinación por los sonidos y ritmos. Las personas con autismo aprenden mejor con los números¹¹ que con las palabras.

1.4.2 Aspecto Social

Muestran deficiencias para relacionarse con las personas dando poca señal de apego y expresión emocional, no diferencian entre familiares y extraños es por eso que a falta de la interacción se da el aislamiento, evitan el contacto visual y es común encontrar expresiones prematuras de desarrollo, en la mayoría de los individuos con autismo las respuestas emocionales no se combinan con la mirada o sonrisa social a otras personas y no demuestran empatía con las experiencias emocionales.

En las habilidades sociales, no interactúan de la misma manera que los demás, hay falta de respuesta social, no pueden entender bromas o expresiones metafóricas, pero sí

¹¹ Por ejemplo: la instrucción de lavarse las manos puede decirse: ¿Cuál es el paso 1? O contar cada vez que se talla el dorso o las palmas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 ¡muy bien lo lograste!.

levantan la vista hacia los adultos cuando intentan conseguir un objeto que no está a su alcance o cuando solicitan el apoyo de un adulto, hay falta de atención hacia las personas y poco o nulo contacto visual.

Existen relaciones anormales con objetos y acontecimientos ya que pueden interactuar con las cosas de manera no funcional. Cabe agregar que el aislamiento va aumentando conforme progresa la edad, pero mejora la comprensión y la conversación de los adultos si es que presentan lenguaje verbal; existe también una deficiencia en el crecimiento y maduración del yo.

La conducta negativa se exhibe ante la dificultad para expresar la necesidad que tienen, presentan berrinches y a menudo son violentos para poder comunicarse, existen autolesiones o lesiones a su alrededor para atraer la atención, pueden padecer hiperactividad a consecuencia de la falta de comunicación o mostrar un empeoramiento de conductas y un deterioro de funcionamiento social. Las autolesiones pueden ser desde rascarse o encajar sus uñas en la piel, hasta morderse, golpearse la cabeza, gritar, presentan rabietas, patear, arañar, romper objetos o arrancarse el cabello.

Algunos de ellos muestran emociones simples como la rabia, temor, alegría o tristeza, sin embargo, no son conscientes de su significado. Hay una reacción ante ruidos fuertes, olores o movilidad de objetos que son las causas que desencadenan las conductas, se le llama hipersensibilidad e irritabilidad que puede presentarse de manera auditiva, olfativa o gustativa, es posible que huelan el pelo, las manos o cualquier objeto, acaricien los objetos o que puedan manipular determinados aspectos que le llamen la atención.

Una de sus atracciones es dar vueltas a objetos o dar vueltas a su propio cuerpo, dar palmadas, aleteo, balanceo, oler, golpear o caminar de puntitas, son conductas repetitivas llamadas estereotipias o manierismo motor. Estas acciones pueden ser compensatorias intentando encontrar sentido en las percepciones. Juegan con un objeto repetitivamente o estimula su propio cuerpo, puede que exista una conducta ritualista compulsiva (movimientos repetitivos estereotipados).

De acuerdo con Turner, 1995 (citado en Arrebillaga, 2009) se encuentran tres tipos de conductas repetitivas:

1. Discinesia tardía: Que son los movimientos rítmicos involuntarios anormales como mover la mandíbula, los labios, la lengua, dedos, tronco y extremidades.
2. Los tics: Los cuales son movimientos breves y recurrentes de las partes del cuerpo.
3. Movimientos estereotipados: que son movimientos corporales rítmicos que se repiten de manera invariable como pueden ser aleteo de manos o balanceo corporal.

Existe una limitación de actividades espontáneas por parte de las personas con autismo un deseo por mantenerse igual, no les gustan los cambios y les cuesta trabajo el establecimiento de las secuencias. Las sensaciones visuales de las personas con autismo pueden mostrar inconsistencia, pueden ignorar totalmente a las personas y algunos objetos o pueden abstraerse en detalles diminutos.

Por lo general los adultos con autismo no adquieren nuevos problemas conductuales y tampoco retroceden en el progreso que han realizado, por lo que se refiere al control de algunas conductas y la satisfacción de sus necesidades.

1.4.3 Aspecto Motor

En algunos casos tienen una buena habilidad motora fina y en otros se presenta un retraso en el desarrollo motor que limita una deficiencia en la modulación fisiológica¹² de los estímulos sensoriales, muestran habilidades en las áreas técnicas y a su vez dependen menos de la capacidad verbal o social, desde los 0 a los 5 meses pueden presentar confusión sensorial sin diferenciar los objetivos de las cosas. En relación a la postura de su cuerpo en algunas ocasiones pueden estar de pie colgando la cabeza, los codos y/o las muñecas ya que es una forma en la cual se sienten a gusto y por supuesto existe incapacidad para establecer relaciones con las personas de su alrededor.

¹² La modulación fisiológica está compuesta por distintas sustancias naturales las cuales intervienen en las funciones fisiológicas y se pueden encontrar en las vitaminas.

1.4.4 Aspecto de Salud

Presentan con mayor frecuencia la epilepsia que se manifiesta clínicamente durante la adolescencia o en adultos jóvenes, los ataques epilépticos son causados por una actividad eléctrica anormal del cerebro que perturba el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo alteraciones en la conducta como falta de control de la vejiga o mirada perdida en el vacío. “Teniendo mayor frecuencia de signos neurológicos leves y de alteraciones en el Electroencefalograma (EEG)” (Mardomingo, 2002, p. 34).

Durante los dos primeros años de edad tienen un estado de sueño “normal” pero después algunos niños con autismo parecen estar más despiertos e hiperactivos, es decir, duermen menos de lo “normal”.

1.4.5 Aspecto Lenguaje y Comunicación

Pueden identificarse varios aspectos como pueden ser: falta de lenguaje comunicativo y lenguaje interno careciendo de imágenes internas como es la falta de representación de los sucesos externos surgiendo así una anormalidad en la forma de pensar, incapacidad para comprender los aspectos humorísticos o gestos, no hay comprensión de su lenguaje verbal y abstracción del mismo, ya que en algunos casos son incapaces de entender o responder al lenguaje.

Los que se logran comunicar tienen un repertorio verbal muy limitado, hay distorsiones en el uso de pronombres “tú y yo”, muestran ecolalia inmediata o demorada, pero no solo pueden utilizar el lenguaje verbal, sino también el lenguaje corporal o con comportamientos y/o tienen problemas en la semántica ya que pueden hablar para referirse a cosas, pero presentan problemas del significado.

No obstante, que la persona con autismo suele mostrar retraso en el habla, puede aprender varias palabras en unas cuantas horas, llega a aprender una o dos palabras y a usarlas repetitivamente. Los que presentan lenguaje oral al entablar una conversación carecen de la

narración o comprensión de la plática y a la vez no emplean gestos simbólicos e interrumpen en las pláticas.

Cerca de 40% de las personas con autismo no emiten ni una sola palabra a esto se le conoce como mutismo. Hasta los dos años ninguna persona con autismo presenta lenguaje en el 50% de los casos a los cinco años es nulo su lenguaje y alrededor de un 50% no aprenden a hablar, se afirma que el periodo crítico del lenguaje llega hasta los 12 años de edad teniendo como consecuencia el no presentar lenguaje verbal posteriormente.

Tienen dificultades en la comunicación como son las alteraciones del lenguaje gestual, verbal y mímico, los que tienen lenguaje verbal lo emplean lento y/o irregular; dificultad en el uso y comprensión de los tiempos verbales. La voz puede sonar uniforme o monótona es posible que no controlen el volumen o tono de voz, pueden ser átonos (escasos cambios de énfasis) no controlando su intensidad de voz, y arrítmicos (tienen poca labialidad).

Si se desarrollan habilidades de lenguaje antes de los 5 o 6 años a futuro podrían llegar a una buena competencia intelectual social. Las personas con autismo cuando son bebés no balbucean, solo emiten sonidos muy poco variados con volumen muy alto.

La comunicación se presenta de la siguiente manera:

1.- Conducta: Por lo regular la persona con autismo no tolera la estimulación, se encuentra ansioso y molesto porque no puede controlar situaciones nuevas no puede manifestar verbalmente lo que siente y puede que en el momento recurra a conductas ritualistas y/o a su lenguaje corporal.

2.- Aprendizaje: Antes de que la persona con autismo empiece a hablar debe mostrar un aprendizaje interno que implica la habilidad para externalizar conceptos y codificarlos de manera simbólica; un ejemplo de verificación del lenguaje en su aprendizaje es la utilización de algún juguete ya que demuestra que para ellos es solo manipulativo no simbólico.

3.-Lenguaje expresivo: La comunicación verbal solo es con ruidos, palabras medio estructuradas o puede existir ecolalia, así mismo utiliza palabras incompletas, recitaciones de

secuencias aprendidas de memoria, pero el significado puede ser idiosincrático y no existe contacto interpersonal.

4.-Lenguaje receptivo: Puede haber una respuesta de la persona con autismo hacia los estímulos del ambiente como sensaciones auditivas, visuales, olfativas o gustativas y puede reaccionar de manera temerosa ante ruidos, distracción o berrinches.

Capítulo II

2. Atención a Personas con Trastorno del Espectro Autista

2.1 Diagnóstico e Intervención

El autismo se diagnostica entre los 2.6 y 3 años de edad, pero es difícil de diagnosticar porque es un trastorno complejo y puede estar asociado con otras sintomatologías no propias del autismo como ceguera, sordera, síndrome de Down etc. Para poder intervenir en una persona con autismo es necesario que se diagnostique y después que se lleven a cabo estrategias para desarrollar una experiencia educativa y de socialización adecuada en estas personas.

Sin embargo, se realiza un diagnóstico de acuerdo a los criterios que se mencionan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Asociación Americana de Psiquiatría (2013), por sus siglas en inglés (APA, American Psychiatric Association) y de acuerdo con Baron y Bolton (1998) si se presentan las siguientes características: anormalidad en las relaciones o su desarrollo social, si no se desarrolla la comunicación normal, falta de contacto afectivo, aversión por el cambio, movimientos estereotipados y/o extrañas reacciones ante estímulos sensoriales y de los dos a cinco años se hace evidente el autismo ya que ocurre una regresión en el tercer año de edad, perdiendo todas las habilidades que había adquirido.

Cabe mencionar que debe existir un diagnóstico interdisciplinario entre: pediatría, audiología, psiquiatría, psicología, educación especial, logopeda y trabajo social; para que exista un diagnóstico completo y se pueda tratar de mejor manera a la persona con autismo ya que existen problemas en diversas áreas. Al igual que se da un abordaje integral para una mejor calidad de vida para las personas con autismo y su familia.

Resulta oportuno aludir que para tener un buen diagnóstico es necesario observar como menciona Wing (1976, b) el contacto afectivo con otras personas y obtener información acerca de los criterios históricos de la familia sobre enfermedades neurobiológicas, comportamientos de la persona, historia pre y perinatal y variables como el coeficiente intelectual, evaluación de sus capacidades, conocimientos actuales, competencias precoces, interacción, edad, sexo y clase social.

Al igual que existe un diagnóstico o evaluación llamado Listas de chequeo (check list) de acuerdo con Cuxart (2002) que es rellenado por los padres o educadores en observación de la persona, está también el CHAT que es un instrumento para la detección temprana del autismo, es una escala de nueve elementos que discrimina a los niños con la evolución “normal” de aquellos que manifiestan signos de autismo.

La intervención pretende mejorar el desarrollo y el bienestar abordando conjuntos particulares de dificultades que presentan en el caso de las personas con autismo lo que se pretende es afrontar principalmente la comunicación e interacción social, también se puede intervenir en la adaptación social, destrezas intelectuales y en lo laboral.

Garanto (1990); Spencer y Polar (citados por Paluszny, 1987) hablan acerca de las áreas de intervención y/o diagnóstico de las personas con autismo, las cuales son las siguientes:

a) Lenguaje: No solo verbal, sino, lenguaje corporal y comportamientos; analizando lo fonético (significantes), el vocabulario, sintaxis (coordinación de significantes), coordinación y comprensión de ideas en un diálogo al igual que radicar en las destrezas prelingüísticas y en la producción de palabras.

b) Social: Integración a una vida social y normalizar conductas creando vínculos relacionales con la sociedad, de igual manera potenciar conductas positivas y reforzándolas de modo que se ayude a elaborar sentimientos de empatía, también se pueden recompensar conductas, modelándolas o extinguiéndolas. De acuerdo con Tiberger, 1979 (citado en Garanto, 1990) es necesario utilizar la ludoterapia estableciendo la vinculación del aprendizaje y nuevos comportamientos en la sociedad.

c) Integración en las actividades que se refiere a la adquisición de habilidades básicas de autocuidado y de comunicación: Haciendo un estudio de las capacidades intelectuales, incluyendo la organización espacial y corporal, maduración psicomotriz y tono muscular.

Se pueden utilizar métodos para la adquisición de habilidades uno de ellos es el método Montessori que incluye cuidado de sí mismo, desarrollo y coordinación de movimientos utilizando de igual manera los sentidos discriminando formas, tamaños, colores y sonidos; otro de los métodos es el Le Bon Depart el cual incluye ejercicios de motricidad consistiendo en la estimulación sensorial con impacto afectivo en la diversión y el juego con movimientos coordinados y equilibrados.

El método de Carl Orff es otra propuesta en el cual se fomenta la comunicación no verbal por medio de canciones, movimientos, relaciones espaciales, motricidad gruesa, lateralidad y ritmos, con la finalidad de manifestar emociones. La psicomotricidad tiene el fin de normalizar comportamientos y facilitar el aprendizaje; es necesario que la persona con autismo viva una relación con su cuerpo, con los objetos y con el espacio de forma gradual.

d) Obsesividad y nerviosismo: En la cual puede existir una intervención médica para disminuir la ansiedad y depresión que facilitan una comunicación positiva; se utilizan medicamentos como Meleril (que reduce la ansiedad y depresión), Largactil (disminuye agresividad), Fenotiacinas (reducción de la actividad motora), Butirofenonas (efectos positivos para personas con autismo) y Tioxantenos (condiciones nerviosas, mentales y emocionales).

e) Familia: Sin descuidar a los padres y hermanos que es importante atender para que sea positivo el apoyo a la persona con autismo.

Paluszny (1987) se enfoca en la clasificación de las funcionalidades de las personas con autismo y retoma las ideas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde menciona que “el sistema incluye cuatro ejes: El primero: especifica el síndrome clínico, el segundo: el nivel intelectual, el tercero: factores etiológicos biológicos y el cuarto: factores etiológicos psicosociales” Paluszny (1987, p. 42).

2.2 Tratamiento/ Terapias

Existen tres tipos de tratamientos médicos según (Paluszny, 1987 y Powers, 1999):

1. Terapias relacionadas con aspectos intrapsíquicos: Betteiheim (1967- 1974) dice que debe de existir un cambio en el ambiente y en el tratamiento individualizado proporcionando apoyo y seguridad; se utiliza la terapia del juego que está relacionada a la renuncia de su aislamiento y se vuelve un juego constructivo y social.
2. Terapias en relación médica con aspectos bioquímicos: En la alimentación de las personas con autismo debe verificarse que contengan vitaminas de complejo B (B1, B3, B6, B12 y piridoxina para reducir el deterioro conductual), de igual manera la biotina (se usa para el embarazo), ácido fólico y ácido ascórbico (vitamina 6), aminoácidos y ácidos grasos esenciales, Levodopa (L-dopa)(síntomas parecidos al Parkinson), hormonas (tiroidea) y Triyodotironina (T3) pueden mejorar la conducta y el desempeño, sin embargo, existe la posibilidad de que respondan positiva o negativamente.
3. Terapias relacionadas con la modificación de conducta con fármacos: Se recomienda tomar Dexedrina y Ritalín estos fármacos controlan la hiperactividad, para la conducta agresiva está el Thorazine, Meilaryl, Stelazine y Prolixin, en cuanto a las perturbaciones del sueño se utiliza el Benadril, los tranquilizantes menores son Valium y Librax pero pueden incrementar la agitación.

La atención puede incluir elementos educativos y fármacos para reducir los problemas conductuales. También existen programas de intervención que según Lovaas, 1974 (citado en Rutter y Schopler, 1984) y Paluszny (1987) son los siguientes:

1. Terapia para el desarrollo del centro Rutland: Consiste en actividades para el funcionamiento de las siguientes áreas: conductual, comunicación, socialización y preacadémicas; las etapas que a continuación se mencionan se emplean para la utilización de diferentes técnicas:

Etapa I. Responder al ambiente: Existe un contacto físico con el ambiente y se estimula con lenguaje corporal.

Etapa II. Responder al ambiente con éxito: La persona debe aprender habilidades individuales, se incluye el ordenamiento y lo preacadémico.

Etapa III. Aprendizaje de habilidades para participar en el grupo: Se aplican reglas, conductas y expresiones de lenguaje verbal y no verbal.

Etapa IV. Inversión en procesos de grupo: Las personas son más activas, juegos, roles, reglas, salidas a la comunidad.

Etapa V. Aplicación de habilidades a situaciones nuevas, resolver problemas, socialización y relaciones con las personas.

2. Programa de Intervención Regional (RIP): Realizado por Nashville, Tennessee, Wiegerink y Parrish (1976) en el cual se entrena a los padres para trabajar con los hijos sobre la modificación de conducta, se utiliza la interacción social positiva entre padres e hijo o hija, se trabaja con las rutinas y horarios, se desarrollan las habilidades sensoriomotoras y conductas del lenguaje y conductas de juego social.

De la misma manera deben evaluarse las habilidades de los padres en la instrucción clara, congruente y breve, la moldeación de conducta gradualmente, la presentación de reforzadores después de la conducta adecuada.

3. Programa para adultos con autismo: Para empezar, debe hacerse una evaluación inicial y multidisciplinaria para identificar sus habilidades de autocuidado, sociales y prevocacionales; a partir de la información recabada se elabora un programa teniendo en cuenta las fortalezas y necesidades individuales, se destacan las habilidades cotidianas de autocuidado y sociales como el cuidado personal y la higiene.

4. Terapia de aprendizaje: Es un programa de refuerzo se sugiere que se trabaje en las conductas autodestructivas por medio de la autoestimulación y enseñando la conducta adecuada para desarrollarla.

El fin de cada intervención es que se utilicen programas diseñados para cada individuo y que gradualmente pueda integrarse a la comunidad donde se logre una autodeterminación.

La participación de los padres y de la comunidad, la identificación temprana del autismo, la intervención oportuna y la enseñanza programada contribuirán a disponer un mejor futuro para la persona con autismo.

2.3 Modificación de Conducta

De acuerdo con Garanto (1990), Paluszny (1987) y Powers (1999) las intervenciones en la conducta fueron introducidas para abordar comportamientos autolesivos de los individuos con autismo como son: golpes en la cabeza, morderse, pegarse, jalarse el cabello o arañarse; a través de esta idea surgieron replanteamientos del por qué se tenía que modificar la conducta si es su forma de expresar lo que necesitan más bien lo que se tiene que modificar es la forma de manifestar su necesidad y así desvanecer la autolesión.

La modificación de conducta es el enfoque terapéutico principal, basado en la teoría del aprendizaje del conductismo, su objetivo es enseñarle cómo llevar a cabo las funciones del habla o del juego. Los principales autores del conductismo son Watson, Skinner y Pavlov, con su teoría de estímulo respuesta; los pasos que se deben seguir para modificar la conducta son los siguientes:

1. Definir la conducta a modificar, ya sea una conducta que desea eliminar o una conducta que debe incluirse.
2. Identificar estímulos que produzcan efecto para la conducta deseada.
3. Diseñar un plan de terapia.
4. Reforzar positivamente o negativamente y debe hacerse que la respuesta se dirija hacia la conducta deseada.

Precisamente para modificar la conducta se utilizan técnicas conductistas para impulsar conductas positivas y prosociales, esto es básicamente para que, si se realiza una

actividad y la conducta y su respuesta son adecuadas el terapeuta inmediatamente le dé un reforzador para que vuelva a repetir la conducta las veces que sean necesarias.

Es muy importante que cada vez que se vaya a ejecutar alguna actividad se le avise a la persona qué es lo que se realizará para que no se sienta con ansiedad y que disminuya las probabilidades de tener problemas conductuales, al seleccionar la conducta que se desea modificar es necesario enseñarle a la persona cual es la conducta apropiada.

Se dividen las técnicas en dos: para incrementar conductas y para disminuir conductas; a continuación, se mencionan algunas de las técnicas más usadas de modificación conductual:

2.3.1 Reforzador Positivo

Según Olivares y Méndez (2001), Paluszny (1987) y Powers (1999) es una de las técnicas que se utiliza para incrementar la conducta y es el enfoque positivo para tratar de eliminar una conducta negativa es empezar a reforzar a la persona por una conducta positiva, cuanto más frecuentemente se refuerce ésta, la conducta negativa será menos frecuente y se considera como un evento que se presenta inmediatamente después de una conducta y que provoca que aumente la frecuencia de dicha conducta.

Resulta oportuno recalcar que a partir de tener una conducta a modificar se le refuerza a la persona con autismo después de que ya realizó la actividad y el propio individuo identificará la conducta deseable así se le estimulará y seguirá realizando la misma actividad para ganarse la recompensa.

Los reforzamientos tangibles se remplazan por reforzadores no tangibles como un elogio para que la persona se sienta motivada, otros de los reforzadores dependiendo del individuo pueden ser la música, la luz o la comida; la estructura de modos positivos de conducta puede reducir conductas indeseables. Existen tres tipos de reforzadores que se mencionarán a continuación de acuerdo con Méndez y Romero (citados en Olivares y Méndez, 2001).

1. Reforzador primario: Se refiere a un estímulo innato que satisface una necesidad biológica o física, por ejemplo, la comida.
2. Reforzador secundario o condicionado: Es por medio de reforzadores verbales como elogios, alabanzas, felicitaciones, frases de ánimo o expresiones faciales.
3. Reforzadores generalizados: Es con una base social como la aprobación de las demás personas.

Los problemas conductuales pueden ser desaprendidos y remplazarse por habilidades apropiadas y se puede recompensar para fortalecer la conducta adecuada. En cada instrucción se debe utilizar un lenguaje específico, elemental y sencillo; de esta manera la persona puede comprender cuál es la conducta deseada y después de la actividad se le refuerza inmediatamente. Si la persona logra de manera independiente de 5 a 10 instrucciones sencillas es poco probable que presente una conducta negativa.

2.3.2 Extinción

De acuerdo con Powers (1999) esta técnica se utiliza para ignorar completamente a la persona cuando no está actuando de la manera adecuada, la estrategia consiste en evitar prestarle atención cada vez que realice el mal comportamiento, se emplea la extinción primordialmente en conductas que procuran llamar la atención se basa en que si no se le presta cuidado la persona se sentirá menos motivada a realizar la conducta.

Cuando se lleva a cabo la extinción, la persona intensifica la conducta o empeora antes de llegar a la mejora, sin embargo, la consistencia de seguir ignorando lleva a la reflexión de que la persona se dé cuenta de que sus esfuerzos son en vano por lo que buscará otros medios para llamar la atención o comunicarse. Hay dos efectos que puede causar la extinción de acuerdo con Olivares y Méndez (2001):

1. Después de la extinción se puede producir un aumento de la frecuencia de la conducta a esto se le conoce como: “estallido de extinción”.
2. Al realizar la extinción puede ocasionar reacciones emocionales o agresiones.

Se debe tomar en consideración las siguientes notas: uno: posteriormente de un tiempo aplicando la extinción y que el sujeto ya no presente la conducta puede que en un futuro vuelva a presentarla a este fenómeno se le conoce como “recuperación espontánea” y dos: la extinción no debe aplicarse si se trata de una conducta peligrosa para el individuo.

2.3.3 Tiempo Fuera

El tiempo fuera según Olivares y Méndez (2001) y Powers (1999) es una técnica en la cual si se desea modificar la conducta se tiene que alejar físicamente a la persona de la problemática, pero siempre y cuando la persona que aplica esta técnica esté observando, no deberá ser muy largo el tiempo entre 5 y 15 minutos aproximadamente dependiendo de la edad y se aplica si se rompe una norma o se ignora un aviso.

Se exhorta evitar reforzadores después del tiempo fuera si su mala conducta es con el objetivo de evadir actividades que no quiere realizar no se recomienda que se utilice esta técnica porque es así como pretende esquivar la labor, tampoco se recomienda que se utilice cuando la conducta de la persona sea agresiva o peligrosa; a la vez pueden observarse conductas de agresiones verbales o discusiones; existen tres tipos de tiempo fuera que se mencionan:

1. Tiempo fuera de aislamiento: en el cual se deja al sujeto en un lugar sin reforzadores y solo.
2. Tiempo fuera de exclusión: donde permanece en el mismo lugar sin reforzadores.
3. Tiempo fuera de no exclusión: el sujeto se encuentra en el lugar mientras observa a los demás que tienen acceso a reforzadores.

2.3.4 Sistema de Ganancias y Pérdidas

Esta técnica consiste en que la persona consigue un obsequio cuando realice la actividad pactada y pierde el obsequio cuando haga una actividad indeseada. El sistema de ganancia o pérdida puede ser por medio de fichas o puntos estos pueden canjearse por

recompensas tangibles es lo que se considera como “economía de fichas” que de acuerdo con Powers (1998) y Olivares y Méndez (2001) es un sistema que motiva a la persona a seguir con la conducta deseada; los autores antes mencionados explican la técnica de “coste de respuesta” que es la pérdida de los reforzadores positivos que tiene como objetivo eliminar una conducta no deseada.

2.3.5 Castigo

Según Powers (1999) el castigo es un proceso en el que la consecuencia de una conducta reduce la probabilidad de que esa conducta se repita en lo sucesivo, es decir, recibe una amonestación por la mala conducta privándolo y dándole una enseñanza de que debe ser una sobrecorrección de su conducta.

De acuerdo con Olivares y Méndez (2001) hay dos tipos de castigos: el positivo y el negativo que a continuación se mencionan:

1. Castigo positivo: Se presenta un estímulo aversivo después de la conducta que así mismo disminuirá la respuesta, al principio pueden existir daños físicos hacia la misma persona o hacia la persona que aplica el castigo.
2. Castigo negativo: Es la retirada de un estímulo reforzante y que disminuye a su vez la frecuencia de la conducta no deseada.

2.3.6 Saciedad

Por su parte Olivares y Méndez (2001) mencionan que la saciedad es la condición donde el sujeto experimenta todo un reforzador hasta que ya no le resulte reforzante utilizarlo, existen dos tipos de saciedad: a) el reforzador primario que son tangibles como la comida o agua y b) los reforzadores secundarios que no son tangibles como los elogios y la atención.

2.3.7 Modelamiento

En lo que concierne a la técnica del modelado según Sigman (2000) es el hacer que las personas con autismo observen conductas apropiadas y así ellos puedan realizar la actividad como lo hace la persona.

De acuerdo con Walker y Shea (1999) y Sigman (2000) debe de existir un proceso de observación e imitación, a través del tiempo el modelamiento ha tomado diferentes nombres como aprendizaje por observación, imitación, aprendizaje vicario, facilitación social y contagio o “role playing”.

El primer paso es mostrarle la conducta deseada para que la persona pueda imitar la conducta de la misma forma en la que se realizó. Existen dos tipos de efectos del modelamiento:

- a. Aprendizaje observacional o
- b. Producir una conducta latente.

2.3.8 Aproximaciones Sucesivas

Dentro de esta técnica según Olivares y Méndez (2001) existe el moldeamiento, desvanecimiento y el encadenamiento que a continuación se describen:

Su objetivo principal en el “moldeamiento” es adquirir respuestas o conductas que se encuentran ausentes y lograr el desarrollo de estas por medio de las aproximaciones sucesivas, se demanda seguir el siguiente orden: elegir una conducta para ser reforzada, obtener la línea base, poner en práctica instigadores que serán los reforzadores que promuevan una respuesta entre los cuales pueden ser: verbales, gestuales, ambientales y físicos y determinar el tiempo.

Al igual que Olivares y Méndez (2001) y Walker y Shea (1999) mencionan que es un reforzamiento sistemático de aproximaciones sucesivas para llegar a la conducta determinada este se utiliza para establecer conductas que no han sido exhibidas en el sujeto.

Por otra parte, también se encuentra el “desvanecimiento” que es una técnica que debe contar con apoyo de reforzadores positivos y existen dos tipos de desvanecimiento:

1. Fase aditiva: en la cual se emplean cada vez ayudas mayores, se proporcionan desde la primera ayuda hasta que se termina y se aprende la actividad o conducta.
2. Fase sustractiva: en esta se va retirando gradualmente la ayuda conforme se valla aprendiendo cada uno de los pasos que conforman la actividad.

Por último, se encuentra el “encadenamiento” que son las conductas complejas que se descomponen en otras más sencillas; Olivares y Méndez (2001, p. 158) entienden por encadenamiento la “unión de segmentos elementales para lograr una pauta conductual más amplia”. Por ejemplo: la conducta de lavarse los dientes, el encadenamiento más sencillo sería: tomar el cepillo, untarle pasta, meterlo a la boca, cepillar muelas, dientes, lengua, abrir la llave, enjuagarse y limpiarse; entonces se tiene que trabajar paso por paso hasta que termine la actividad. En si son los pasos que se deben de seguir para poder completar una actividad.

2.3.9 Análisis Conductual Aplicado

De acuerdo con Powers (1999) el análisis conductual aplicado es el mejor recurso para modificar la conducta de las personas con autismo es llamado a veces como modificación de conducta o terapia de la conducta, ésta se combina con una instrucción coherente y se refuerza la conducta deseada, al igual que permite reducir los problemas severos de conducta gradualmente; el modelo del programa de enseñanza conductual es el siguiente:

- a) Descripción clara de la meta que se persigue o conducta que se desea modificar.
- b) Especificar recompensas que se utilizarán para reforzar la conducta que se está enseñando.

2.3.1.0 Apoyo Conductual Positivo

De acuerdo con Canal y Martín (1990) el Apoyo Conductual Positivo (ACP) es un proceso de actuación en el cual una persona transmite la demanda de la conducta de una necesidad o problemática y progresa de acuerdo al apoyo, asesorando y evaluando la actuación de los apoyos; el Apoyo Conductual Positivo necesita de recursos y estrategias para llegar a una meta posibilitando el acceso a la información, recursos y al contexto incrementando su independencia, integración y satisfacción.

Los apoyos deberán estar destinados para mejorar la calidad de su vida reflejándose en una mayor autorregulación. Mencionan Canal y Martín (1990, p.59) que el “Apoyo Conductual Positivo centra la atención en crear y apoyar contextos que incrementen la calidad de vida (desarrollo personal, salud, social, familiar, trabajo, ocio y tiempo libre, etc.)”. Una de sus características es que respeta sus preferencias, mejora el estilo de vida y se aplica en contextos de la vida diaria.

El Apoyo Conductual Positivo surge del análisis conductual aplicado, sin embargo, este modifica el contexto adaptando el ambiente y la enseñanza de la conducta socialmente apropiada. Para poder aplicar el Apoyo Conductual Positivo se necesita el diagnóstico observando las conductas funcionales de la persona (puntos fuertes y sus habilidades) y sus limitaciones, el desempeño como la independencia, autonomía, la relación entre las personas, participación e integración, la autodeterminación y los apoyos ambientales que requerirá.

Capítulo III.

3. Trastorno del Espectro Autista y Comunicación

3.1 ¿Qué es la Comunicación?

“Desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B” García (s.f. p.2). Otros autores como Delfleur, Kearney y Plax (2005) concuerdan con estas ideas y definen:

La comunicación es como un proceso en el cual el emisor inicia un mensaje utilizando símbolos verbales y no verbales y señales contextuales para expresar significados mediante la transmisión de información, para que el receptor construya el entendimiento.

Entonces se considera la comunicación como el intercambio de mensajes entre los individuos. En la comunicación se emplean los siguientes elementos: código, emisor, receptor y mensaje, pero el elemento esencial es la retroalimentación o el Feed- Back que se da en toda interacción la cual consiste en que el emisor reciba el mensaje y realimenta la comunicación con el receptor, la retroalimentación es todo tipo de señales, expresiones que manifiestan el o los individuos en una comunicación.

Los objetivos de una comunicación son: la autorregulación de los sujetos, expresión de los sentimientos, compartir información, favorecer la comprensión y un mecanismo de interacción. De acuerdo con Escribano (s.f.) se debe considerar los intereses de la persona, el entorno y sus fortalezas para que exista una buena comunicación. A parte la comunicación es una necesidad y un deseo innato del ser humano para poder autoexpresarse y relacionarse, ya que según Melendo (1985) existe una estrecha relación interpersonal y que exige un aprendizaje de atención constante.

El desarrollo de la comunicación se presenta de dos maneras: “lenguaje receptivo” que es la habilidad para comprender palabras y gestos que se ha comunicado a la persona y

el “lenguaje expresivo” que es la habilidad para utilizar gestos, palabras y símbolos gráficos con el objetivo de comunicarse.

De acuerdo con Azcoaga (citado en Arrebillaga, 2009) las etapas de una comunicación son las siguientes:

1. Etapa prelingüística: Se refiere a la preparación de conductas o habilidades para adquirir significados entre dos personas, ejemplo la mirada o el llanto que son pautas para iniciar con el lenguaje y después con la comunicación e intercambio de mensajes.
2. Etapa lingüística: La persona integra las ideas y significados en forma de palabras, no se utiliza la comunicación verbal sino por medio de símbolos, de la estructura de imágenes.

Por consiguiente, la comunicación es un proceso de desarrollo que inicia con patrones de interacción social (etapa prelingüística) y el lenguaje verbal es un producto de este proceso (etapa lingüística). De acuerdo con Melendo (1985) la filosofía, la psicología y la sociología expresan que el ser humano vive en comunicación constante y que socializar es la parte fundamental para desarrollarnos como seres humanos.

3.1.1 Etapas de la Comunicación

La comunicación lleva un proceso de acuerdo con Delfleur et al (2005) el cual adopta el nombre de etapas y estas son cinco que a continuación se mencionan:

- I. Elección del mensaje: Es cuando el emisor elige un mensaje que va a enviar al receptor para alcanzar una meta deseada.
- II. Codificación de los significados deseados: el emisor busca símbolos específicos a su memoria, como son palabras, gestos, ideas o imágenes.

Es aquí donde entran los tipos de comunicación: verbal y no verbal; el primero se refiere a la comunicación hablada, mientras la segunda incluye gestos, posturas, objetos y otros símbolos asociados al mismo.

- III. Transmisión del mensaje como información: el mensaje es transformado en físico como la voz, distancia y objeto.
- IV. Percepción de la información como mensaje: el receptor recibe la información e identifica los símbolos que le han codificado.
- V. Decodificación e interpretación del mensaje: el receptor busca los símbolos con los significados que tiene almacenados en su memoria y así puede interpretar el mensaje dado.

3.1.2 Habilidades Comunicativas

De acuerdo con el texto de Desarrollo de las habilidades comunicativas en lengua materna para el nivel preprimario y primario (s/f) las habilidades comunicativas son la forma que el ser humano utiliza para comunicarse de diferentes maneras, estas son primordiales para todo ser humano; algunas de las habilidades de comunicación se mencionan a continuación:

- Escuchar: Que es una habilidad receptiva (la cual recibe), se basa en comprender el mensaje y reaccionar ante lo que dicen las personas con las que se relaciona de acuerdo a lo que se comprende. La habilidad de escuchar la conforman otras habilidades como mostrar interés, atender al hablante para que éste se sienta comprendido y refuerce su comunicación.

La habilidad de escuchar centraliza dos puntos: el primero: que es una conducta no observable la cual es dirigir la atención a otro individuo y el otro punto es observable como el expresar el interés para escuchar y comunicarse lo cual lo compone el contacto ocular, cara expresiva, asentir, estar relajada y postura adecuada.

De acuerdo con el documento de Formación en habilidades comunicativas (s.f) y el anterior documento concuerdan que el escuchar tiene las habilidades de: mirar a los ojos, permanecer calmado y no interrumpir, al igual que hablar por turnos (alternancia) y la distancia.

- Hablar es otra de las habilidades, esta es una habilidad productiva, al igual que es una expresión oral de lo que se siente, piensa o se quiere, se envían mensajes de manera oral para que los demás comprendan.

De acuerdo con el documento de Comunicación, conducta social e intereses (s.f) menciona que las habilidades de comunicación para las personas con trastorno del espectro autista son significativas y las cuales se debe tomar en consideración son:

- El contacto ocular: ya que evitan la mirada y este se debe de desarrollar para una adecuada interacción.
- Atención conjunta: Que es la capacidad de compartir con otra persona el foco de atención visual.
- Expresiones emocionales: En la cual debe existir un desarrollo de la comprensión y expresión de las emociones básicas.
- Imitación y juego simbólico: la imitación es un medio para que el niño entienda el suceso social, ya sea complejo o básico para poder comprobar su comprensión de la imitación. El juego también es un grado de participación social lúdico en conjunto.
- Hay otras habilidades como la flexibilidad, la asertividad (la cual reúne las conductas y/o pensamientos que permite defender el punto de vista sin agredir ni ser agredido) y la habilidad para responder.

Las habilidades de comunicación también van de la mano con la interacción social, la cual tiene repertorios que se adquieren a través del aprendizaje, lo componen lo emocional y lo afectivo, depende de la situación y del intercambio social entre las personas.

Batista y Romero (2007) mencionan que para un buen desarrollo de las habilidades comunicativas deben ser integrales, funcionales, útiles y prácticas, no artificiales o memorísticas; es por eso que en la intervención se utilizarán varias imágenes para que no solo sea memorístico al igual que las fases, ya que las imágenes son representaciones mentales donde debe de corresponder imagen con motivador social o básico.

Baker (2003) cita a Arredondo (2002) quien menciona que existe una habilidad de comunicación para responder a la cual le llama responsabilidad, con la cual los individuos proporcionan sus ideas, pensamientos y conductas, durante la comunicación.

De igual manera Baker (2003) cita a Sambrano (2001, 37) y señala que “Las personas antes de expresarse tienen formado en su mente el pensamiento el cual se originó a través de los sentidos...luego los trasmite a su interlocutor” se puede decir que también al utilizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes primero deben de tener un repertorio de imágenes en su mente la persona con autismo y al poder querer corresponder con la imagen y el motivador ya lo tienen en su mente la imagen y su relación con el objeto.

Las vías por las que pueden originarse los pensamientos son por medio de recordar las imágenes, sonidos, sensaciones y sabores y la otra vía es construir o imaginar y se mezclan las expresiones sensoriales para recordarlas y construirlas.

Entonces las habilidades comunicativas son las siguientes: Escuchar, interés, atención conjunta, contacto ocular, expresión emocional, estar relajado, postura adecuada, no interrumpir, alternancia (hablar por turnos), distancia, imitación, juego simbólico, flexibilidad, asertividad y responder.

3.1.3 Importancia de la Comunicación en el Trastorno del Espectro Autista

Las personas con autismo de acuerdo con Powers (1999) pueden adquirir habilidades llamadas “indicadores del desarrollo” a diferentes ritmos y en secuencias diferentes, pero se debe tomar en cuenta sus fortalezas, su ritmo y sus debilidades para poder enseñarle símbolos de comunicación.

En el siguiente párrafo García (s.f.) provee información teórica sobre la característica más importante del Trastorno del Espectro Autista en relación a la falta de interacción y comunicación con el exterior, no obstante, se puede enseñar a la persona con autismo a comunicarse por medio de símbolos estableciendo interacción sobre sus necesidades y sentimientos.

El ecosistema de aislamiento autístico implica la existencia de notorias carencias en la esfera de las interrelaciones personales. La incapacidad para establecer vínculos con las personas, la carencia de conductas de apego y el fracaso relativo en el establecimiento de lazos afectivos, así como el déficit para percibir los sentimientos de los demás y dar respuestas adecuadas a los mismos (falta de empatía).

(García, s.f., 2).

A su vez García (s.f.) menciona que el contexto es el ingrediente más esencial de la comunicación intencional a un plan ya que se puede considerar que la necesidad está dentro del mismo contexto, por ejemplo: si vamos al cine se le da a escoger ¿qué película quieres ver?, ¿qué quieres comer? de acuerdo con el mensaje y símbolos requeridos para una respuesta y una comunicación efectiva de acuerdo a sus necesidades.

En muchas personas con autismo se prioriza el entrenamiento para las habilidades funcionales del vivir a diario que son necesarias para la supervivencia por encima del entrenamiento, sin embargo, es ineludible enseñarles a comunicarse para así poder expresar lo que sienten, quieren, piensan o necesitan en el momento.

Como menciona Arrebillaga (2009, p. 39) “el sonido no es un mero medio fonético material para la expresión de las ideas”, entonces no es la única manera de comunicarse el lenguaje verbal sino también por medio de expresión de gestos, símbolos, imágenes, señas o mímicas. De acuerdo con Saussure (citado en Arrebillaga, 2009) el lenguaje es considerado como el código más preciso de la comunicación, pero como se aludía anteriormente no es la única manera de comunicarse, sin embargo, de todas las maneras de comunicarse puede expresarse lo que se siente, piensa o quiere.

3.2 Programas de Comunicación

El programa de comunicación es necesario para modificar conductas y se establezca una comunicación con las personas acerca de sus necesidades. Durante el paso de los años se mantuvieron diversas estrategias de programas de comunicación una de ellas fue donde enseñaban a la persona con autismo a mirar al rostro u ojos de la otra persona y se le reforzaba con premios, posteriormente se le enseñó a decir palabras que la persona elegía si es que

poseía comunicación verbal, también otro programa fue la comunicación por medio de señas¹³ y por último, por medio de símbolos que describían sus necesidades.

A continuación, se presentan los programas de comunicación que se utilizan actualmente con mayor frecuencia para la enseñanza de habilidades de comunicación en personas con autismo.

3.2.1 TEACCH

De acuerdo con Álvarez (s.f.), Baron y Balto (1998) y Ruíz (s.f.) el Tratamiento y educación de Niños con Autismo y Discapacidades de comunicación, por sus siglas en inglés (TEACCH, Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children) fue desarrollado por Erick Schopler y Gary Mesibov en Carolina del Norte es un programa de coordinación que se realiza por medio de material hecho por el entrenador y se utiliza para que la persona con autismo tenga una mejor comprensión, analice la situación, conserve la atención y tenga una mejor motricidad e incluye programas de intervención centradas en el lenguaje y comportamiento, y se diseñan con el fin de que se utilicen individualmente.

Pueden realizarse actividades como calendarios y listas de tareas, su objetivo es lograr la independencia de la persona con autismo y una comunicación comprensible, incrementando la contextualización de la situación, lo que se pretende trabajar primero es con una estructura visual, con rutinas, material, sistema de trabajo y horarios. Se debe presentar horarios o agendas individuales con el fin de que se organicen y explicarles dónde van a estar y con qué fin; a continuación, se presentan ejemplos de agendas en la figura número 1.

¹³ Se cambió la forma de comunicarse por medio de señas a la identificación de símbolos por los movimientos estereotipados que tenían en manos y dedos ya que no podían realizar las señas pertinentes.

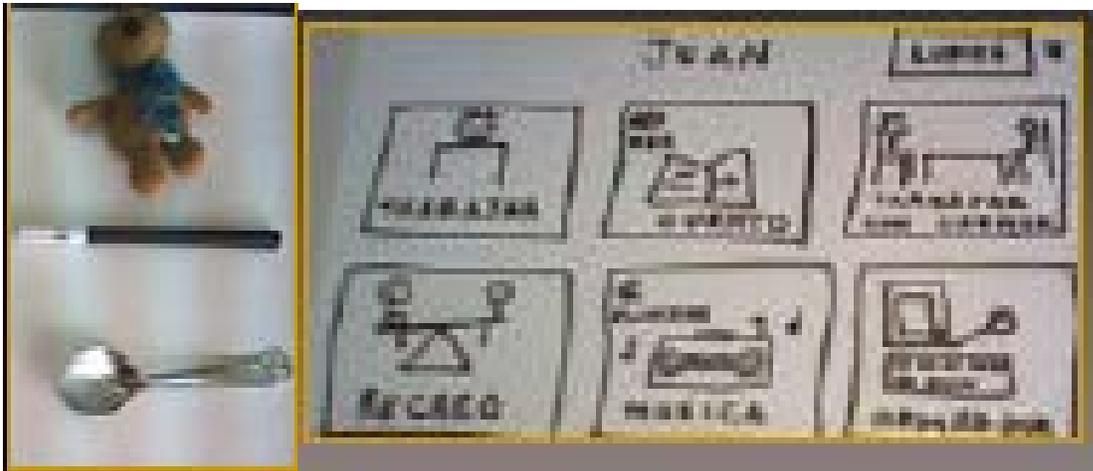


Figura 1. Ejemplo de agendas utilizadas en TEACCH.

También es necesario el Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Discapacidades de comunicación, por sus siglas en inglés (TEACCH Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children) para estructurar y tener orden en las actividades a realizar, como se muestra a continuación en los ejemplos de la figura 2. Los pasos a seguir al realizar cualquier actividad como: ir al baño o el orden que debe tener cada actividad como los instrumentos necesarios para la comida o limpieza.



Figura 2. Ejemplo de orden y pasos de algunas actividades en TEACCH.

El trabajo de cualquier actividad es de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, el objetivo es el aprendizaje de habilidades, como pueden ser: separar, guardar, clasificar, poner en y correspondencia uno a uno; con el objetivo de que las personas puedan saber cómo se realiza la actividad y qué hacer, cada actividad depende de la habilidad que tenga la persona con Trastorno del Espectro Autista.

Cabe resaltar que cada instituto o cada persona que utiliza el TEACCH hace adecuaciones para el trabajo que necesita lograr y puede hacer diferentes materiales.

3.2.2 Emociones

De acuerdo con Miguel (2006) las emociones son aquellas experiencias que se manifiestan de inmediato y que son causadas por diferentes situaciones, pero las personas con autismo tienen la problemática de no identificar sus emociones. Una teoría que se promulga es la “ceguera mental” donde la persona con autismo no se da cuenta de lo que piensa o cree la otra persona, por ejemplo: si está llorando, está triste o alegre; esta teoría explica por qué las personas con autismo no se dan cuenta de sus emociones porque no pueden comprender los acontecimientos.

Para llevar el programa de comunicación en cuanto a emociones se utiliza la igualación de figuras. Por ejemplo: si se pone la imagen de una carita triste y el o la terapeuta hace una cara triste, la persona con autismo debe de dar una imagen de la carita triste y tratar de hacerla, cuando logre realizar las caras de los estados de ánimo podrá después aplicarlas en el contexto. O se puede realizar como se muestra a continuación en la figura número 3 señalándolo:



Figura 3. Emociones.

3.2.3 Si-No

Con el programa SI-NO también se realizan acciones de igualación semejante a las emociones, pero siempre y cuando no sepa hablar la persona con autismo, se pone dos

imágenes una de SI y otra de NO y si se le pregunta, por ejemplo: ¿Quieres chocolate? La persona tendrá que tomar la imagen de SI o NO dependiendo sea el caso, como se muestra en la figura número 4.



Figura 4. SI-NO.

3.2.4 PECS

Según el resumen del Manual de entrenamiento del Sistema de Comunicación por intercambio de imágenes (1994) (citado en Ruiz, s/f) y de acuerdo con Frost y Bondy (2002) el Sistema de Comunicación por intercambio de imágenes PECS (por sus siglas en inglés: Picture Exchange Communication System) fue realizado en el año de 1985 es el sistema actual de enseñanza y pertenece al entrenamiento del Sistema Alternativo y Aumentativo de Comunicación (SAAC) y se puede utilizar a partir de los 18 meses de edad hasta la adultez.

Este sistema fue desarrollado para trabajar con personas con Trastorno del Espectro Autista que no exhiben un lenguaje comunicativo, presentan lenguaje solo de manera autoestimulada o son ecolalicos. El promotor es el Delaware Autistic Program (Programa de Autismo Delaware).

Este es un entrenamiento para la habilidad de la asociación directa del lenguaje, es decir, se le puede conducir a lo que necesita o siente en el momento y la persona lo asocia con la imagen. Los objetivos primordiales son favorecer la información, la comprensión y potenciar la memoria visual para poder interactuar sus necesidades.

Primero se trabajaba lengua de señas y como se observaba que no existía imitación intentaron señalar figuras para que entregue la figura deseada, fundamentalmente éste es el intercambio comunicativo. Uno de los programas que contiene es el de igualación, en el que

se señala figuras o símbolos similares al que se pide o se necesita en el momento para que la persona identifique el que es igual.

El tamaño de las imágenes varía dependiendo la discriminación que lleguen a tener las personas con autismo desde 1 a 3 pulgadas, primero se inicia con imágenes en blanco y negro, después se utilizan a color, fotografías o logos de los empaques de comida. Se muestra en la figura 5 ejemplos de las imágenes:

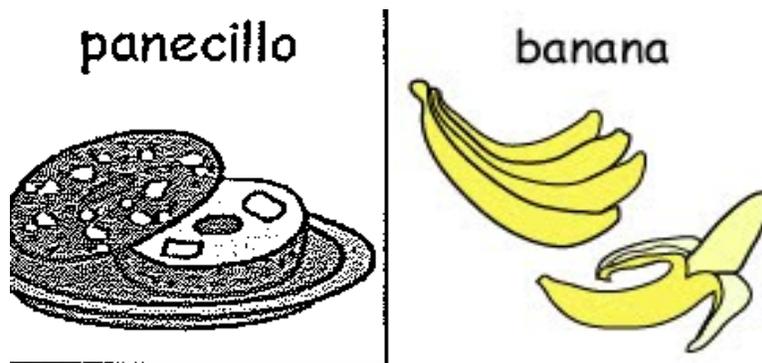


Figura 5. Imágenes que se utilizan en el Sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

Al igual que se utiliza una carpeta o libro de comunicación la cual está sujeta por argollas y tiene velcro en formas rectangulares los cuales son necesarios para colocar la imagen y se pueda retirar.

En esta misma carpeta se utiliza un portafrase que es necesario para algunas de las fases y para formar oraciones como es en el caso de la fase 4 “estructuración de la frase”. En la figura número 6 se muestra un ejemplo de un portafrase.

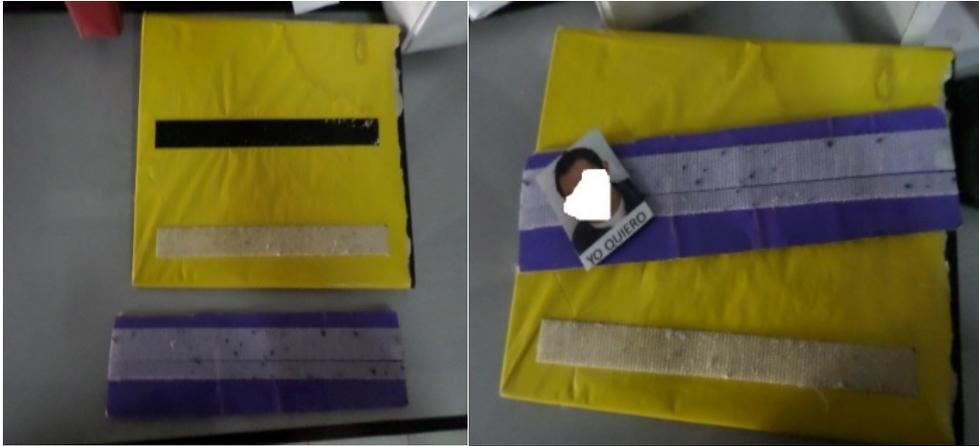


Figura 6. Portafrase.

El sistema de comunicación por intercambio de imágenes incluye el encadenamiento hacia atrás, moldeamiento, la ayuda anticipada, demorada o el desvanecimiento de ayudas físicas. A continuación, es preciso mencionar las fases en que se realiza el proceso del sistema de comunicación por intercambio de imágenes:

3.2.4.1 Fase 1. “Cómo” Comunicarse.

El objetivo de esta fase es enseñarle a la persona a comunicarse por medio de intercambio de imágenes se utiliza el intercambio físico donde la persona con autismo toma la imagen que desea y se la entrega al entrenador dando como refuerzo lo que se observa que la persona con autismo desea, después se alejará el objeto, comida o actividad con el fin de que primero tome la imagen, luego se la entregue al entrenador y termine con el reforzador, es decir, con la entrega del objeto solicitado.

Protocolo de entrenamiento: En esta fase después del apoyo físico debe existir ayuda verbal y no se utilizan palabras negativas como: “no”; se hará el ejercicio de intercambio físico por lo menos 30 veces al día, se guiará físicamente a la persona con autismo para que le entregue la imagen y el o la terapeuta responderá lo que se está deseando, por ejemplo: “quiero naranja”. A través del tiempo se tiene que desvanecer la ayuda física e inicia con el apoyo verbal, las imágenes en esta fase se pondrán en la mesa. Los pasos que se llevan a cabo en esta fase son los siguientes:

- Tomar la imagen de la mesa
- Dar imagen al terapeuta
- Dar reforzador

Se muestra a continuación en la figura número 7 un claro ejemplo de la fase 1 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.



Figura 7. Fase 1 “Cómo comunicarse”.

3.2.4.2 Fase 2. Distancia y Persistencia

Aumento de espontaneidad: Se tiene que realizar un tablero con velcro e imágenes que son significativas para la persona con autismo o carpetas con argollas y velcro con imágenes, la persona se dirige a su carpeta, despegla la figura y se la da al adulto (como la fase anterior) primero se inicia con el apoyo físico hasta que se desvanece totalmente este apoyo y logre un 80% solo sin ayuda y de manera espontánea.

Se hacen alrededor de 30 intercambios espontáneos al día, a la persona con autismo se le permitirá familiarizarse con la figura durante 15 minutos aproximadamente, siempre se le debe reforzar a la persona verbalmente durante y después de entregar la imagen para que vea y sienta que sí está en lo correcto.

Los pasos que se llevan a cabo en esta fase son:

- Tomar imagen
- Distancia de la imagen
- Distancia respecto al terapeuta

- Intercambio

A continuación, se muestran dos ejemplos de la fase 2 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, el primer ejemplo de la figura número 8 se lleva a cabo a distancia sobre la mesa y en la figura número 9 es de mayor distancia.

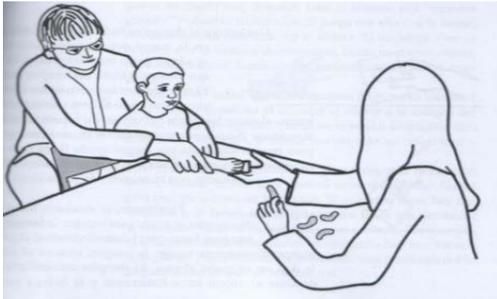


Figura 8. Fase 2 “Distancia y persistencia sobre la mesa”.



Figura 9. Fase 2 “A distancia mayor”.

3.2.4.3 Fase 3. Discriminación de Imágenes

Se le pondrá en el tablero o carpeta de 2 a 6 imágenes con el fin de que la persona con autismo discrimine lo que desea, a diferencia de las otras fases se harán 20 intentos de intercambio durante un día, primero se inicia con 2 imágenes (una que sea relevante y otra que no desee) para que empiece a discriminar. Se brinda apoyo físico si se requiere y si la persona dio la imagen apropiada se le refuerza con el motivador, si no es así se le da el apoyo verbal, por ejemplo: “quiero papas” se le señala y se apoya físicamente.

A continuación, se presenta la manera en la que se debe de trabajar la discriminación:

- a) Imagen de alta preferencia y tarjeta en blanco.
- b) Imagen de alta preferencia e imagen sin sentido.

- c) Imagen de alta preferencia e imagen de baja preferencia.
- d) Imagen de alta preferencia y 2 a 4 imágenes de baja preferencia.
- e) Imágenes múltiples de baja preferencia con una de alta preferencia.
- f) Imagen de alta preferencia, selecciona el altamente deseado sin importar donde fue colocado de entre 5 a 10 estímulos.

Los pasos que se llevan a cabo en esta fase son los siguientes:

- Abrir carpeta
- Discriminar imagen
- Tomar imagen
- Intercambiar imagen

Se muestra en la figura número 10 un ejemplo de la fase 3 Discriminación de imágenes dentro de la carpeta.



Figura 10. Ejemplo de la fase 3 “Discriminación de imágenes”.

3.2.4.4 Fase 4. Estructura de la Oración

Hay que ubicar siempre las imágenes en diferentes partes del tablero o carpeta con el fin de que la persona no solo memorice el lugar, sino que ubique la imagen que desea. De igual manera que las otras fases, no se recomienda que si la persona con autismo da la imagen incorrecta se le diga “no” lo mejor es que se le refuerce “tú quieres _____” y se le da apoyo

físico nuevamente se deja la imagen en la carpeta o tablero con el fin de que el alumno intente dar la imagen reforzándole verbalmente. Se recomienda que se vaya reduciendo el tamaño de la imagen.

En la estructura de la frase es porque se coloca una oración, por ejemplo: una imagen tendrá que decir “yo quiero” y la otra imagen lo que se desea, escogiendo dentro de la carpeta la imagen que desea discriminar de entre varias. La frase hecha debe estar en un solo velcro para ser entregado al entrenador (portafrase). Al principio se le dará apoyo físico y se desvanecerá el apoyo hasta el punto de que la persona realice la actividad por lo menos un 80% sin ayuda.

Los pasos que se llevan a cabo en esta fase son los siguientes:

- Tomar imagen
- Discriminar la imagen que corresponde
- Intercambio con él o la terapeuta
- Correspondencia

A continuación, se presenta en la figura número 11 el ejemplo de la fase número 4 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes “Estructura de la frase”.



Figura 11. Fase 4 “Estructura de la frase”.

3.2.4.5 Fase 5. Responder a “¿Qué quieres?”

La persona con autismo tendrá varias imágenes y escogerá dependiendo a su necesidad solo una si es correctamente la que desea y si escoge bien se le reforzará verbalmente, se harán por lo menos 20 intentos, se pondrá en el velcro la imagen de “Yo

quiero” y la persona pondrá también una imagen que desee, se le pregunta ¿qué quieres? Y la persona le dará el velcro con la imagen al entrenador. El objetivo que se pretende en esta fase es que no exista señalamiento de las figuras por parte del terapeuta, pero si por parte de la persona con autismo, para que sea de manera espontánea el pedir las cosas.

Los pasos que se requieren en esta fase son los siguientes:

- “yo quiero”
- Tomar la imagen
- Discriminar la imagen que corresponde
- Intercambio con el terapeuta
- Señalar
- Correspondencia

En la figura número 12 se muestra un ejemplo de la fase 5 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.



Figura 12. Fase 5 “Responder a ¿Qué quieres?”.

3.2.4.6 Fase 6. Comentar

En el tablero o carpeta pondrán las imágenes con las siguientes palabras "Yo quiero", "Yo veo" y "Yo tengo"; cuando se utilice la imagen “yo veo” tendrá que decir el entrenador “yo veo” y a la vez señalar la imagen, lo mismo se hace con las imágenes “ yo quiero” y “yo tengo”; por lo regular esta fase es difícil de comprender por parte de la persona con autismo es por eso que se tiene que tener paciencia y enseñar una por una las imágenes hasta que la persona logre comprender lo que significa cada imagen.

Los pasos que se toman en esta fase son los siguientes:

- “yo quiero”, “yo veo” y “yo tengo”
- Tomar imagen
- Discriminar la imagen que corresponde
- Intercambio con el terapeuta
- Señalar
- Correspondencia

A continuación, se muestran en la figura número 13 algunos ejemplos de las imágenes que se utilizan para esta fase VI del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

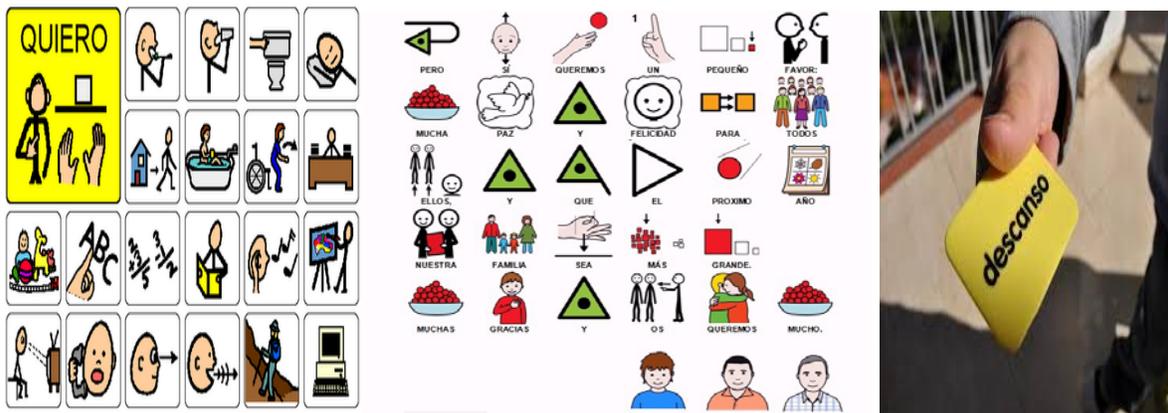


Figura 13. Fase 6 “Comentar”.

Después de mencionar las fases que se llevan a cabo en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes es necesario referirse a los resultados la mayoría de las personas con autismo logran el intercambio durante 7 ensayos, existe un avance significativo ya que después de un año o dos desarrollan un lenguaje oral solo algunas personas y las que utilizan de 30 a 100 ítems consiguen hablar al entregar la tarjeta.

Capítulo IV

4. Procedimiento

4.1 Objetivo General:

Favorecer las habilidades de comunicación de dos adultos con trastorno del espectro autista mediante el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

4.1.1 Objetivos Específicos:

1. Realizar una evaluación inicial para identificar las habilidades comunicativas de cada uno de los participantes, mediante el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.
2. Aplicar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes de manera individual con cada participante (utilizando imágenes diversas) para favorecer las habilidades comunicativas.
3. Realizar una evaluación final a cada participante para identificar sus avances en las habilidades de comunicación a través del uso del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

4.2 Participantes

La selección de los participantes fue de la siguiente manera: se tomaron en cuenta dos participantes los cuales se encontraban en el aula de Desarrollo de habilidades adaptativas II en la cual estuvo realizado prácticas profesionales, uno de ellos, José, se eligió porque era el que iba más avanzado en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes (fase 4: estructura de la frase) y a Aidé, se seleccionó porque tenía 5 meses sin avances significativos

en la primer fase del sistema de comunicación por intercambio de imágenes (“¿Cómo comunicarse?”).

Cabe mencionarse que los datos que se presentan a continuación son con base en la observación de la autora de esta tesis dentro de la institución, ya que la confidencialidad de la información de los participantes la maneja la institución y no se proporcionó.

➤ NOMBRE¹⁴: Aidé.

EDAD: 22 años.

DIAGNÓSTICO: Trastorno del Espectro Autista identificado por la institución, más discapacidad intelectual.

COMUNICACIÓN: No presenta lenguaje verbal.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Aidé es delgada, cabello ondulado y mediano, tés morena clara, estatura de 1.50 centímetros, se trabaja con ella control de esfínteres, hay días que no tiene disposición para realizar las actividades y cuando tiene disposición trabaja excelente. Se levanta de su lugar e intenta salir por la puerta cuando la ponen a realizar alguna actividad que no le llama la atención o requiere mayor esfuerzo, le gusta tomar objetos y mantenerlos durante cierto tiempo.

Da vueltas sobre su cuerpo (girando), rechina los dientes cada vez que está ansiosa y se le inflama el estómago, tiene poca señal de apego y expresión emocional, evita el contacto visual y cuando se enoja se pega en las piernas. Asiste a la institución tres veces por semana ya que recibe una beca de 9 de la mañana a 3 de la tarde.

➤ NOMBRE: José.

EDAD: 28 años.

DIAGNÓSTICO: Trastorno del Espectro Autista identificado por la institución, debilidad visual, más síndrome de Down.

¹⁴ NOTA: De acuerdo con el artículo 122 del Código Ético del Psicólogo, según la Sociedad Mexicana de psicología (2002) debe de guardarse la confidencialidad de las personas, por este motivo se denomina a los participantes como Aidé y José como seudónimos para mantener la confidencialidad.

COMUNICACIÓN: No presenta lenguaje verbal, aplaude cuando quiere decir que sí.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: José mide 1.45 centímetros aproximadamente, tiene cabello lacio y corto, es moreno y tiene problemas de motricidad tanto para caminar como para tomar los objetos; tiene disposición y habilidad en realizar las actividades, es inflexible en las actividades ya que quiere trabajar con las mismas rutinas del día, cuando esto no es posible se enoja y avienta a las personas y las cosas.

Da poca señal de apego, evita el contacto visual, tiene estereotipia (movimientos repetitivos) en los dedos y manos. Asiste a la institución los cinco días de la semana de 9 de la mañana a 6 de la tarde.

4.3 Escenario

La intervención se llevó a cabo en un instituto especializado en atender el autismo, ubicado en el Distrito Federal. De acuerdo con Instituto de Autismo (s.f) los grupos que se encuentran en esta institución son los siguientes: Atención temprana, Transición a la inclusión, Inclusión educativa, Desarrollo de habilidades adaptativas 1, 2 y 3, Servicio de Inclusión y Gestión Laboral (SIGLA) y Vida independiente. Se atienden a las personas a partir de dos años en adelante. La institución tiene programas de atención a padres y círculos de padres o madres de familia y hermanos.

Los dos participantes de esta intervención se encuentran en el grupo de Desarrollo de Habilidades Adaptativas II, que atiende a personas de 19 a 45 años de edad, su objetivo es la competencia laboral e integración a la comunidad. Se trabaja con diferentes áreas y programas. En la tabla número 2 puede observarse las diferentes áreas que se trabajan en el grupo y los programas derivados del mismo.

Tabla 2. Áreas y programas.

AREA	PROGRAMAS
Académica	Calendario
Autocuidado	Lavado de manos, lavado de dientes, uso de crema, peinado y rasurado o uso de toalla sanitaria.
Entrenamiento a la vida independiente.	Colgado de ropa, tendido de cama y preparado de lunch.
Supervivencia	Desplazamiento, cruce de calle, uso de transporte público, compras en súper mercados o tiendas y uso de lugares públicos.
Laboral	Uso de medidas de higiene como cubre bocas, cofia, bata, guantes; checado de tarjeta, empaquetado de paletas, de gomitas y de cereal, etiquetado, elaboración de paletas de gomitas, separación de sal y elaboración de trufas.
Ocio y recreación	Yoga, juego de pelota, juegos de mesa, salidas motivacionales y natación.
Motora gruesa	Ejercicios físicos y juegos de interacción social.
Vida diaria	Lavado de trastes, doblado de ropa (pantalón y playera), barrer, trapear y limpiar mesas.
Comunicación	Emociones, uso del si-no, TEACCH y PECS.

El contexto en el que se realizaron las tres sesiones de evaluación inicial fue en un cubículo dentro de la institución el cual solo tiene una mesa, dos sillas y no existen distractores ambientales.

La intervención que se realizó tanto con Aidé como con José se trabajó con la terapeuta, que a su vez es la autora de esta tesis, las capacitaciones que se recibieron por parte de la institución fueron sobre: ¿qué es el autismo?, causas del autismo, algunas características de las personas con autismo, historia del autismo, salones que se encuentran en la institución, cómo se atienden y qué fin tiene cada aula, áreas que se trabajan con personas con autismo y una de los más importantes es la comunicación y los programas que se derivan de este son como es el caso del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

Ya cuando entre a prácticas directamente con personas con autismo al aula de Desarrollo de Habilidades Adaptativas II se me capacitó por parte de los terapeutas en cuanto a las características de cada uno de los usuarios y como se trabajaba cada programa con cada uno de los usuarios, aparte de que te hacían participe de las actividades día a día. Las funciones que realizaba en prácticas profesionales era la intervención con los adultos en las áreas como la académica, autocuidado, entrenamiento a la vida independiente, supervivencia, laboral, ocio y recreación, motora gruesa, vida diaria y en la comunicación cada una con sus programas e iba los lunes, miércoles y viernes con un horario de 9 de la mañana a 2 de la tarde.

Se presenta a continuación la intervención que se realizó con Aidé y José. La información está organizada de acuerdo a tres fases, se menciona primero la fase de evaluación inicial, después la fase de intervención y por último la fase de evaluación final con cada uno de los participantes. Con Aidé se trabajó del 20 de febrero hasta el 27 de mayo del 2015, ver tabla número 3.

Tabla 3. Cronograma de trabajo con Aidé en el año de 2015.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON AIDÉ

FASE DE EVALUACIÓN INICIAL	FASE DE INTERVENCIÓN	FASE DE EVALUACIÓN FINAL
Sesión 1. 20 de febrero.	Sesión 1. 23 de marzo.	Sesión 1. 27 de mayo.
Sesión 2. 13 de marzo.	Sesión 2. 27 de marzo.	
Sesión 3. 20 de marzo.	Sesión 3. 13 de abril.	
	Sesión 4. 15 de abril.	
	Sesión 5. 17 de abril.	
	Sesión 6. 24 de abril.	
	Sesión 7. 28 de abril.	
	Sesión 8. 4 de mayo.	
	Sesión 9. 6 de mayo.	
	Sesión 10. 8 de mayo.	
	Sesión 11. 22 de mayo.	

Con José se trabajó del 13 de febrero al 13 de mayo, ver tabla número 4.

Tabla. 4. Cronograma de trabajo con José 2015.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON JOSÉ

FASE DE EVALUACIÓN INICIAL	FASE DE INTERVENCIÓN	FASE DE EVALUACIÓN FINAL
Sesión 1. 05 de febrero.	Sesión 1. 19 de febrero.	Sesión 1. 25 de mayo.
Sesión 2. 09 de febrero.	Sesión 2. 23 de febrero.	
Sesión 3. 16 de febrero.	Sesión 3. 11 de marzo.	
	Sesión 4. 13 de marzo.	
	Sesión 5. 16 de marzo.	
	Sesión 6. 19 de marzo.	
	Sesión 7. 23 de marzo.	
	Sesión 8. 15 de abril.	
	Sesión 9. 16 de abril.	
	Sesión 10. 23 de abril.	
	Sesión 11. 24 de abril.	
	Sesión 12. 27 de abril.	
	Sesión 13. 7 de mayo.	
	Sesión 14. 8 de mayo.	
	Sesión 15. 13 de mayo.	
	Sesión 16. 22 de mayo.	

En la tabla 5 se presenta una explicación breve de los posibles tipos de respuestas que podrían dar Aidé y José, para llenar los registros empleados en cada una de las sesiones. En la institución, se utiliza el mismo código para todos los participantes.

Tabla 5. Código de respuestas del participante en las sesiones de trabajo.

RESPUESTA	CÓDIGO	SIGNIFICADO
Solo	S o ✓	Realiza cada paso sin ayuda.
Apoyo verbal	a.v	Consiste en dar pistas o instrucciones verbales concretas, por ejemplo: “dame la imagen”.
Apoyo visual	a.vi	Si se requirió señalarle la imagen o el motivador para realizar el paso.
Apoyo físico parcial	a.f.p	Reside en tomarle de la mano al participante y aproximársele a la imagen o al motivador con el fin de que el participante tome lo que se le está pidiendo en el momento.
Apoyo físico	a.f	Se le toma de la mano y se modela junto con él, la acción correcta al realizar el ensayo.
Modelamiento	M	Se le modela la acción sin que el de una respuesta, solo trate de observar como es la acción correcta.

4.4 Evaluación Inicial del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes de Aidé

Esta evaluación inicial se centró en la segunda fase del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, ya que es en la que se encuentra la participante. Para el registro se tomó como referencia las primeras tres sesiones y en cada una se realizaron 10 ensayos para obtener la evaluación inicial.

La finalidad de esta evaluación fue saber lo que realiza Aidé en la fase 2 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, para con base en este informe, disminuir las ayudas y continuar con las siguientes fases para lograr una comunicación autónoma; se registraron los avances o retrocesos en cada sesión y cómo es la influencia del sistema de comunicación por intercambio de imágenes en sus habilidades comunicativas.

Se utilizó el mismo formato de registro empleado por la institución (véase anexo 1), para puntuar las respuestas dadas por Aidé y un registro de observación (véase anexo 3).

De acuerdo con Frost y Bondy (2002) en el manual del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, el objetivo de la fase dos del sistema de comunicación por intercambio de imágenes es que el participante tome la imagen, valla con el interlocutor, le dé en la mano la imagen y se le intercambie por el motivador. Esta segunda fase consta de cuatro pasos, cada ensayo se realizó de la siguiente forma: inicialmente se le muestra un motivador básico el cual es el primer motivador que se utiliza para llamar la atención en este caso son “alimentos”.

A continuación, se mencionan los pasos de esta fase y cada uno con una figura representativa:

1. “Tomar la carpeta”: En este caso no se trabaja con la carpeta sino solo con la imagen, así se atienden las características y necesidades de la participante. Una vez adecuado este paso se nombra “tomar la imagen”, como se muestra a continuación en la figura 14.



Figura 14. Tomar imagen y distancia de la imagen (paso 1 y 2).

2. “Distancia del libro”: Considerándolo como “distancia de la imagen”. El objetivo que se está trabajando en este momento es tomar la imagen a distancia de 40 centímetros de Aidé, como se muestra a continuación en la figura 15.



Figura 15. Distancia de la imagen (paso 2).

3. “Dirigir imagen al terapeuta”: distancia aproximada de 40 centímetros, como se observa en la figura 16.



Figura 16. Distancia de Aidé respecto a la terapeuta (paso 3).

4. “Intercambio”: que significa intercambiar la imagen por el motivador básico, como se muestra en la figura 17.



Figura 17. Intercambio de motivador básico (paso 4).

Las etapas de la comunicación presentes en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, se ejemplifican en seguida para favorecer la comprensión del mismo:

- 1.- El mensaje que le va a enviar el emisor al receptor es enseñándole el motivador (como si le preguntara ¿lo quieres?).
- 2.- La codificación del significado es que la persona con autismo sabe que debe de entregar la imagen para que se le dé el motivador.
- 3.- La transmisión del mensaje es por medio del motivador físico.
- 4.- La percepción de la información es cuando identifica la imagen.
- 5.- Y la decodificación es cuando se hace el intercambio y sabe de lo que trata la comunicación.

En cuanto a los motivadores básicos que se utilizaron en las tres sesiones de evaluación inicial fueron: (c) comida, (p) postre y (a) agua. Cabe mencionar que en cada paso que realiza o cada dos pasos y al finalizar el cuarto paso se le refuerza verbalmente ¡muy bien!, ¡lo estás haciendo excelente! y cada que se hace el intercambio se trata de que Aidé mire a los ojos del terapeuta.

Se muestra en la siguiente figura 18 la evaluación inicial de Aidé que se encuentra en la fase 2 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes “Distancia y persistencia”.

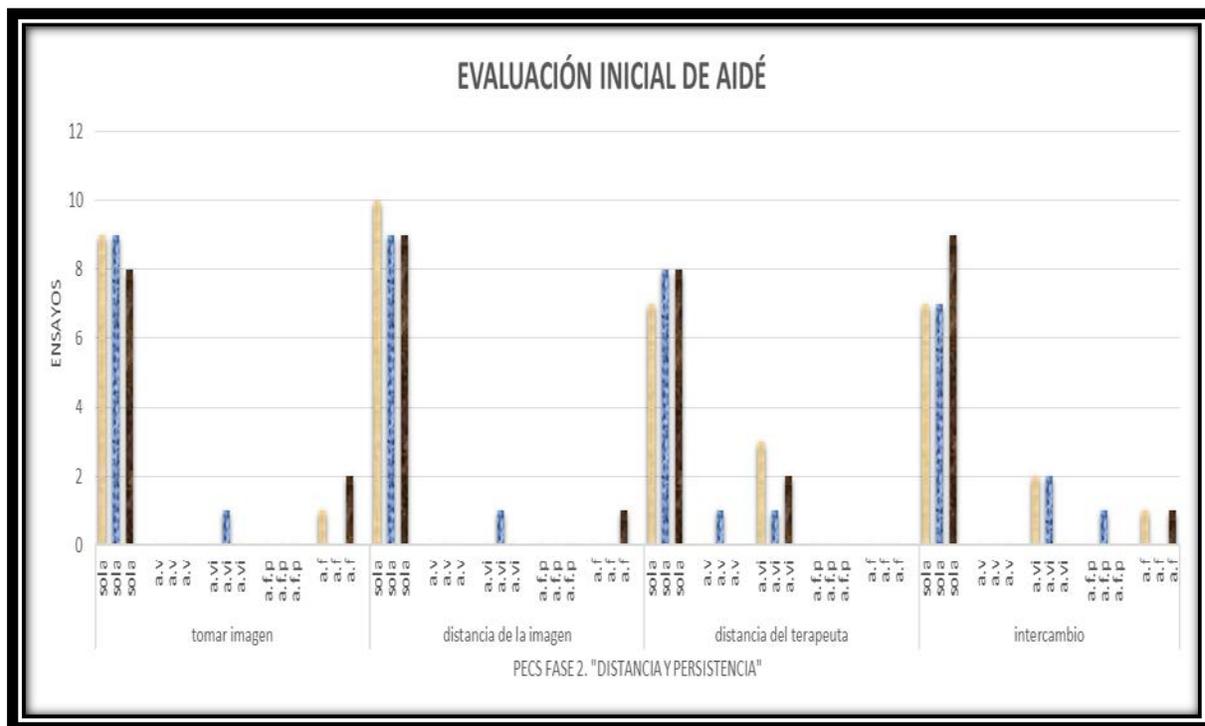


Figura 18. Gráfica de evaluación inicial de Aidé.

Las barras muestran los 10 ensayos que se realizaron por sesión, en el eje de las “X” se hallan los pasos del PECS de la fase 2 “Distancia y persistencia” (1: tomar la imagen, 2: distancia de la imagen, 3: distancia del terapeuta y 4: intercambio). El color de las barras indica la sesión.

Un ensayo comprende la ejecución de los cuatro pasos de la fase 2 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes. En la evaluación inicial se tomaron en cuenta tres sesiones cada una con 10 ensayos. Los 30 ensayos se consideran el 100% y a partir de esto se calcula el porcentaje de ejecución de cada paso de la fase.

En el primer apartado de la gráfica se observa que se encuentra el paso de: “tomar la imagen” el cual consiste en que Aidé tome la imagen del motivador básico, puede decirse

que un 86.6% lo realiza sola, en un 3.3% necesitó apoyo visual y un 10% necesitó apoyo físico. Lo que se quiere lograr con el tiempo es que llegue al 100% y se disminuya el apoyo físico el cual se brinda porque su respuesta sobrepasa los cuarenta segundos y se le dan los apoyos visuales, verbales o físicos parciales.

En el segundo paso: “distancia de la imagen” se trabaja con Aidé que se dirige a tomar la imagen y esté a 40 centímetros de distancia de ella, en la gráfica se observa que en un 93.3% lo realiza sola, en un 3.3% requirió de apoyo visual y un 3.3% de apoyo físico. Se puede decir que tiene dominado este paso, lo que se espera es que llegue o se mantenga en este porcentaje al aumentar la distancia de la imagen con respecto a ella.

También se quiere lograr que se distancie 10 centímetros más de la imagen cada vez que se encuentren avances con la finalidad que después de que tenga dominado este paso pueda pedir cualquier motivador desde donde se encuentre ella.

En el tercer paso: “distancia del terapeuta” son 40 centímetros que se está trabajando de distancia con Aidé, se puede observar claramente en la gráfica que un 76.6% lo realiza sola, lleva la imagen consigo misma y se dirige a la terapeuta un 20% necesitó apoyo visual y solo un 3.3% apoyo verbal. Debe trabajarse en este paso ya que el objetivo principal de esta fase es la distancia y lo que se espera es que llegue a realizarlo sola un 90% ya que solo se dirige y toma la imagen pero le cuesta trabajo entregar la imagen a la terapeuta, también se trabajará en cuanto a disminuir gradualmente los apoyos visuales.

El cuarto paso: “intercambio” consiste en entregar la imagen a la terapeuta y este le dé el motivador básico puede decirse que en un 76.6% realiza el intercambio sola, un 13% necesitó de apoyo visual, un 3.3% requirió de apoyo físico parcial y un 6.6% se le dio apoyo físico. Se necesita trabajar este aspecto ya que es esencial para las demás fases porque se necesitará que logre un 90% sola donde se le reforzará más verbalmente para poder conseguir avances y tenga un significado el intercambio de la imagen y el motivador básico.

Las observaciones que se tuvieron durante las tres sesiones de evaluación inicial son que Aidé se encontró ansiosa, cuando se le dio apoyo físico es porque se probaban todos los apoyos después de cuarenta segundos y no daba respuesta alguna. En cuanto a la interacción se logró que en el intercambio mirara a los ojos por uno o dos segundos, que cuando se le

enseñaba el motivador básico (alimento) en algunos ensayos tomara la imagen en alrededor de 5 a 15 segundos.

En la tercera sesión de la evaluación en cuanto al paso de “intercambio” dio una respuesta rápida en los ensayos 3 y 6 (quince segundos) para intercambiar la imagen, sin embargo, en los ensayos 3, 8 y 9 estuvo manipulando la imagen por cuarenta segundos en sus manos sin entregarla por lo que no estuvo en el rango establecido ya que la entregó hasta después. Lo importante de la fase 2 es que Aidé entregue la tarjeta a mayor distancia (aproximadamente a 1 metro), de esa manera se le hará mas fácil poder comunicarse cuando necesite algún alimento.

De acuerdo con las habilidades comunicativas, se presenta a continuación en la tabla número 6 en la cual se realiza una descripción breve de lo que realiza Aidé de acuerdo a la evaluación inicial del sistema de comunicación por intercambio de imágenes:

Tabla 6. Evaluación inicial de las habilidades comunicativas de Aidé.

HABILIDAD	EVALUACIÓN INICIAL
Escuchar	Se le da poco apoyo verbal para que realice los pasos por sí sola.
Interés	Se tarda en dar la imagen en algunos ensayos más de cuarenta segundos.
Atención conjunta	Observa a la terapeuta poco tiempo y la terapeuta está atenta al proceso de los ensayos.
Contacto ocular	Tiene contacto ocular por lo menos de dos a cuatro segundos.
Expresión emocional	No sonrío.
Estar relajado	Se encuentra ansiosa durante todos los ensayos.
Postura adecuada	Rechina los dientes, mueve la cabeza a otros lados y mueve las manos.
No interrumpir	No interrumpe.
Alternancia (hablar por turnos)	Se tarda en responder en los ensayos.
Distancia	40 centímetros de distancia para tomar la imagen y dirigirse para entregarla e intercambiarla por su motivador básico.
Imitación	No se le dio.
Juego simbólico	No se le dio.
Flexibilidad	Se centró en cuanto a cambiar de terapeuta.

Asertividad	Se identifica en el respeto al material y los pasos del sistema.
Responder	Se tarda en responder en algunos ensayos más de cuarenta segundos.

4.4.1 Fase de Intervención de Aidé

En esta fase se trabajaron los objetivos establecidos en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes; después de que se observó un avance en el objetivo se cambió al siguiente con el fin de que culmine la fase y logre pasar a la siguiente. Los objetivos que se trabajaron fueron los siguientes:

Objetivos operativos:

1. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen cada que haya avances hasta lograr la distancia aproximada de 1 metro con la finalidad de que pueda tomar la imagen desde donde se encuentre.
 - 1.1. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 50 centímetros.
 - 1.2. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 60 centímetros.
 - 1.3. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 70 centímetros.
 - 1.4. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 80 centímetros.

2. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta con el fin de que pueda entregar la imagen a una distancia de 1 metro y se le proporcione el motivador que solicita en el momento.
 - 2.1. Aumentar la distancia de Aidé con respecto a la terapeuta a 50 centímetros.
 - 2.2. Aumentar la distancia de Aidé con respecto a la terapeuta a 60 centímetros.
 - 2.3. Aumentar la distancia de Aidé con respecto a la terapeuta a 70 centímetros.
 - 2.4. Aumentar la distancia de Aidé con respecto a la terapeuta a 80 centímetros.

3. Disminuir los apoyos en el paso “intercambio” con la finalidad de que logre adquirir el significado y lo realice sin apoyo en las siguientes fases.
4. Disminuir el tiempo de respuesta al ejecutar los pasos de la fase hasta que Aidé logre realizar sola la mayoría de los pasos.
5. Familiarizar a Aidé con la carpeta ya que se requerirá de ella en las siguientes fases.
6. Pasar a la fase 3 “Discriminación de imágenes” con la finalidad de que Aidé pueda discriminar dos imágenes: una de alta preferencia y una en blanco.

A continuación, se presenta en la tabla número 7 una relación de las sesiones y los objetivos operativos.

Tabla 7. Objetivos operativos con relación a las sesiones.

OBJETIVOS OPERATIVOS	OBJETIVOS	SESIONES
1. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen cada que haya avances hasta lograr la distancia aproximada de 1 metro con la finalidad de que pueda tomar la imagen desde donde se encuentre.	1.1. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 50 centímetros.	1, 2, 3, 4, 5 y 6.
	1.2. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 60 centímetros.	7.
	1.3. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 70 centímetros.	8 y 9.
	1.4. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la imagen a 80 centímetros.	10 y 11.

2. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta con el fin de que pueda entregar la imagen a una distancia de 1 metro y se le proporcione el motivador que solicita en el momento.	2.1. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta a 50 centímetros.	1, 2, 3, 4, 5 y 6.
	2.2. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta a 60 centímetros.	7.
	2.3. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta a 70 centímetros.	8 y 9.
	2.4. Aumentar la distancia de Aidé respecto a la terapeuta a 80 centímetros.	10 y 11.
3. Intercambiar la imagen con la terapeuta para obtener el motivador de interés y que la acción adquiriera significado.		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.
4. Disminuir el tiempo en la realización de los tres pasos anteriores.		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.
5. Familiarizar a Aidé con la carpeta ya que se requerirá de ella en las siguientes fases.		No se trabajo
6. Pasar a la fase 3 “Discriminación de imágenes” con la finalidad de que Aidé pueda discriminar dos imágenes: una de alta preferencia y una tarjeta en blanco.		No se trabajo

A continuación, se analiza la intervención realizada, la información se presenta organizada en sesiones que incorporan los objetivos del 1 al 3, en tanto el objetivo 4 se incorpora dentro del trabajo con los otros objetivos.

Sesión 1

De la primera hasta la sexta sesión se trabajó con 50 centímetros de “distancia de Aidé con respecto a la imagen”. En relación con el tiempo solo necesitó un apoyo físico porque se tardó más de 40 segundos en dar una respuesta, no hubo problemas en cuanto a la distancia ya que tomaba las imágenes logró una ejecución de 90% sola y un 10% con apoyo físico parcial.

En cuanto a la “distancia de Aidé respecto a la terapeuta” se decidió aumentar de 40 a 50 centímetros en las sesiones 1 a 6, en la sesión uno necesitó 6 apoyos físicos parciales que equivalen al 60% y realizó sola el 40%, no había tanta interacción a los ojos con la terapeuta solo quería que se le diera el objeto sin interactuar.

En el ensayo 9 manipuló la imagen por más de cuarenta segundos, no era claro si quería agua y estaba ansiosa al querer sentir el contacto con las manos y la imagen, parecía que no quería agua sino comida, se intentó poner la imagen de la comida, la cual tomó y la intercambió a los 20 segundos lo que confirmó fue que no quería agua sino comida.

En cuanto al objetivo 3 “intercambio” necesitó de un apoyo visual, tres apoyos físicos parciales y el 60% lo realizó sola; en el segundo ensayo no hubo interacción a los ojos con la terapeuta solo quería que se le diera el objeto sin interactuar, los demás ensayos veía de repente a los ojos y tomaba de las manos a la terapeuta. Cabe mencionar que en todas las sesiones se le reforzaba verbalmente diciéndole: ¡Muy bien, lo estás haciendo excelente!.

Sesión 2

En la “distancia de Aidé con respecto a la imagen” no hubo ningún problema para tomar la imagen a 50 centímetros (a pesar de que se distraía y tenía la presión alta) tomó la imagen antes de cuarenta segundos y realizó este paso sola al 100% en todos los ensayos. En relación a la “distancia de Aidé respecto a la terapeuta” trabajó muy bien dando como respuesta solo un apoyo físico y un 90% de los pasos los realizó sola.

Aunque trabajó muy bien en los pasos anteriores al intercambiar la imagen le costó trabajo porque sí tomaba la imagen, pero la tenía en sus manos y no quería intercambiarla

para recibir su motivador, necesitó 40% de apoyos físicos, 20% de apoyos visuales y 40% lo realizó sola; tardaba aproximadamente en dar respuesta de treinta a cuarenta segundos por lo que se le dio varios apoyos porque sobre pasaba de los cuarenta segundos.

Sesión 3

La tercera sesión fue después de un periodo vacacional (17 días después) y con algunos ajustes en la institución por lo que la intervención se realizó en el horario de alimentación, estas situaciones influyeron en todos los pasos. En relación con la “distancia de Aidé con respecto a la imagen” porque necesitó seis apoyos físicos parciales para tomar la imagen por lo que realizó sola el 40% de los ensayos.

En la “distancia de Aidé con respecto a la terapeuta” necesitó un 20 % de apoyo físico, un 20% de apoyo físico parcial y un 60% lo realizó sola. En cuanto al intercambio necesitó de un 10% de apoyo físico, 20% de apoyos físicos parciales y los 70% restantes lo realizó sola. Se tardaba de entre treinta a cuarenta segundos en responder a cualquier paso por lo que necesitó varios apoyos porque no daba ninguna respuesta después de los cuarenta segundos.

Sesión 4

En la “distancia de Aidé con respecto a la imagen” tuvo dos apoyos físicos parciales (20%) y un 80% lo realizó sola, en esta sesión se hizo el intento de que correspondiera a la imagen con el motivador básico y no se obtuvo la respuesta esperada ya que tomó el postre en vez del agua, sin embargo, se tomó como buena porque lo que se estaba trabajando era la distancia y el intercambio y no corresponder a la imagen. En esta y hasta la sesión 6 se trabajó con imágenes más grandes de 15x10 centímetros ya que hubo un bajo rendimiento después del regreso de vacaciones.

En relación con la “distancia de Aidé con respecto a la terapeuta” necesitó un apoyo físico parcial, un apoyo visual y lo realizó sola un 80 % como se recuerda los apoyos se le dan porque tarda más de cuarenta segundos, pero primero se inicia con el apoyo visual, luego el apoyo verbal, el apoyo físico parcial y si no responde ante estos se le da el apoyo físico.

En cuanto al “intercambio” no requirió ningún tipo de ayuda lo realizaba excelente ya que obtuvo un 100% realizando el intercambio sola, miraba a los ojos por pocos segundos y ya era un avance porque por lo regular casi no miraba a los ojos o al menos que quisiera algo miraba, entonces, miraba más fijamente en el programa de comunicación. En los ensayos 2 y 3 realizó los pasos más rápido (menos de diez segundos) y cuando se tardaba más de treinta segundos se le daba apoyos.

Sesión 5

En la “distancia de Aidé con respecto a la imagen” tuvo solo un 10% de apoyo físico parcial ya que se le dirigía para que tomará la imagen porque volteaba a otros lugares sin poner atención, sin embargo, realizó sola el 90% y tenía muy buena disposición para hacer el programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, lo realizaba sola en casi todos los pasos.

Aidé se dirigió a la terapeuta el 100% sola no tardaba más de quince segundos para realizar los pasos. En cuanto al “intercambio” no requirió ningún tipo de ayuda lo realizaba excelente ya que en cada ensayo obtuvo un 100% realizando el intercambio sola y miraba a los ojos más fijamente por pocos segundos. Cuando sobre pasaba de los treinta segundos se le brindaban los apoyos.

Sesión 6

En cuanto a la “distancia de Aidé con respecto a la imagen” solo hubo 1 apoyo físico parcial (10%) y se cambió la dinámica ya que antes era sentarse a lado de ella y se observaba mejor resultado al sentarse frente a ella con lo que logró 90% realizarlo sola.

Aidé se dirigió a la terapeuta el 100% sola y tenía muy buena disposición para hacer el programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes ya que no tardaba más de 15 segundos para realizar los pasos. En el “intercambio” no requirió ningún tipo de ayuda lo realizaba excelente 100% sola y miraba a los ojos por pocos segundos y fijamente.

Se tuvo que realizar un tiempo fuera con Aidé porque arrebató los motivadores en el ensayo 8 y se le hizo esperar como dos minutos sin ninguna actividad ya que no quería realizar los pasos quería arrebatarse el motivador, después de que se le dio tiempo fuera trabajó excelente los últimos dos ensayos.

Sesión 7

Ante el avance con Aidé en el objetivo 1.1., se cambió a 60 centímetros de “distancia de Aidé respecto a la imagen” (objetivo 1.2) y con imágenes pequeñas de 4x5 centímetros. Solo hubo un apoyo físico parcial para acercarse y tomar la imagen a 60 centímetros, solo fue en el ensayo 6 que se le acercó la imagen a 50 centímetros porque no había respuesta después de 40 segundos y no se quería utilizar ningún tipo de apoyo, pero al final se requirió el apoyo físico parcial y un 90% lo realizó sola.

Después de que se notaron avances de 50 centímetros de “distancia de Aidé respecto a la terapeuta” se aumentó a 60 centímetros, se observó que fue muy buena su participación ya que lo realizó sola el 100%. En relación con el “Intercambio” necesitó un 10% de apoyo visual, un 20% de apoyos físicos parciales y el 70% lo realizó sola. Y en todos los ensayos se mantuvo un tiempo de 30 segundos para que diera una respuesta.

Sesión 8

Se aumentó la distancia a 70 centímetros de Aidé respecto a la imagen, porque con el objetivo anterior (1.2) Aidé lo realizó un 90% sola, este cambio influyó en su ejecución ya que necesitó de un 40% de apoyo físico parcial y se le tuvo que cambiar la imagen a lado derecho de Aidé en el ensayo 5 ya que volteaba y no respondía tan bien como se esperaba, el 60% lo realizó sola.

En cuanto al objetivo 2.3 en esta sesión y la novena se trabajaron con 70 centímetros de “distancia de Aidé respecto al terapeuta” y lo realizó sola el 100% sin ningún problema y antes del tiempo determinado de respuesta. En el Intercambio lo hizo excelente, no necesitó

ningún tipo de apoyo y lo realizó 100% sola y se mantuvo el tiempo de 30 segundos en todos los pasos.

Sesión 9

En la “distancia de Aidé respecto a la imagen” tenía muy buena disposición ya que lo realizó sola el 100%. En esta sesión a diferencia de las anteriores el programa se trabajó una hora antes de su alimentación, como se observó muy buena disposición se decidió llevar a cabo también el sistema de comunicación por intercambio de imágenes durante su alimentación lo cual permitió observar que tardaba menos de siete segundos en realizar los pasos sola.

En cuanto a la “distancia de Aidé respecto al terapeuta” lo realizó sola el 100% sin ningún problema y antes del tiempo determinado de respuesta. En el “intercambio” trabajó excelente ya que lo hizo 100% sola.

Sesión 10

En esta sesión y la once se empezó a trabajar con el objetivo (1.4), en relación a la “distancia de Aidé respecto a la imagen” a 80 centímetros, si realizaba los pasos pero le costó trabajo tomar la imagen ya que se tardó entre veinticinco y treinta segundos, sin embargo, lo realizó sola el 100%.

Se aumentó la distancia a 80 centímetros “Aidé respecto a la terapeuta” realizó sola este paso teniendo un 100% sin ningún problema y en el tiempo adecuado y en cuanto al “intercambio” no necesitó ningún tipo de apoyo para realizar este paso lo realizó 100% sola y daba las respuestas en menos de treinta segundos.

Sesión 11

En la “distancia de Aidé respecto a la imagen” en los primeros ensayos no tenía tanta disposición ya que tardaba entre veinticinco y treinta segundos en dar respuesta, pero lo

realizó 100% sola y después del ensayo 8 mejoró su disposición, ese día se realizaron 15 ensayos y tuvo una gran mejora porque lo realizaba sola y en menos de treinta segundos daba respuesta a todos los pasos.

En cuanto a la “distancia de Aidé respecto a la terapeuta” lo realizó sola 50% y el otro 50% necesitó de apoyo visual, ya que sí tenía la imagen en sus manos, pero a la vez no se dirigía hacia la terapeuta y si se le ponía la mano como pidiéndole la imagen se tomaba la respuesta como apoyo visual y la entregaba después del tiempo establecido (cuarenta segundos de respuesta aproximadamente). En el “intercambio” lo realizó el 100% sola sin tener ningún problema.

Objetivos 5 y 6. Carpeta y discriminación de imagen.

No se llevaron a cabo estos objetivos porque la intervención reportada requirió de 3 meses, al terminar con los 90 centímetros de Aidé respecto a la imagen y a la terapeuta, se iba a implementar la carpeta y la discriminación de imágenes se iba a efectuar cuando ya utilizará la carpeta por lo menos de dos a tres sesiones.

A continuación, se muestran tres figuras (19, 20 y 21) en las cuales se representa el paso 4 de intercambio.



Figura 19. Intercambio (paso 4).



Figura 20. Intercambio.



Figura 21. Intercambio con la imagen de papaya.

4.4.2 Evaluación Final

Después de que se aplicó la intervención con el sistema de comunicación por intercambio de imágenes y de acuerdo con el objetivo específico número 3 el cual habla acerca de realizar una evaluación final para identificar los avances en la comunicación y la autonomía de Aidé, esta evaluación tiene la finalidad de observar los cambios en la ejecución al inicio de la puesta en marcha del sistema de comunicación por intercambio de imágenes y la última sesión de trabajo con ella, cabe mencionar que bajó el desempeño de Aidé ya que de la sesión 9 a la 11 salió mejor en comparación de esta evaluación final.

Se presenta a continuación la figura número 22 la cual representa la evaluación inicial y final de los pasos de la fase dos del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, las barras de color claro representan la evaluación inicial y las oscuras la evaluación final de cada paso.

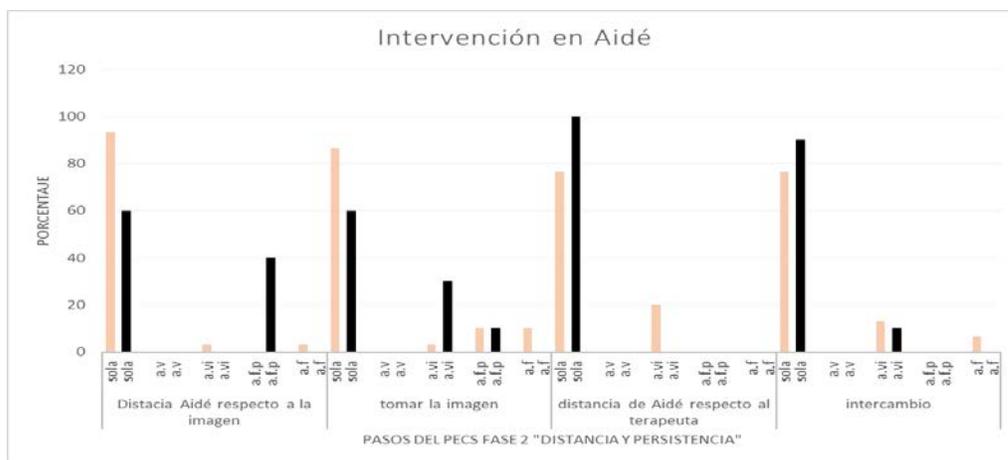


Figura 22. Gráfica de evaluación inicial y final de Aidé.

En la “distancia de Aidé respecto a la imagen” en cuanto a la evaluación inicial la distancia era de 40 centímetros en tanto que al final de la intervención la distancia fue de 80 centímetros, al principio se tardaba cuarenta segundos en dar respuesta y al final solo tardó entre veinticinco a treinta segundos, fueron disminuyendo los apoyos ya que al principio necesitaba un 3.3% de apoyo físico, un 3.3% de apoyo visual y un 93.3% lo realizó sola, ya al final de esta en las últimas 3 sesiones lo realizaba sola el 100% y en esta última sesión necesitó 40% de apoyo físico parcial y el 60% lo realizó sola.

En este objetivo lo que se pretendía era llegar al metro de distancia de Aidé respecto a la terapeuta, sin embargo, se puede decir que logró un buen avance porque llegó a 80 centímetros de distancia. A lo mejor con el tiempo logre un metro y más; se recuerda que este objetivo tenía la finalidad de que Aidé se dirigiera a tomar la imagen cuando necesitara algún motivador, objeto o necesidad en un tiempo futuro.

En cuanto a “tomar la imagen” los resultados obtenidos tanto en la evaluación inicial y final son que al principio lo realizaba sola el 86.6%, un 3.3% apoyo visual y un 10% apoyo físico parcial, mientras que unas sesiones anteriores a la final lo realizaba sola el 100% y ya en esta última sesión necesitó un apoyo físico parcial, 30% de apoyo visual y lo realizó sola el 60%; al principio tomaba la imagen en cuarenta segundos aproximadamente tardaba ya que estaba ansiosa y quería sentir la imagen en sus manos sin saber dar una respuesta próxima ya al final tardaba de entre veinticinco a treinta segundos. En este objetivo se puede decir que solo es darle mantenimiento y seguir con los ensayos porque si lo realiza sola en algunas sesiones, pero en otras va a necesitar apoyos.

En el tercer paso de “distancia de Aidé respecto a la terapeuta” los resultados del inicio eran de 40 centímetros pero ahora lo realiza con 80 centímetros de distancia, ya mira a los ojos más fijamente, es una habilidad comunicativa porque igual tiene contacto con las manos de la terapeuta y sonríe; al principio necesitaba 20% de apoyo visual, 3.3% de apoyo verbal y lo realizaba sola un 76.6%; disminuyeron los apoyos ya que ahora ya lo realiza el 100% sola, antes se tardaba cuarenta segundos en dirigirse a la terapeuta, pero al final ya solo tarda de entre veinticinco a treinta segundos en dar una respuesta.

Entonces, se puede decir que este objetivo queda cumplido, se espera que pueda aumentar la distancia a un metro y más, para que Aidé pueda dar la imagen a la terapeuta sin ningún apoyo y cuando ella necesite un motivador, un objeto o comunicar algo.

En el paso último “intercambio” lo realizaba sola el 76.6%, 13% necesitó apoyo visual, un 3.3% requirió de apoyo físico parcial y un 6.6% se le dio apoyo físico; cuatro sesiones anteriores a la final lo realizaba el 100% sola pero ya al final solo necesitó un apoyo visual y el 90% lo realizó sola. Antes realizaba este paso en cuarenta segundos, pero ahora, entre veinticinco y treinta segundos.

Puede decirse que este paso ya está perfecto ya que lo hace sola completamente y en algún ensayo a veces requiere de apoyos, este paso es muy importante porque se va a requerir en las otras 4 fases del sistema de comunicación por intercambio de imágenes y así no le costará trabajo en las otras fases poder entregar ya sea la imagen o el portafrase a la terapeuta.

La participación de Aidé en este programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes ahora ya se muestra más activa, unas de las habilidades comunicativas que desarrollo son sonreír, toma de la mano a la terapeuta, al reforzarle da respuesta más rápido, mira fijamente a los ojos de cuatro a seis segundos en cada ensayo. La ejecución de Aidé estuvo muy relacionada a su estado de salud.

Su comunicación mejoró con el sistema de comunicación por intercambio de imágenes y se iba a implementar la carpeta y otras imágenes para pasar a la fase 3 en próximas sesiones.

La ejecución del sistema de comunicación por intercambio de imágenes en la fase 2 estuvo muy bien porque después pasará a la siguiente fase, con esta intervención logró que se dirigiera a 80 centímetros de distancia por la imagen y a dirigirse para entregar la imagen a la terapeuta a 80 centímetros, aunque no se logró el metro de distancia, se logró un avance significativo aparte de que se podrá dirigir si necesita su motivador para entregárselo a la terapeuta el intercambio lo mejoró porque al principio no sonreía y tardaba en intercambiar la imagen ya al final lo intercambiaba rápido de entre siete a treinta segundos a comparación del principio.

A continuación, se presenta la tabla número 8 en la cual se encuentra una relación de la evaluación inicial y final de las habilidades comunicativas que Aidé obtuvo al realizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

Tabla 8. Evaluación inicial y final de las habilidades comunicativas de Aidé.

HABILIDADES COMUNICATIVAS	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Escuchar	Se le daba más apoyo físico para realizar los pasos y solo se le dio un paso con apoyo verbal.	Está atenta y se le da 10% de apoyo verbal en todos los pasos y casi ningún apoyo físico para realizarlos.
Interés	Se tarda en dar la imagen en algunos ensayos más de cuarenta segundos.	Se tarda entre veinticinco y treinta segundos en cada paso del ensayo.
Atención conjunta	Observa a la terapeuta poco tiempo y la terapeuta está atenta al proceso de los ensayos.	Observa a la terapeuta y la terapeuta a Aidé.
Contacto ocular	Tiene contacto ocular por lo menos de dos a cuatro segundos durante todos los pasos.	Tiene contacto ocular por lo menos de entre seis y diez segundos por cada ensayo.
Expresión emocional	No sonríe.	Sonríe.
Estar relajado	Se encuentra ansiosa durante todos los ensayos.	Durante toda la intervención se encontró ansiosa una sola vez.
Postura adecuada	Rechina los dientes, mueve la cabeza a otros lados y mueve las manos.	Toma de las manos a la terapeuta y la mira, ya no presenta las conductas anteriores
No interrumpir	No interrumpe.	No interrumpe.
Alternancia (hablar por turnos)	Se tarda en responder en los pasos más de cuarenta segundos.	Ya se tarda en dar respuesta de entre veinticinco a treinta segundos en cada paso.
Distancia	40 centímetros de distancia para tomar la imagen y dirigirse para entregarla e intercambiarla por su motivador básico.	80 centímetros de distancia para tomar la imagen y dirigirse para entregarla e intercambiarla por su motivador básico.
Imitación	No se trabajó.	No se trabajó.

Juego simbólico	No se trabajó.	No se trabajó.
Flexibilidad	Hay en cuanto a cambio de terapeuta.	Aceptó los cambios de terapeutas, (la anterior, la autora de esta tesis y la actual).
Asertividad	Se identifica en el respeto de pasos y material del sistema.	Respeto turnos y material del sistema, solo una vez que quería arrebatar el motivador.
Responder	Se tarda más de cuarenta segundos en responder en algunos ensayos.	Se tarda entre veinticinco y treinta segundos en responder a los pasos.

4.5 Evaluación Inicial del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes de José

La evaluación del participante consistió en evaluar la cuarta fase del sistema de comunicación por intercambio de imágenes. Tomando como referencia las primeras tres sesiones de la intervención para obtener la línea base, en cada sesión se realizaron 10 ensayos, el objetivo de esta evaluación inicial es conocer lo que sabe hacer José y poder continuar con las siguientes fases del sistema de comunicación por intercambio de imágenes para lograr una comunicación eficaz y autónoma, basándose en observar y registrar los avances o retrocesos y la influencia del sistema de comunicación por intercambio de imágenes en sus habilidades comunicativas.

Se utilizó un registro dado por la institución (véase anexo 2) para puntuar las respuestas dadas por José y el mismo registro de observación que se utilizó con Aidé (Ver anexo 3). A continuación, se describe la forma de cómo se realiza cada ensayo: primero se le muestra un motivador social, que es el objeto que tiene una función, por ejemplo, objeto: radio, función: reproducir música.

Los pasos a seguir son:

- “Tomar la imagen” consiste en tomar la imagen que se encuentra dentro de la carpeta, se muestra a continuación la figura¹⁵ número 23 que representa este paso:



Figura 23. Paso 1 “tomar la imagen”. Consiste en abrir la carpeta.

¹⁵ Cabe mencionarse que las figuras que se muestran en esta intervención con José se integraron en este apartado para ejemplificar los pasos de esta fase, pero no son de las primeras sesiones.

- Segundo paso “discriminar la imagen que corresponde” al motivador social y ponerla en el portafrase como se presenta en la figura 24.



Figura 24. Paso 2 “Discriminar la imagen que corresponde”.

- Tercer paso “intercambio con el terapeuta” significa que toma la imagen del portafrase y la intercambia con la terapeuta como en la figura 25.



Figura 25. Paso 3 “intercambio” y reconocimiento de la imagen.

- Cuarto paso: la terapeuta le muestra dos motivadores sociales para que José haga una “correspondencia” de la imagen con el motivador social como en la figura 26.



Figura 26. Paso 4: “Correspondencia” motivador social e interacción.

Durante el proceso de cada ensayo y al finalizar el cuarto paso se le refuerza verbalmente (¡muy bien!, ¡lo estás haciendo excelente! y se chocan las manos) para darle un sentido de que lo está realizando bien y cada que se hace el intercambio se trata de que José mire a los ojos de la terapeuta. Los motivadores que se utilizaron para las tres sesiones son: música (radio), pelota y un aro.

Para registrar cada ensayo se utilizaron los mismos códigos que en la participante anterior (Aidé):

Solo: ✓

Apoyo visual: Avi

Apoyo verbal: Av

Apoyo físico parcial: Afp

Apoyo Físico: Af

Modelamiento: M

A continuación, se muestra la figura número 27 que representa la evaluación inicial de José que se encuentra en la fase 4 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes “ESTRUCTURA DE LA FRASE”.

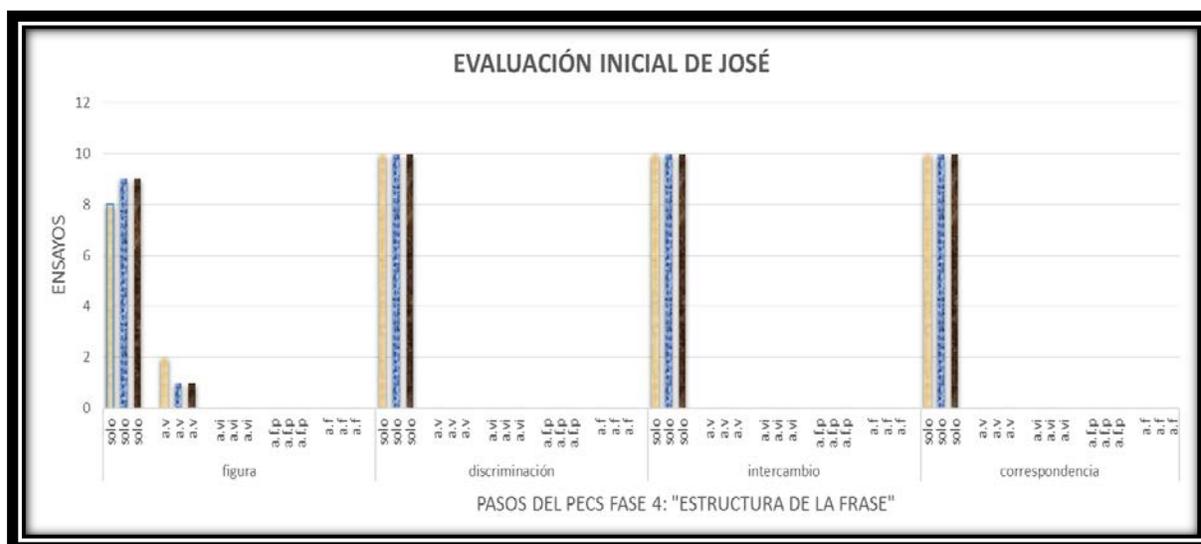


Figura 27. Gráfica de evaluación inicial de José.

En las barras se encuentran los 10 ensayos que se realizaron por sesión, en el eje de las “X” se hallan los pasos del sistema de comunicación por intercambio de imágenes de la fase 4: “Estructura de la frase” (figura que es igual a tomar la imagen, discriminación, intercambio y correspondencia); el color de las barras indica la sesión.

Un ensayo comprende la ejecución de los cuatro pasos de la fase 4 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes. En la evaluación inicial se tomaron en cuenta tres sesiones cada una con 10 ensayos. Los 30 ensayos se consideran el 100% y a partir de esto se calcula el porcentaje de ejecución de cada paso de la fase.

Como se puede observar en la gráfica, el primer paso se llama “figura” el cual quiere decir que José abra su carpeta y tome la imagen, el resultado de que lo realizó “solo es un 86.6%” y un “13.3% necesitó apoyo verbal”. Se espera lograr un 100% que lo realice solo y que se le disminuya el apoyo verbal. Se muestra en la figura 28 un ejemplo de este paso “tomar la imagen”.



Figura 28. Paso 1 “tomar la imagen”.

En el segundo paso: “discriminación” el cual se refiere a que diferencie dentro de la carpeta la imagen que corresponde y coloque en el portafrase la imagen, en los 10 ensayos de la primera, segunda y tercera sesión lo realizó solo y sin ningún apoyo. Lo cual hace alusión a que el “100% lo realiza solo” sin ningún tipo de apoyo y que tiene dominado este paso, se pretende que siga de esta manera porque es necesario para la siguiente fase. En la figura 29 se muestra un ejemplo de este paso (discriminación).



Figura 29. “Discriminar la imagen que corresponde”.

En el tercer paso: “intercambio” significa que despegue el portafrase con la imagen de “yo quiero” y la imagen del motivador social y se la entregue a la terapeuta, observando la gráfica un “96.6% lo realiza solo” y un “3.3% necesitó de apoyo visual”, esto quiere decir que José tiene dominado este paso; se muestra a continuación en la figura 30 este paso.



Figura 30. Paso 3 “Intercambio con la terapeuta”.

El cuarto paso: “correspondencia” se realizó de la siguiente manera: la terapeuta le pone dos motivadores sociales, por ejemplo: radio y pelota; el participante de acuerdo con el portafrase dependiendo de la imagen que seleccionó tiene que elegir el motivador que corresponde a la imagen. En las tres sesiones realizó la correspondencia solo sin ningún apoyo en los 10 ensayos de cada sesión. Quiere decir entonces, que realiza esta actividad solo y que ya tiene “dominado este paso un 100%”. En la figura 31 se muestra un ejemplo claro del paso 4 “correspondencia”.



Figura 31. Paso 4: "Correspondencia" interacción.

Durante las tres sesiones se pudo observar lo siguiente: al mostrarle los motivadores sociales inmediatamente tomaba su carpeta buscaba la imagen del motivador que quería y realizaba los demás pasos casi sin ningún tipo de apoyo, tuvo buena disposición en todos los ensayos, se le reforzaba verbalmente (¡muy bien!, ¡lo estás haciendo excelente!) en cada ensayo.

Lo que se quería lograr también era la interacción y que mirará a los ojos (habilidades comunicativas) y al término de cada ensayo se chocaban las manos de José y de la terapeuta. José podía quedarse con el motivador durante un minuto aproximadamente, él podía prender su radio y escuchaba música o jugaba con la pelota con la terapeuta o con el aro. En la figura 32 se muestra un ejemplo de cómo se llevaba a cabo los reforzadores con José.



Figura 32. Recibiendo reforzador.

A continuación, se presenta la tabla número 9 la cual representa las habilidades de comunicación que José tiene antes de la intervención realizada del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

Tabla 9. Evaluación inicial de las habilidades comunicativas de José.

HABILIDADES COMUNICATIVAS	EVALUACIÓN INICIAL
Escuchar	Atento ya que cuando se le da su reforzador atiende a la terapeuta.
Interés	Un 80% ya que sí está viendo a la terapeuta.
Atención conjunta	Observa a la terapeuta y menor tiempo 5 segundos al motivador social.
Contacto ocular	Observa a la terapeuta aproximadamente un máximo de diez segundos.
Expresión emocional	No tiene.
Estar relajado	Está relajado, solo cuando presenta estereotipia.
Postura adecuada	Tiene estereotipia en los dedos y manos, dos veces durante todos los pasos.
No interrumpir	No interrumpe.
Alternancia (hablar por turnos)	Respeto material y turnos.
Distancia	Si respeta distancia sobre la mesa.
Imitación	La realiza ante instrucciones precisas.
Juego simbólico	Si hay porque utiliza su motivador social.
Flexibilidad	Ante el cambio de terapeuta, tarda en responder a los pasos.
Asertividad	Se identifica en el respeto de pasos y material del sistema.
Responder	Tarda en responder a cada paso un máximo de treinta segundos.

4.5.1 Fase de Intervención de José

En esta fase se trabajaron los objetivos establecidos en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes; después de que se observe un avance en el objetivo se cambiara al siguiente con la finalidad de culminar la fase y pasar a la siguiente. Los objetivos que se pretenden trabajar son:

Objetivos operativos:

1. Realizar los pasos (figura, discriminación, intercambio y correspondencia) por lo menos 3 sesiones seguidas con avances.
2. Aumentar los motivadores sociales para dar variedad en la elección de motivadores.
3. Realizar el programa en cualquier contexto para desarrollar la comunicación.
4. Pasar a la fase 5: “Responder a ¿Qué quieres?” (colocar la foto de José con las palabras “Yo quiero”) y que José sitúe de lado derecho del portafrase esta imagen junto con la imagen del motivador social y logre señalarlas.

A continuación, se presenta la tabla número 10 donde se muestran los objetivos operativos de lado izquierdo y de lado derecho las sesiones en las que se trabajaron esos objetivos:

Tabla 10. Objetivos operativos y sesiones de José.

OBJETIVOS OPERATIVOS	SESIONES
1. Realizar los pasos (figura, discriminación, intercambio y correspondencia) por lo menos 3 sesiones seguidas con avances.	1, 2 y 3.
2. Aumentar los motivadores sociales para dar variedad de elección de motivadores.	Sesiones 1, 2 y 3. Radio, pelota y aro. Sesión 4. Palomitas, aro y radio. Sesión 5. Palomitas, tambor y aro. Sesión 6. Palomitas, aro y radio.

Sesión 7. Burbujas, rehilete, y dulce con silbato.

Sesión 8. Burbujas, rehilete y palomitas.

Sesión 9. Radio, aro y burbujas.

Sesión 10. Celular, burbujas y rehilete.

Sesión 11. Celular, rehilete y palomitas.

Sesión 12. Tambor, burbujas y aro con pelota.

Sesión 13. Tambor, pandero y celular.

Sesión 14. Tambor, pandero y comida.

Sesión 15. Comida, pelota y celular.

Sesión 16. Comida, pelota con aro, tambor, pandero con maracas y celular.

3. Realizar el programa en cualquier contexto para desarrollar la comunicación.

Sesión 1 a 3 en el cubículo.

Sesión 4, 5, 6, 8 y 16 en el parque.

Sesión 7 y 15 en el salón.

Sesión 9 a 12 en el salón ya que no había un tiempo para poder realizar la actividad a solas.

Sesión 13 y 14 en el departamento al que se asiste para hacer otros programas.

4. Pasar a la fase 5: “Responder a ¿Qué quieres?” (Colocar la foto de José con las palabras “Yo quiero”), que José sitúe de lado izquierdo del portafrase esta imagen junto con la imagen del motivador social y logre señalarlas.

Sesiones 13, 14, 15 y 16.

De acuerdo con la tabla anterior se analiza a continuación la intervención realizada. La información se presenta organizada en sesiones que incorporan los objetivos operativos

del 1 al 3 que se concentran en la Fase 4 “Estructura de la oración” y el objetivo 4 que está dentro de la fase 5 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes “Respondiendo a la pregunta ¿Qué quieres?”.

Sesión 1

El objetivo operativo 1 consiste en realizar los pasos (figura, discriminación, intercambio y correspondencia) por lo menos 3 sesiones seguidas y observar avances o retrocesos, de acuerdo con lo anterior es preciso decir que se va a trabajar esta y hasta la sesión 3 con este objetivo.

En esta sesión se pretende trabajar con el objetivo operativo 2 el cual menciona que se aumentarán los motivadores sociales con el fin de que esta fase no solo sea mecánica para poder así dar variedad de elección de motivadores a José. En esta y en las dos siguientes sesiones se trabajaron con los mismos motivadores los cuales son: un radio, una pelota y un aro.

De acuerdo con el objetivo operativo 3 que es el de realizar el programa en cualquier contexto con el fin de que no solo se lleve a cabo en un solo lugar sino le permita desarrollar la comunicación en cualquier ámbito y se flexibilice. En esta sesión y en las dos siguientes se trabajó en el cubículo antes mencionado en el contexto.

Cabe mencionar que en todas las sesiones se le reforzaba verbalmente diciéndole: ¡Muy bien, lo estás haciendo excelente! Y se chocaban las manos al final de cada ensayo si lo realizaba bien, para que él mismo se diera cuenta de que lo estaba haciendo muy bien, es decir, se le reforzaba la ejecución de José.

En cuanto al objetivo 1 se menciona a continuación la intervención realizada en la fase 4 del sistema de comunicación por intercambio de imágenes “Estructura de la frase” en el paso 1 que consiste en tomar la imagen que se encuentra dentro de la carpeta, necesitó un

apoyo verbal en el ensayo 9 dando como resultado 90% que lo realizó solo y un 10% apoyo verbal. En la discriminación de la imagen la cual consiste en que pegara la imagen del motivador social en el portafrase, lo realizó el 100% solo, sin ningún tipo de ayuda lo cual indica que lo hizo excelente.

En el intercambio, que consistió en que despegará José el portafrase de la carpeta y lo intercambiará con la terapeuta necesitó 20% de apoyos verbales en los ensayos 3 y 6 en los cuales se decía ¡dame el porta frase José!, el 80% lo realizó solo. En cuanto a la correspondencia que consistió en mostrarle a José los motivadores de acuerdo a la imagen que pegó en el portafrase, el cual debe ser el mismo que va a elegir, lo hizo excelente (100% solo).

Sesión 2

En cuanto a tomar la imagen necesitó solo un apoyo verbal en el ensayo 5 teniendo así un 90% de realizarlo solo y un 10% de apoyo verbal. Puede decirse que en los demás pasos: Discriminación, Intercambio y Correspondencia lo realizó solo el 100%, su actitud era seria y daba una respuesta muy rápida. Lo que más impresiona es que cuando ya hace la discriminación toma su motivador y por ejemplo: en el motivador del radio lo prende y se pone a escuchar música o se lo pone en la oreja para escuchar, en el motivador de la pelota la toma y la avienta hacia la pared y va por ella.

Sesión 3

En esta sesión para tomar la imagen necesitó de un apoyo verbal en el ensayo 2 resultando que el 90% lo realizó solo y el otro 10% necesitó del apoyo verbal en la cual la terapeuta decía: ¡Toma tu imagen!

En los pasos de discriminación, intercambio y correspondencia lo realizó solo el 100%, cabe mencionar que cuando era el horario de trabajar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes con José, se le daba la carpeta y la terapeuta se llevaba los

motivadores sociales y se iban juntos hacia el cubículo y al entregarle la carpeta sonreía y le daba gusto.

Esta sesión es la última con la que se trabajó el objetivo operativo 1 porque solo se quería probar el desempeño nuevamente de José para poder así empezar a cambiarle poco a poco los motivadores y los contextos, fue un desbalance haberle cambiado de terapeuta ya que no está acostumbrado a los cambios porque siempre sigue una rutina y si se modifica, se enoja y avienta las cosas.

Sesión 4

Se cambiaron los motivadores y en esta sesión se utilizaron: palomitas, radio y aro (palomitas por pelota), esta es la primera sesión donde se cambió el contexto y el lugar fue el parque donde había distractores ambientales ya que estaba con los compañeros de su salón y varios terapeutas, todos se sentaron en el pasto y también pasaba gente, solo José y la terapeuta se sentaron aparte, pero en el mismo parque y empezó la sesión 4.

En “tomar la imagen” lo hizo excelente al igual que en los pasos de “discriminación” y “correspondencia” teniendo en cada uno 100% solo, en cuanto a las palomitas se le hizo fácil identificar la fotografía y así poder corresponder la imagen con el motivador porque lo hizo muy bien. En donde le costó un poco de trabajo fue en el paso de “intercambio” ya que necesitó 2 apoyos verbales y se le decía ¡Dame el portafrase! O ¿Qué es lo que necesitas? Y al darle esos apoyos verbales intercambiaba el portafrase, entonces, puede decirse que 80% lo realizó solo y el otro 20% necesitó de apoyos verbales.

Sesión 5

Esta sesión se trabajó en el parque y se cambiaron nuevamente los motivadores se utilizaron las palomitas, un tambor y un aro; para que él le tome sentido a los motivadores sociales primero se le “modela” si es que no sabe cuál es su función; por ejemplo: en esta sesión fue lo que paso con el tambor porque lo escogió pero no sabía cuál era su función solo

lo veía y lo que se hizo fue tocar primero el tambor para que luego lo hiciera él o a veces se tocaba en conjunto (José y la terapeuta) siempre y cuando lo escogiera.

En cuanto a “tomar la imagen” lo realizó solo el 90%, necesitó un 10% de apoyo visual el cual consistió en tocar su carpeta. En la “discriminación” y en la “correspondencia” lo hizo muy bien lo cual hace referencia a que lo realizó solo el 100%. Y en el “intercambio” necesitó un apoyo visual en el ensayo 6 dando como resultado un 90% solo y un 10% de apoyo visual.

Sesión 6

Esta sesión nuevamente fue en el parque y se cambiaron los motivadores se utilizaron: las palomitas, el aro y el radio.

Para “tomar la imagen” necesitó de un 10% de apoyo visual y lo realizó solo el 90%, la “discriminación” la hace rápidamente (menos de cinco segundos en poner la imagen en el portafrase) y lo realizó solo el 100%; ya en el “intercambio” necesitó de un apoyo visual y el otro 90% lo hizo solo. En el último paso de “correspondencia” no necesitó ningún tipo de apoyo dando así un 100% solo.

Sesión 7

En esta sesión José tenía sueño, sin embargo, eso no fue impedimento para trabajar porque lo hizo muy bien, además hubo un cambio en los motivadores los tres eran nuevos y no le llamaron la atención (burbujas, un rehilete y un dulce con silbato). Como a los dos primeros no le encontraba sentido, escogía el motivador del silbato con los dulces, esta sesión se trabajó en el salón de Desarrollo de Habilidades Adaptativas II donde realizan todas las actividades durante el día.

En cuanto a “tomar la imagen” necesitó de un apoyo verbal y el otro 90% lo realizó solo, en la “discriminación” lo hizo él solo 100%, ya en el “intercambio” necesitó de 20% de

apoyos verbales ya que se encontraba somnoliento y a la vez no quería entregar la imagen y lo realizó el 80% solo, se tardaba aproximadamente treinta segundos en intercambiarla. Y en la “correspondencia” lo hizo excelente el 100% solo, a pesar de que cuenta con debilidad visual se acercaba el portafrase con la imagen y el motivador para ver sus características.

Sesión 8

Esta sesión se realizó al regresar de vacaciones (17 días después) lo cual es la causa de los apoyos que necesitó porque había avanzado muy bien antes de este periodo además de que en casa no se lleva a cabo el sistema de comunicación por intercambio de imágenes. El contexto en el que se llevó a cabo la sesión fue en el parque y se cambiaron nuevamente los motivadores: se trabajó con burbujas, rehilete y palomitas.

En cuanto al paso de “tomar la imagen” necesitó de 10% de apoyo verbal, 20% de apoyos visuales, 10% de apoyo físico parcial y el 60% lo realizó solo. En la “discriminación” lo realizó solo el 100% este paso desde sesiones anteriores ya lo domina. El paso del “intercambio” necesitó de 30% de apoyos visuales y el otro 70% lo realizó solo. En cuanto a la “correspondencia” también necesitó de 30% de apoyos visuales y el 70% lo hizo solo, se veía confundido ya que no sabía cuáles eran las correspondencias, en el ensayo 3 le costó trabajo en cuanto a saber qué es lo que quería y no podía corresponder.

En el ensayo 10 ya no quería realizar la actividad, se enojó y aventó su carpeta y buscaba las palomitas porque se las quería comer, lo que se hizo fue darle “tiempo fuera” durante 5 minutos, después del tiempo fuera se le hizo que levantará su carpeta y que volviera a realizar el ensayo en este respondió correctamente dejando claro que lo que quería eran las palomitas.

Sesión 9

De esta sesión hasta la sesión 12 se trabajó en el salón de Desarrollo de Habilidades Adaptativas II el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, ya que no había

tiempo asignado por la encargada del grupo y el horario variaba, los motivadores que se utilizaron fueron: el radio, el aro y las burbujas.

Para “tomar la imagen” necesitó de 10% de apoyo verbal y el otro 90% lo realizó solo, en la “discriminación” y “correspondencia” lo realizó sin ningún tipo de apoyo dando, así como resultado un 100% solo, para el “intercambio” necesitó un apoyo verbal y el otro 90% lo realizó solo.

Sesión 10

Los motivadores cambiaron y con los cuales se trabajaron fueron: un celular, burbujas y un rehilete.

En cuanto a “tomar la imagen” necesitó de 30% de apoyos verbales y el otro 70% lo realizó solo, ya en la “discriminación”, en el “intercambio” y en la “correspondencia” lo hizo solo el 100%. En el ensayo 8 al realizar la correspondencia sonrió se puso como motivador el celular se lo ponía en la oreja y escuchaba música, escogió la mayoría de los ensayos el celular ya que le llamaba la atención y era algo nuevo para él.

En esta sesión se platicó con su mamá, se le enfatizó la importancia del sistema de comunicación por intercambio de imágenes y que sería muy bueno que también lo trabajará con su hijo en casa, la señora aceptó por lo que se le empezaría a enseñar cómo trabajar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, con objetos que tiene en casa y le llamen la atención de José.

Sesión 11

Se trabajó con los siguientes motivadores: celular, un rehilete y palomitas. Para “tomar la imagen” necesitó de 30% de apoyos visuales y los otros 70% los realizó solo. En cuanto a los pasos de “discriminación”, “intercambio” y “correspondencia” lo realizó el 100% solo.

La mamá de José asistió a la institución y se le explicó de manera general el funcionamiento del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, sus fases y en cual se encuentra su hijo con la finalidad de que ella llevara a cabo el programa.

Sesión 12

Se trabajaron motivadores que ya se habían trabajado en sesiones anteriores: tambor, burbujas y aro con la pelota, se juntaron dos motivadores formando uno solo (aro-pelota) nunca se había trabajado de esa manera por su debilidad visual y lo que se creía es que tal vez no podría corresponder la imagen con el motivador.

Para “tomar la imagen” solo necesitó de 10% de apoyo verbal y el otro 90% lo realizó solo. En los pasos de “discriminación”, “intercambio” y “correspondencia” lo hizo solo 100%, el motivador (aro-pelota) no hizo ningún cambio en su respuesta de José lo escogió y le dio un nuevo sentido a este motivador ya que jugó con él. Ejemplo: la terapeuta tomaba la pelota y él el aro y se le aventaba para que callera en el aro y viceversa.

Sesión 13

Esta sesión y la siguiente se desarrollaron en el departamento al que asisten todos sus compañeros para hacer otros programas. José desempeñó muy bien la fase 4 “Estructura de la frase” con cada uno de los objetivos operativos que lo conforman:

Objetivo operativo 1: Realizar los pasos: tomar la imagen, discriminación, intercambio y correspondencia.

Objetivo operativo 2: Aumentar los motivadores sociales.

Objetivo operativo 3: Realizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes en diferentes contextos.

Con base a la información anterior se decidió empezar a trabajar con la fase 5 “responder a ¿Qué quieres?”. El objetivo primordial de esta fase es despegar la imagen de

“yo quiero” y ponerla en el portafrase, más los pasos anteriores de la fase 4 (tomar la imagen, discriminación, intercambio y correspondencia). Cuando José entregue el portafrase se le pregunta ¿Qué quieres? Y él debe de señalar las imágenes de “yo quiero” y la del motivador que él quiera. En esta sesión se trabajó con otros motivadores sociales (tambor, pandero y celular).

En esta sesión hubo “modelamiento” en los primeros 2 ensayos ya que no tomaba la imagen, ni despegaba la imagen de “yo quiero” y en los otros 8 ensayos necesitó de 80% de apoyos físicos parciales para despegar la imagen de “yo quiero” de la carpeta y pegarla en el portafrase, ya para tomar la imagen del motivador necesitó de un 10% de apoyo visual, un 10% de apoyo verbal y un 80% lo realizó solo.

Para la “discriminación” y el “intercambio” lo realizó solo el 100%, en cuanto a la “correspondencia” necesitó de 20% de apoyos físicos parciales y el otro 80% lo realizó solo. Se empezó a preguntar a José ¿Qué quieres? Y que él señalará las imágenes de “yo quiero” y la imagen de su motivador en este último paso requirió el 100% de apoyo físico.

Sesión 14

En esta sesión se trabajó con los siguientes motivadores: dos sociales: (tambor y pandero) y el otro motivador fue básico (comida).

Se le dio modelamiento en 4 ensayos los cuales fueron el 1, 3, 5 y 8: en el paso “yo quiero” que se refiere a despegar de la carpeta la imagen de “yo quiero” y pegarla en el portafrase y el otro 60% necesitó de apoyo físico parcial.

En cuanto al paso de “tomar la imagen” necesitó de 30% de apoyos físicos parciales y el otro 70% lo realizó solo. En la “discriminación” y el “intercambio” lo realizó solo el 100% y ya en la “correspondencia” si necesitó 20% de apoyos físicos parciales y el 80% lo

realizó solo. En señalar las imágenes de “yo quiero” y del motivador el 100% se trabajó con apoyo físico.

Sesión 15

Se trabajó con otros motivadores sociales como: pelota y celular y como motivador básico la comida, esta sesión se trabajó en el salón.

Para el paso de “yo quiero” en el ensayo 1 se le modeló como se hacía la actividad se tomó tiempo de respuesta máximo de treinta y cinco segundos dando así 20% de apoyos visuales y 70% necesitó apoyo físico parcial.

Para “tomar la imagen” necesitó 20% de apoyos físicos parciales y el otro 80% lo realizó solo, en cuanto a la “discriminación” y el “intercambio” lo realizó solo el 100%, ya en la “correspondencia” necesitó de 20% de apoyos visuales y 80% lo realizó solo. En “señalar” las imágenes de “yo quiero” y del motivador el 100% se trabajó con apoyo físico.

Sesión 16

Esta sesión se trabajó en el parque y con motivadores juntos (como en la sesión 12):

- Comida.
- Pelota con aro.
- Tambor, pandero y maracas.
- Celular.

Como se notó en la sesión anterior que ya daba respuesta diferente a apoyo físico parcial en el paso de “yo quiero” se le dejó de modelar y sus respuestas en esta sesión fueron las siguientes: 40% de apoyo visual y 60% de apoyo físico parcial. Para “tomar la imagen” necesitó 30% de apoyo visual y el otro 70% lo realizó solo. En la “discriminación”, “intercambio” y “correspondencia” lo realizó solo el 100%.

Es importante mencionar que le encontró sentido a todos los motivadores juntos y realizó la correspondencia excelente el 100% solo, aunque tenga debilidad visual se acercaba la imagen a sus ojos para observarla detenidamente. En esta sesión sonreía e interactuaba más con la terapeuta. El “señalar” las imágenes de “yo quiero” el 100% se trabajó con apoyo físico y en cuanto a “señalar” la imagen del motivador necesitó 90% apoyo físico y el otro 10% de apoyo físico parcial.

A continuación, se presenta la figura 33 que representa algunas imágenes de algunos motivadores que se utilizaron con José durante el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.



Figura 33. Imágenes de motivadores sociales de José.

4.5.2 Evaluación Final

Esta última sesión se desarrolló en el cubículo en el que se empezó esta intervención después de que se aplicó el programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes con José y de acuerdo con el objetivo específico número 3 (Realizar una evaluación final del sistema de comunicación por intercambio de imágenes para identificar los avances o retrocesos en las habilidades de comunicación de José) se explicará sobre el avance logrado.

En general en cuanto a la fase 4 “Estructura de la frase” esta culminó hasta la sesión 12 con buen resultado. Mientras que en la fase 5 “Respondiendo a ¿Qué quieres?” se trabajó de la sesión 13 hasta la 16 pero no se culminó esta fase se espera que retome otro terapeuta esta intervención.

A continuación, se presenta la evaluación inicial y final de la fase 4 “Estructura de la frase” en la evaluación inicial para “tomar la imagen” empezó con 86.6% solo y 13.3% necesitó apoyo verbal, culminó esta fase en la sesión 12 ya que los objetivos operativos los realizó excelente y terminó con este paso 90% solo y necesitó 10% de apoyo verbal, por lo que se puede decir que si mejoró. El paso 2 “Discriminación” lo realizó desde el inicio 100% solo en las doce sesiones de esta fase por lo que puede decirse que domina este paso.

Para el tercer paso “Intercambio” al principio de la evaluación obtuvo un resultado de 96.6% solo y un 3.3% de apoyo visual, durante la intervención en algunas sesiones se mantenía en los mismos resultados antes mencionados y a veces bajaba a 80% solo y en otras lo realizaba el 100% solo, ya al final de la intervención lo realizó solo el 100%; esto permite decir que domina este paso. Para el último paso: “correspondencia” al principio lo realizó solo el 100%, ya en la sesión 8 bajo su desempeño a 70% solo y 30% de apoyo visual, en el resto de las sesiones lo realizó solo el 100% por lo que también se considera que domina este paso.

Sin embargo, en esta intervención se trabajaron objetivos operativos, así que a continuación se menciona el desarrollo de cada uno de ellos:

En el objetivo operativo 1: Realizar los pasos (figura, discriminación, intercambio y correspondencia) por lo menos en 3 sesiones seguidas se observaron avances o retrocesos; puede decirse que a partir de la evaluación inicial en cuanto a “tomar la imagen” inicio con 86.6% solo y un 13.3% de apoyo verbal; en la primera, segunda y tercera sesión se mantuvo con 90% solo y un 10% de apoyo verbal, se puede decir que mejoró el resultado un 3.3%.

En el paso de “discriminación” en la evaluación inicial obtuvo un resultado de 100% solo, se puede decir que ya tenía dominado este paso y que se mantuvo en las tres sesiones seguidas. En el paso de “intercambio” en la evaluación inicial obtuvo un resultado de 96.6% solo y un 3.3% de apoyo visual, en la primera sesión bajó su resultado a 80% solo y un 20% de apoyo verbal, sin embargo, no es un mal resultado ya que como todo proceso baja o sube.

En la segunda y tercera sesión lo realizó solo el 100% dando como resultado que iba a mejorar a través de la intervención y que dominaría el 100% este paso.

En el objetivo operativo dos se refiere a: Aumentar los motivadores sociales con el fin de que esta fase no solo sea mecánica, sino, poderle dar variedad de elección de motivadores.

Se inició la intervención con 3 motivadores sociales un radio, una pelota y un aro; se variaron los motivadores a través de las sesiones con palomitas, tambor, burbujas, rehilete, dulce con silbato, celular, pandero, comida (motivador básico). Después de la sesión 12 se empezaron a juntar dos objetos como un solo motivador social, por ejemplo: un aro con una pelota; un tambor, pandero y maracas y por último comida (motivador básico).

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: al inicio empezó a trabajar con 3 motivadores sociales y al final conoció variedad de motivadores en total fueron 10 y se juntaron varios objetos formando uno solo (aro con pelota) (tambor, pandero y maracas).

A pesar de que cuenta con debilidad visual no fue impedimento para distinguir los objetos de las imágenes y realizar la correspondencia correctamente; ya interactuaba más con la terapeuta y jugaba. Se ocupó el modelamiento en algunas ocasiones para enseñarle las funciones de los motivadores que no sabía.

En el objetivo operativo 3: Realizar el programa en cualquier contexto con el fin de que no solo se llevará a cabo en un solo lugar sino le permita desarrollar la comunicación en cualquier ámbito y se flexibilice. Se trabajó en contextos que la institución permitía al inicio fue en el cubículo, después se aumentaron los contextos como: el parque, el salón donde desempeñaba otros programas y en el departamento.

Cabe mencionarse que se habló con su mamá de José en la sesión 10 y 11 acerca de la importancia del sistema de comunicación por intercambio de imágenes en su casa, cuáles serían los beneficios y si tenía alguna duda de la puesta en marcha del sistema de

comunicación y que podía asistir para preguntar, esto con la finalidad de que lo trabajará en su casa.

También se deseaba trabajar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, pero con motivadores de los lugares que asistiera como, por ejemplo: en el cine con motivadores de palomitas o refrescos o que escogiera la película que quiera ver, en el súper mercado qué fruta quiere y se le enseñen los motivadores.

En el objetivo operativo 4 el cual se refiere a: Pasar a la fase 5 “responder a ¿Qué quieres?” (Colocar la foto de José con las palabras “Yo quiero”) y que José sitúe de lado derecho del portafrase esta imagen junto con la imagen del motivador social y logre señalarlas. Cabe mencionarse que desde la sesión 13 hasta la 16 se empezó a trabajar con la fase 5. Los pasos de esta fase son los siguientes:

1. “Yo quiero”: El cual se refiere a despegar de la carpeta la imagen de “yo quiero” y pegarla en el portafrase.
2. Tomar imagen
3. Discriminación
4. Intercambio
5. Correspondencia: Se muestra a continuación en las figuras (34, 35 y 36) la correspondencia y la interacción entre José y la terapeuta.



Figura 34. Interacción



Figura 35. “Correspondencia” motivador social.



Figura 36. Paso 4: "Correspondencia".

6. Señalar: Señalar imagen de "yo quiero" y la del motivador, en las siguientes figuras (37,38 y 39) se muestran cómo señala la imagen José.



Figura 37. Identificación de qué quiere (señalando).



Figura 38. "Señalar".



Figura 39. Identificación de qué quiere.

Como se observa son los mismos pasos que la fase 4 solo se aumentan los pasos 1 y 6 (“yo quiero” y señalar). La sesión 13 se puede decir que es la evaluación inicial de la fase 5, a continuación, se mencionan los resultados tanto de la evaluación inicial y la evaluación final.

En el paso 1 “Yo quiero” se le modeló 20% en los primeros ensayos y el otro 80% necesitó apoyo físico parcial y ya en la evaluación final logró realizarlo solo el 10%, 30% necesitó de apoyo visual y el otro 60% de apoyo físico parcial. Se puede decir que si hubo mejoría.

En el paso 2 “tomar imagen” bajó un poco el rendimiento ya que se cree que estaba confundido al cambiarlo de fase, pero aun así se mantuvo en la respuesta adecuada ya que lo realizó solo el 80%, necesitó de 10% de apoyo visual y 10% de apoyo verbal; después de la sesión 13 puede decirse que desde que se cambió de fase empezó a bajar el porcentaje de realizarlo solo, se cree que la consecuencia es la antes mencionada y llegando a la evaluación final obtuvo un resultado del 100% realizando solo.

En el paso 3 “Discriminación” ya tenía dominado este paso porque lo realizó solo desde la fase 4 “Estructura de la frase” y en la evaluación final lo realizó solo el 100%, entonces, se puede decir que este paso ya lo tiene dominado. En cuanto al paso de “intercambio” lo realizó solo el 100% de la sesión 13 hasta la 16 ya en la evaluación final bajó un poco su desempeño ya que lo realizó solo el 80% y necesitó de 20% de apoyo físico parcial.

En el paso de “correspondencia” en la sesión 13 bajó un poco el desempeño ya que en la sesión 12 (última sesión de la fase 4) lo realizaba solo el 100%, ya en la sesión 13 inició con 80% solo y 20% necesitó de apoyo físico parcial, a través de las sesiones mantenía el mismo resultado, en la sesión 16 obtuvo un resultado de 100% solo y ya en la evaluación final se mantuvo en 80% solo y 20% de apoyo visual.

En el paso número 5 “Señalar” en la sesión 13 (evaluación inicial) necesitó 100% de apoyo físico, ya en la evaluación final necesitó de 90% de apoyo físico y 10% de apoyo físico parcial.

A continuación, se presenta la figura número 40 la cual representa la intervención de la evaluación inicial (claro) y final (oscuro) y los pasos de las dos fases (4 y 5) del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.



Figura 40. Gráfica de Intervención con José.

A continuación, se presenta la tabla número 11 la cual es un cuadro comparativo de las habilidades comunicativas tanto de la evaluación inicial y final que obtuvo José.

Tabla 11. Cuadro comparativo de las habilidades comunicativas de la evaluación inicial y final.

HABILIDADES COMUNICATIVAS	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Escuchar	Atento ya que cuando se le da su reforzador atiende a la terapeuta.	Observa a la terapeuta cuando ella habla.
Interés	Un 80% ya que si está viendo a la terapeuta.	Un 100% ya que realiza los pasos de manera rápida.
Atención conjunta	Observa a la terapeuta y menor tiempo 5 segundos al motivador social.	José mantiene atención al motivador social un minuto como máximo y a la terapeuta durante todas las sesiones.
Contacto ocular	Observa a la terapeuta aproximadamente un máximo de diez segundos.	Tiene contacto ocular con la terapeuta de veinte a veinticinco segundos.
Expresión emocional	No tiene.	Sonríe.

Estar relajado	Está relajado, solo cuando presenta estereotipia.	Está relajado y se sienta adecuadamente.
Postura adecuada	Tiene estereotipia en los dedos y manos, dos veces durante todos los ensayos.	No presenta estereotipia mientras realiza los ensayos del sistema de comunicación por intercambio de imágenes.
No interrumpir	No interrumpe.	No interrumpe.
Alternancia (hablar por turnos)	Respeto material y pasos.	Respeto turnos, solo una ocasión se le dio tiempo fuera ya que no quería realizar los pasos del sistema de comunicación por intercambio de imágenes (arrebatar motivador).
Distancia	Si respeta distancia sobre la mesa.	Si respeta distancia sobre la mesa.
Imitación	La realiza ante instrucciones precisas.	Se le dio modelamiento para realizar pasos nuevos de la fase 5 "Responder a ¿Qué quieres?"
Juego simbólico	Si hay porque utiliza su motivador social.	Ya había interacción con la terapeuta y jugaba con los motivadores.
Flexibilidad	Ante el cambio de terapeuta, tarda en responder a los pasos.	Se flexibilizó ya que hubo varios cambios de contexto, de motivadores y de terapeutas (el anterior, la autora de la tesis y la presente).
Asertividad	Se identifica en el respeto de pasos y material del sistema.	Se identificó en el respeto de los pasos y materiales del sistema, solo un problema en cuanto a querer escoger un motivador y arrebatar en un ensayo.
Responder	Tarda en responder a cada paso como máximo treinta segundos.	Tarda en responder de diez a quince segundos en cada paso.

Conclusiones

Las personas con autismo tienen diferentes niveles de habilidades o dificultades en las áreas: intelectual, motora, cognitiva, social, conductuales, de salud, lenguaje y comunicación, es decir, aunque tienen un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, no presentan las mismas características.

Unas de las características que se consideran más importantes y que se deben de trabajar desde pequeños son la comunicación y la interacción social (Holguín, 2003). Es por eso que se retomó el sistema de comunicación por intercambio de imágenes como una forma alternativa de comunicación con los dos adultos para favorecer en ellos sus habilidades comunicativas.

El entrar a prácticas profesionales en un lugar donde se habla de autismo y no conocer del tema implicó realizar una investigación ardua sobre el mismo: ¿Qué es el autismo?, ¿Cuáles son sus características?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo se trata? Y al empezar a leer y a investigar me di cuenta de que hay muchos trabajos acerca de la niñez y el autismo, sin embargo, encontré poca literatura sobre la adultez y el autismo.

Cuando se nos preguntó en las prácticas profesionales dónde queríamos estar escogí con los adultos porque era interesante después de leer poner en práctica la teoría. Al observar y empezar a trabajar con los adultos, me di cuenta que de los once usuarios que se encontraban en ese salón ninguno tiene lenguaje verbal y que los terapeutas solo llevaban el sistema de comunicación por intercambio de imágenes como una estrategia más, como un trabajo lineal y sin interactuar con ellos.

Ahora que llevé a cabo esta intervención reiteré mis conocimientos en relación a que la comunicación y la interacción son la base del desarrollo de los seres humanos y que el sistema de comunicación por intercambio de imágenes es un método que no solo ayuda a las personas con autismo, sino a cualquiera que tiene problemas en la comunicación.

Las habilidades de comunicación que se desarrollaron con los dos adultos con trastorno del espectro autista son con el fin de ampliar el lenguaje receptivo y el expresivo utilizando gestos y símbolos, pero de la misma forma se utilizaron las etapas de la

comunicación como por ejemplo: la etapa prelingüística la cual hace referencia a la preparación de habilidades para adquirir significados entre dos personas en este caso lo que se utilizó fue: la mirada y después el intercambio de mensajes (imágenes y motivadores básicos y sociales) y la otra etapa que es la lingüística donde las personas integran las ideas y significados de las palabras o símbolos para interactuar entre sí.

Como se había mencionado anteriormente la comunicación es un proceso que necesita habilidades y etapas para interactuar y retomo palabras que están escritas en el marco teórico, que de acuerdo con Melendo (1985) la filosofía, la psicología y la sociología expresan que el ser humano vive en comunicación constante y que socializar es la parte fundamental para desarrollarnos como seres humanos.

Durante las prácticas profesionales observé cómo se realizaba el sistema de comunicación por intercambio de imágenes con las personas con autismo lo cual me llevó a realizar un trabajo muy duro de investigar y observar a los compañeros terapeutas en la aplicación de este sistema para después solicitar autorización para ponerlo en práctica ya que hasta ese momento no lo podían realizar las personas que hacían prácticas profesionales.

Antes de empezar la intervención con Aidé y José se observó la manera de trabajar con ellos y en qué fase del sistema de comunicación por intercambio de imágenes se encontraban, después inició la intervención con Aidé se trabajó con la fase 2 “Distancia y persistencia” y con José la fase 4 “Estructura de la frase” y termino con la fase 5 “Respondiendo a ¿Qué quieres?”.

Durante la implementación del sistema de comunicación por intercambio de imágenes con Aidé (fase 2: Distancia y persistencia) lo que se esperaba es que lograra tomar la imagen a un metro de distancia y la diera a la terapeuta ubicada también a un metro de distancia, lo que se logró con ella es que tomará y diera la imagen a 80 centímetros de distancia, disminuyó el tiempo de respuesta de cuarenta segundos a veinticinco o treinta segundos.

Lo que no se pudo realizar con Aidé fue familiarizarla con la carpeta ya que, si era un distractor diferente para ella, tampoco pasó a la fase 3 “Discriminación de imágenes” porque más de dos imágenes eran distractores por lo que se iba a empezar a trabajar poco a poco.

Entre las características generales de Aidé estaban que tenía pobre expresión emocional y evitaba el contacto visual, después de la intervención se puede decir que sonríe más y mira fijamente a los ojos de los y las terapeutas de entre seis a diez segundos por cada ensayo, toma de la mano a la terapeuta, se muestra menos ansiosa, se tarda de entre veinticinco a treinta segundos en dar respuesta a cada paso y se interactuaba con ella para tomar la cuchara (estas son unas habilidades comunicativas que logro Aidé).

Con José fue diferente porque se empezó a trabajar con la fase 4 “Estructura de la frase” los objetivos que se trabajaron con él se lograron como es el caso de: realizar los pasos de esta fase (tomar la imagen, discriminación, intercambio y correspondencia), aumentar los motivadores y realizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes en varios contextos. Esto permitió pasar a la fase 5 “Responder a ¿Qué quieres?” este último comprende dos pasos más aparte de los de la fase 4 como es el de “Yo quiero” y señalar.

Puede decirse que José domina varios pasos como el de figura, discriminación e intercambio, pero en los que se empezó a trabajar como es el paso de “yo quiero” el cual al término de esta intervención lo realizó solo en 10% porque requirió de apoyo visual y apoyo físico parcial.

En cuanto al aumento de los contextos y los lugares en los que fue la intervención se incorporaron: cubículo, parque, salón y departamento. Cabe mencionar que se empezó a trabajar con la mamá de José para que implementará el sistema de comunicación por intercambio de imágenes en su casa.

Otro de los objetivos operativos que se trabajó con José fue realizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes con varios motivadores se inició con 3 motivadores y al final de la intervención los que se lograron implementar fueron: radio, pelota, aro, palomitas, tambor, burbujas, rehilete, dulce con silbato, celular, pandero y comida al igual que se logró implementar 2 de ellos como un solo motivador como es el caso de aro-pelota y tambor- pandero- maracas.

Con la intervención se observó varios cambios en las características de José como en la inflexibilidad de las actividades ya que solo quería trabajar con las mismas cosas se logró la aceptación de flexibilizar una rutina en cuanto a los tiempos en que estaba programada, se

cambió de terapeuta 3 veces (el anterior, la autora de esta tesis y el actual), se trabajó con varios motivadores y empezó a ver con mayor frecuencia a los ojos de entre veinticinco a treinta segundos, no presentaba estereotipia mientras realiza el sistema de comunicación por intercambio de imágenes (habilidades comunicativas).

Otras de las habilidades comunicativas en las que mejoraron fue en la interacción con los dos participantes se volvió positiva porque con José se jugaba ya con los motivadores y les encontraba un sentido, manifestando esto mediante la sonrisa; con Aidé también se logró la interacción porque sonreía y se puede decir que como sus motivadores eran básicos (alimentos), la terapeuta le daba de comer y se trataba de que en ese momento Aidé mirara a los ojos a la terapeuta y a la vez se le decía: ¡Aidé, hoy toca que tú tomes la cuchara para comer! Ante lo cual sonreía.

En la institución hay una discusión en relación a implementar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes con varias de las imágenes y en varios contextos como: en el súper mercado, restaurantes, cines y casa, para que al pasar a la fase 6 “Comentarios” pueda elegir qué quiere, qué ve y qué siente y se pueda lograr la comunicación a fondo y en varios contextos, pero no se ha realizado el sistema de comunicación por intercambio de imágenes en los diferentes contextos.

En esta intervención se utilizaron varios tipos de modificación de conducta en primer lugar, se ocuparon los reforzadores no tangibles, secundarios o condicionados, por ejemplo: ¡Bien, lo realizaste excelente!, cuando se chocaban las manos cada vez que realizaban los pasos muy bien y solos y cuando se reforzaba por medio de estímulos verbales como elogios, felicitaciones y expresiones faciales.

También se usó el tiempo fuera porque los dos en su momento cuando se enojaban arrebatában el motivador o aventaban las cosas lo que se hizo fue darles tiempo fuera aproximadamente 5 minutos para que su conducta cambiara. Los resultados que se lograron fueron positivos porque si cambiaron la conducta después del tiempo fuera y lograban realizar nuevamente los pasos solos y muy bien.

Se trabajó mediante aproximaciones sucesivas para que los participantes adquirieran repuestas o conductas ausentes; así como con el Análisis Conductual Aplicado a través de

instrucciones claras y precisas y reforzar la conducta deseada. Se utilizó el Apoyo Conductual Positivo se utilizó con la finalidad de crear en los participantes una independencia, que tengan relaciones interpersonales y autodeterminación ofreciéndoles apoyos y modificaciones ambientales.

También se utilizó el modelamiento con José en el paso de “Yo quiero” y al “Señalar” si fue necesario y útil para él porque observaba como se tenían que hacer los pasos y si funcionó porque después de que se dejó de modelar él hacia los pasos con menos apoyos.

El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes ayuda a todas las personas que no tienen comunicación verbal y a personas con autismo, es necesario que cualquiera que implemente el sistema de comunicación por intercambio de imágenes utilice las 6 fases para que aparte de que comunique con lenguaje corporal pueda comunicar también otros aspectos por medio de imágenes.

Este sistema puede implementarse en cualquier contexto y es indispensable que la persona que implemente este sistema sepa bien las características de cada participante y de cada fase del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, para que pueda resolver cualquier conflicto con el sistema y con el participante.

Al implementar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes y saber cuándo se pasaba a otro objetivo era porque se notaba buena disposición y un buen resultado en cada sesión con Aidé y José. Me siento satisfecha de haber sido parte de esta intervención porque se logró un gran avance no solo en las habilidades de la comunicación sino en algunos aspectos de las características de los participantes.

Como psicóloga educativa mis aportaciones se centraron en:

- ✓ Apoyar en la comunicación e interacción de personas con autismo.
- ✓ Aplicar modificación de conducta para incrementar y para disminuir conductas meta como fue el caso de reforzadores positivos, modelamiento, Análisis Conductual Aplicado, Apoyo Conductual Positivo y tiempo fuera.
- ✓ Utilizar un sistema alternativo de comunicación como el sistema de comunicación por intercambio de imágenes.

- ✓ Realizar una intervención con objetivos específicos y operativos de cada participante, así como su valoración.
- ✓ Realizar adecuaciones a materiales y tiempo.

También aprendí sobre temas específicos como: el autismo, cómo se lleva a cabo la comunicación, la intervención con personas adultas en diversas áreas (autocuidado, académica, vida independiente, supervivencia, laboral, ocio y recreación, motora gruesa y vida diaria). Conocí a varias personas con autismo, lo cual me permitió aprender a lidiar con los retos conductuales que presentan y a conocerlos mejor tanto sus fortalezas y sus debilidades y así poder ayudarlos y ayudarlas.

A veces consideramos a las personas con alguna discapacidad como incapaces de realizar las cosas por si solos y los llegamos a sobreproteger por eso es necesario que empiecen a ejecutar las cosas por si solos para no solo darnos cuenta de sus deficiencias sino principalmente de sus fortalezas.

A continuación, se muestran las “limitaciones” que se presentaron con Aidé, José, la Institución, el programa y como psicóloga educativa:

❖ Limitaciones con Aidé:

Al principio de la intervención las limitaciones que se encontraron fueron: el no observar avances con ella, hasta que se empezó a interactuar y que le encontró un significado al sistema de comunicación por intercambio de imágenes, ya que antes de empezar la intervención se le observaba pero a la hora de trabajar con ella hubo problemas en cómo podría darle un significado a la comunicación se solucionó al empezarle a hablar y reforzarle cada vez que lo realizaba excelente al igual que al darle de comer se le hacía como “el juego del avión” donde con sus ojos mirara la cuchara pero de la misma manera a la terapeuta.

En segundo lugar, la dificultad para identificar con precisión si Aidé observaba o no ponía atención o no quería realizar el programa ya que se tardaba en dar respuesta en algunos ensayos. La manera de solucionar esto fue empezando con el objetivo operativo 4 que hablaba sobre disminuir el tiempo de respuesta al realizar los pasos de la fase hasta que Aidé lograra realizar sola la mayoría de los pasos.

Entonces lo que se hizo fue que si no daba respuesta inmediatamente se le trataba de apoyar para que así ella supiera qué estaba realizando. Se cambió el tamaño de las imágenes (más grandes) para llamar su atención, estas adecuaciones fueron indispensables porque ayudaron a que Aidé estuviera atenta al proceso de la fase en la que se encuentra.

❖ Limitaciones con José

Las limitaciones fueron diferentes, en una sesión aventó su carpeta y lo que se hizo fue darle tiempo fuera al ser demasiado inflexible, siempre quería palomitas (reforzador) por lo que se llevó lejos de distractores para que olvidara de lo que había hecho y evitar conductas inadecuadas después de los 5 minutos del tiempo fuera se le hizo que levantara su carpeta e iniciara nuevamente con el ensayo siguiente y logró comunicar lo que quería (más palomitas).

Otro de los límites que se encontró con él fue que al empezar la intervención se cambió de terapeuta él está acostumbrado a rutinas específicas y si no se cumplían se enojaba, al cambiarle de terapeuta sus respuestas no eran optimas porque no sonreía y apenas si quería realizar la actividad lo que se notó es que como se le daban reforzadores positivos logró acoplarse a una nueva forma de trabajo dando buenos resultados porque al finalizar sonreía y chocaba las manos con la terapeuta cada vez que lo realizaba muy bien.

❖ Limitaciones con la institución:

En algunos programas como es el caso del sistema de comunicación por intercambio de imágenes solo lo podían llevar las y los terapeutas del salón contratadas (os) por la institución, mientras que las personas de prácticas profesionales o servicio no lo podían realizar lo cual se resolvió al hablar con la directora de la institución para que se pudiera aplicar esta intervención.

Al empezar la intervención los terapeutas del grupo encargados del programa no aceptaron fácilmente que yo me encargara del mismo argumentando falta de experiencia en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes. Ante esto se hizo un trato con ellos para que si observaban que lo estaba realizando mal me comentaran y así podrían

retroalimentar mi papel y si fuera el caso de que lo estaba haciendo muy mal podrían decirme que definitivamente ellos se hacían cargo de los participantes en el programa.

❖ Limitaciones con el sistema de comunicación por intercambio de imágenes:

El sistema de comunicación por intercambio de imágenes solo se maneja con motivadores básicos o sociales hasta que se llegue a la fase 6 “Comentarios” podrán comunicar otros aspectos como (qué ve, qué siente, qué quiere, qué tiene) pero en el caso de que tenga algún problema no se puede solucionar al menos que la persona con autismo tenga identificado cómo se lleva a cabo la comunicación. Por ejemplo: Aidé no podía comunicar si se sentía mareada o si le dolía algo porque no tiene lenguaje verbal y por su retraso intelectual severo, más bien se infería que estaba enferma por algunos síntomas que mostraba.

Otro aspecto a resaltar como límite, fue el reducido tiempo de intervención para notar más resultados que, aunque cabe decirse que se lograron buenos resultados Aidé no logro pasar a la fase 3. Al igual que no se puede tener varias imágenes para poder dar una respuesta, por eso es necesario solo seleccionar las más importantes o las que se cree que se van a utilizar en función del contexto.

❖ Limitaciones como psicóloga educativa:

A pesar de leer y de investigar las características de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), no sabía que cada uno es diferente y que no todos tienen las mismas características lo que hace que como psicóloga educativa tenga habilidades para observar, así mismo es necesario conocer los retos conductuales a los cuales nos podemos enfrentar al tratar con personas con autismo (como rasguños, patadas, jalón de cabellos) producto de sus limitantes en la comunicación e interacción por lo que comunican por medio de golpes y así llaman la atención para satisfacer su necesidad.

A continuación, se presentan las “sugerencias” que se podrían dar a los próximos terapeutas que trabajarán con Aidé y José en el programa de la comunicación en el programa del sistema de comunicación por intercambio de imágenes, sugerencias a la institución y al sistema de comunicación por intercambio de imágenes:

Sugerencias a terapeutas y familiares de Aidé:

- ❖ Realizar el sistema de comunicación por intercambio de imágenes con interacción.
- ❖ Sentarse frente a ella o a lado de ella para observar sus respuestas.
- ❖ Cuando se empiece a trabajar la carpeta solo empezar con una imagen de un motivador dentro de ella y aumentar en función de sus respuestas.
- ❖ Esperar a que concluya objetivos operativos, por ejemplo: en el caso de la carpeta y empezar con la fase 3 porque si no podría dar respuestas no esperadas darle su tiempo para concluir y no presionarla en los objetivos.
- ❖ Hablar con la mamá de Aidé sobre el sistema de comunicación por intercambio de imágenes y la importancia que tiene ya que se notó que después de vacaciones bajó su rendimiento y si su mamá lo aplica podría seguir dando los resultados y pueda darle más significado a la comunicación.

Sugerencias a terapeutas y familiares de José:

- ❖ Dar seguimiento con la fase 5 para que José una vez que pueda identificar ¿Qué quiere? ya en la fase 6 pueda comunicar: qué ve, qué quiere, qué siente, qué tiene.
- ❖ Explicarle a detalle las preguntas de la fase 6 qué ve, qué quiere, qué siente y qué tiene; para que pueda dar una respuesta acorde y no solo le entienda a esta fase sino darle sentido a su comunicación.
- ❖ Seguir dando reforzadores e implementar más motivadores de acuerdo al contexto.

Sugerencias a la institución:

- ❖ Que permita que las personas que realizan prácticas profesionales, servicio social o voluntariado intervengan en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, previa selección, capacitación y bajo supervisión de los terapeutas titulares y así podrían apoyar más a las personas con autismo.

Sugerencias al sistema de comunicación por intercambio de imágenes:

- ❖ Poder ampliar una fase más o en la fase 6 “Comentarios” poner la imagen de me duele, la cabeza, el estómago, la pierna, etcétera, para que la persona pueda comunicar su dolor en el momento.
- ❖ Que se platique de otra cosa en el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, por ejemplo: ¿Cómo te fue hoy? y que pueda en una imagen poner, bien, mal o regular y porqué; en función de la persona con autismo en cuanto a la comprensión del significado de la imagen.

Referencias Bibliográficas

Álvarez, R. (s/f). *Metodología TEACCH. Asociación Autismo-Sevilla. Presentación en Pdf.*

Recuperado de:

http://www.jmunoz.org/files/9/Logopedia/teacch/presentacionesvideos/TEACCH-rosa_alvarez.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Arrebillaga, M. (2009). *Autismo y trastornos del lenguaje*. Argentina: Brujas.

Baker, J. (2003). Habilidades comunicativas. Recuperado de http://educa.maisathode.com/Documentos/Materiales/HABIL_COMUNICATIVAS.pdf

Baron, C. y Bolton, P. (1998). *Autismo una guía para padres*. Madrid: Alianza Editorial.

Batista, J. y Romero, M. (2007). Habilidades comunicativas del líder en universidades privadas y su relación con la programación neurolingüística. En: revista Laurus, número 25, año 13, página 36-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111479003>

Canal, B. y Martín, C. (1990). *Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad: Apoyo Conductual Positivo*. Londres: Junta de Castilla y León.

Comunicación, conducta social e intereses (s.f). recuperado de http://www.xfragil.org/tgd_psicologos/modulo3.pdf

Cuxart, F. (2002). Evaluación objetiva y diagnóstico del espectrum autista. J. Tomás. (Eds.), En: *El espectrum autista: Evaluación, diagnostico, neurobiología y tratamiento del autismo*. (pp. 57-66). Barcelona: Laertes.

- Cuxart, F. y Jané M. (1998). Evolución conceptual del Término “Autismo. Una perspectiva Histórica”. En: *Revista de Historia de la Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona*. Vol. 19, n° 2-3: 369-388.
- Delfleur, M; Kearney, P. y Plax, T. (2005). *Fundamentos de la comunicación humana*. México: McGraw Hill.
- Desarrollo de las habilidades comunicativas en lengua materna para el nivel preprimario y primario. (s/f). Recuperado de <http://www.oei.org.gt/educacionbilingue/bibliotecavirtual/1libroproeimcal.pdf>
- Escribano, B. (s/f). *La comunicación en niños con autismo*. Asociación Alanda. Recuperado de: http://www.asociacionalanda.org/pdf/comunicación_en_niños_con_autismo.pdf
- Folch, I. (2002). Lo que conviene saber del autismo. J. Tomás. (Eds.), En: *El espectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. (pp. 57-66). Barcelona: Laertes.
- Formación en habilidades comunicativas (s.f). recuperado de http://www.advalue-project.eu/content_files/ES/32/D11_and_22_AdValue_Communication_skills_ES.pdf
- Frost, M. y Bondy, P. (2002). *El manual de Picture Exchange Communication System. El sistema de comunicación por intercambio de imágenes*. España: Pyramid Educational Consultants.
- Garanto, J. (1990). *El autismo. Aproximaciones nosográfico- descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Barcelona: Herder.
- García, O. (s/f). *Comunicación y autismo*. Recuperado de: <http://www.eduinnova.es/mar09/Comunicacion%20y%20autismo.pdf>
- Holguín, J. (2003). El autismo de etiología desconocida. En: *Revista de neurología, Departamento de Pediatría. Universidad de Antioquia*, Medellín, Colombia, 37 (3), pp. 259-266.
- Instituciones Autismo México (s.f). Distrito Federal. Recuperado de <http://www.autismomexico.com/index.php/instituciones>

Instituto de Autismo (s/f). Autismo infantil. Recuperado de http://www.institutodomus.org/index.php?contenido=pagina&id=1&id_opcion=77&op=77

López, G; Rivas, T. y Taboada A. (2009). Revisiones sobre el autismo. En: Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 41, núm. 3, pp. 555-570.

Mardomingo, S. (2002). Neurobiología del espectrum autista. J. Tomás. (Eds.), En: *El espectrum autista: Evaluación, diagnostico, neurobiología y tratamiento del autismo*. (pp. 57-66). Barcelona: Laertes.

Melendo, M. (1985). Comunicación e integración personal. España: Sal Terrae/Proyecto.

Miguel, A. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. En: *Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. Volumen 7. N°2, pp. 173- 178.

Olivares, R. y Méndez C. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

OMS. (2000). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/apartado04/definicion.html>

Paluszny, M. (1987). *Autismo guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas.

Powers, M. (1999). *Niños autistas: guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Trillas.

Ruíz, E. (s/f). Instituto Domus Coordinación de atención para adulto TEACCH shoebox tasks. México.

Ruíz, E. (s/f). Resumen del Manual de entrenamiento del Sistema de Comunicación por intercambio de imágenes (1994). Recuperado de <http://www.pecs.com>. México

Rutter, M. y Schopler, E. (1984). *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*. Madrid: Alhambra.

- Santiago, M. (2005). Trastorno del espectro autista. En: Revista chilena de neuro-psiquiatría versión On-line. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100007>, V. 43, N° 1, pp. 51-60
- Sigman, M. y Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas*. Madrid: Morata.
- Sociedad Mexicana de psicología. (2002). *Código Ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soto, R. (2002). El síndrome autista: Un acercamiento a sus características y generalidades. En: *Revista Educación. Costa Rica*, 26 (1), pp. 47-55.
- Tamarit, J. (1990). P.E.A.N.A. *Proyecto de estructuración ambiental en el aula de niños/as con autismo*. Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y Dirección General de Renovación Pedagógica del MEC.
- Walker, J. y Shea, T. (1999). *Manejo Conductual. Un Enfoque Práctico para Educadores*. México: El manual Moderno.
- Wing, J. (1976, a). El síndrome de Kanner: una introducción histórica. E. Martínez. (Eds.), En: *Autismo Infantil. Aspectos médicos y educativos*. (pp. 21-31). Madrid: Santillana.
- Wing, L. (1976, b). Diagnóstico, descripción clínica y pronóstico. E. Martínez. (Eds.), En: *Autismo Infantil. Aspectos médicos y educativos*. (pp. 21-31). Madrid: Santillana.

Anexo 3. Registro de Observación

REGISTRO DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FASE	FECHA	SESIÓN	CONTEXTO	MOTIVADORES	CONDUCTA QUE PRESENTA	OBSERVACIONES