

**Un acercamiento al alumnado autista.**  
(*An approach to autistic students*)

**Noelia Ruíz Vallejos**  
Grado en Educación Infantil (Universidad de Jaén, España)

*Páginas 84-98*

*Fecha recepción: 27-06-2016*

*Fecha aceptación: 30-09-2016*

**Resumen.**

Promover un acercamiento al mundo autista conlleva indagar en los fundamentos empíricos sobre los que se sustentan los conocimientos que hoy poseemos del colectivo autista. Saber a qué nos enfrentamos ante este trastorno, conocer las causas y las intervenciones de mejora del colectivo, son los objetivos del presente artículo. Los niños y niñas autistas presentan una serie de características comunes dentro de su perfil individual que nos ayudarán a comprender al alumnado, involucrarnos y a actuar positivamente sobre él, promoviendo en todo momento su desarrollo pleno.

**Palabras clave:** autismo; etiología; rasgos comunes; detección precoz; intervención.

**Abstract.**

Promote an approach to autistic World involves investigate the empirical foundation upon which the knowledge we have today are based collective autism. Know we face with this disorder, the causes and interventions to improve the collective, are the objectives of this article. The autistic children have a number of common characteristics within their individual profile that help us to understand the students, engage and act positively on him at all times promoting their full development.

**Keywords:** autism; etiology; commonalities; early detection; intervention.

## 1.-Introducción.

El término "autista" proviene del griego "autos" que significa *sí mismo*. La persona autista es aquella a la cual las otras personas le resultan opacas e impredecibles y vive mentalmente ausente con respecto a quienes le rodean. Las primeras descripciones de este trastorno fueron realizadas por Kanner en 1943.

Kanner (1943), a partir de la descripción del comportamiento de once niños que se diferenciaban bastante de otras patologías conocidas hasta el momento, introdujo el término de "autismo infantil temprano". Por eso, algunos autores denominan el autismo como "síndrome de Kanner".

Éste consideró que la buena memoria mecánica y la ejecución satisfactoria en determinadas tareas eran indicadores de inteligencia (como montar y desmontar relojes o completar puzzles). Sin embargo, actualmente se sabe que el 75% de los niños autistas presentan retraso mental

Entre las características generales que definen a este colectivo y que vamos a leer a lo largo del artículo, se encuentra el aislamiento o soledad, haciendo referencia a la incapacidad para establecer relaciones sociales y afectivas con otras personas; así como, amplios retrasos y alteraciones en el uso y en el desarrollo del lenguaje, como habla no comunicativa, inversiones pronominales y ecolalia.

Además, estos usuarios presentan una obsesión por mantener el ambiente sin cambios y por repetir una gama de actividades rutinarias, lo que se conocen como conductas estereotipadas. A parte, no poseen imaginación y destacan por una excelente memoria así como lo consideró Kanner (sobre todo mecánica y visoespacial).

La prevalencia de niños autistas varía en función de la zona y las condiciones ambientales. "La estadística más citada es que el autismo ocurre en 4.5 de cada 10.000 niños nacidos vivos" (Dueri, 2002, p.1).

En relación con la prevalencia en función del género, es más frecuente en varones, "Es tres veces más probable que el autismo afecte a los hombres que a las mujeres. Esta diferencia de sexo no es única para el autismo ya que muchas discapacidades del desarrollo son más frecuentes en hombres que en mujeres" (Dueri, 2002, p.1).

## 2.-Kanner y el autismo.

Kanner (citado por Balbuena, 2007) describió por vez primera el autismo como un síndrome comportamental cuyos rasgos distintivos eran alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales (a las que juzgó como el trastorno fundamental patognomónico del síndrome) y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales algunos han resaltado los trastornos de la flexibilidad, cuya gravedad dependerá del nivel cognitivo, esto es, del nivel de profundidad del espectro autista.

En sus inicios Kanner alegó que el trastorno autista era el resultado de una interacción fallida y emocionalmente fría de los progenitores con sus vástagos, que posteriormente modificó, concibiéndolo como un fenómeno biosocial en donde predisposiciones constitucionales interactúan adversamente con condiciones sociales o bien eran la expresión corporeizada en el sujeto autista de una marcada predisposición familiar al aislamiento social.

Previo a la formulación de tal diagnóstico y sus posibles intervenciones, Kanner había ya expresado la necesidad de elaborar un detallado informe acerca del entorno familiar y social en que el niño vive, valiosísima información hoy eclipsada en los estudios recientes de autismo.

Esto último no impidió que Kanner atribuyera como origen de tal incapacidad para establecer vínculos afectivos adecuados deficiencias innatas, de origen biológico, que paradójicamente no investigó, al concentrar sus esfuerzos en estudiar los rasgos de personalidad y tipo de interacción que los padres mantenían con sus hijos, abocando con ello a que en las dos décadas posteriores el grueso de las investigaciones conceptuaran el autismo como un desorden fundamentalmente de carácter emocional, lo que explicaría la mayor eclosión de trabajos de orientación psicoanalítica publicados acerca del autismo durante esos años respecto a los de otros modelos psicoterapéuticos.

### 3.-¿Qué es el autismo?

Vamos a analizar cómo entienden diferentes autores el concepto. Como observaremos, todos comparten unas bases bien predeterminadas.

"El autismo es un trastorno del neurodesarrollo descrito inicialmente por Kanner (1943) y caracterizado por una alteración primaria de la interacción y la comunicación, y por conductas e intereses limitados y repetitivos" (Belinchón, Boada, García, Fuentes & Posada, 2010, p.242).

Luisa & Mahfoud (2009) señalan: "Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo heterogéneo de desórdenes que interfieren con el adecuado desarrollo social, verbal, no verbal y de la comunicación" (p.110).

Pelegrina et al. (2015) declaran:

El autismo se considera un desorden neurológico de amplio espectro, es definido como trastorno del espectro autista (TEA), fue descrito por el doctor Leo Kanner en 1943. El autismo está caracterizado por alteraciones en la interacción social, la comunicación y el lenguaje. Éstos pacientes suelen estar apegados a rutinas, presentan comportamientos repetitivos extraños, formas inusuales de juego y falta de reciprocidad emocional hacia otras personas.<sup>1</sup> Tienen dificultad con los vínculos afectivos, evitan fijar la mirada en el rostro de las personas, no juegan con sus iguales, prefieren la soledad. (p.2)

Cala, Licourt & Cabrera (2015) afirman: "El autismo es un trastorno del desarrollo cerebral ligado a una biología y química anormales en el cerebro, cuyas causas exactas se desconocen y aún resulta difícil en nuestro medio enfocar el diagnóstico de este trastorno" (p.1).

Con respecto a la edad en la que se manifiesta, el autismo es un trastorno que brota entre los 6 y los 12 meses y cuyos síntomas se hacen evidentes a los 18 meses. Sin embargo, hay casos en los que los síntomas son evidentes mucho tiempo antes. Pelegrina et al. (2015) añaden: "Pero hay otros síntomas no tan característicos que pueden identificarse antes de los 6 meses, como irritabilidad, hipo o hiperactividad al medio, así como un déficit en el desarrollo de movimientos gruesos" (p.2).

Como nos indican los autores mencionados, el autismo como cualquier otro trastorno, puede llevar asociado otras alteraciones, como discapacidad intelectual o problemas del lenguaje y en función de su gravedad, nos podemos encontrar con cinco cuadros clínicos: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil, Síndrome de Rett y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Existen los denominados autismos secundarios, casos en los que se observa en la misma persona afectada por TEA alguna otra patología, por lo general una enfermedad rara que o bien ha sido descrita asociada al autismo –síndrome de X frágil, esclerosis tuberosa, síndrome de Angelman, rubeola, etc.– o bien se sospecha que todas las manifestaciones pueden ser parte del mismo complejo sindrómico. (Ruiz et al. 2009, p.385)

#### **4.-Etiología.**

La causa de este trastorno es aún desconocida. Entre la baraja de posibilidades, no hay una causa única en el autismo puesto que es un trastorno muy heterogéneo. Se ha demostrado que puede estar causado por diversos factores, entre los cuales, priman los factores genéticos, neurológicos, ambientales e inmunológicos.

Referente a este causa desconocida, Ruiz, Posada & Hijano (2009) señalan: "Las investigaciones acerca del origen del autismo están poniendo cada día más en evidencia que estos trastornos no responden a una única etiología" (p.385).

Así pues, Cala et al. (2015) promueven:

Su origen obedece a anomalías en las conexiones neuronales con una etiología multifactorial; dado que se ha descrito la implicación de varios genes junto a la identificación de factores de riesgo ambiental que interactúan entre sí y con el resto del genoma en cada individuo. Los genes que afectan la maduración sináptica están implicados en el desarrollo de estos trastornos, dando lugar a teorías neurobiológicas que determinan que el origen del autismo se centra en la conectividad y en los efectos neuronales fruto de la expresión génica. (p.3)

De tal modo, hay que señalar que existen factores perinatales considerados de riesgo, como la edad de los padres, el bajo peso al nacer y la escasa edad gestacional. También se están investigando factores más tradicionales de exposición

ambiental como estados hormonales, estado nutricional durante el embarazo y exposiciones tóxicas.

Balbuena (2007) declara: "Podría afirmarse que lo que subyace bajo el trastorno autista es un grave déficit cognitivo, que abarca el lenguaje y las funciones de orden superior vinculadas a él, cuyo origen último habría que buscarlo en disfunciones cerebrales orgánicas" (p.338).

Al mismo tiempo, Hernández, Risquet & León defienden:

El autismo es un síndrome de disfunción neuropsiquiátrica; su presencia indica que hay un trastorno en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro. Los niños autistas no tienen signos o estigmas físicos que anuncien el trastorno. La expresividad clínica es muy variada. Para diagnosticarlo, el paciente debe tener un funcionamiento general perturbado, que dificulta el aprendizaje y la adaptación social. Los psicofármacos no curan el autismo, solo se usan para adecuar la conducta y que se puedan obtener mejores resultados en su actividad educativa. La evolución de cada paciente es muy variable e inciden diferentes factores, como la edad al momento del diagnóstico, los acontecimientos vitales estresantes y el nivel de aceptación y apoyo familiar. (p.178)

Investigaciones demuestran que un virus involucrado, en concreto el de la rubeola, podría ser un posible causante que se suma al origen de este trastorno.

Parece ser también el virus de la rubeola el proceso infeccioso que más se ha detectado en casos de autismo, habiéndose también descrito otros asociados a infecciones intrauterinas y posnatales originadas por distintos virus (citomegalovirus, sífilis, herpes simple, etc.). De ello algunos expertos han inferido la posibilidad de una alteración en el sistema inmunológico de los niños autistas, causada previsiblemente por los linfocitos T, que, al presentar defectos genéticos, reducirían la resistencia del feto a los ataques víricos. Junto a la mayor susceptibilidad del feto a la viriasis se ha formulado también –como origen del déficit inmunitario– la exposición del feto al virus en una etapa muy temprana de la diferenciación inmunológica, conjeturando algunos que el autismo infantil pudiera ser en realidad un trastorno autoinmune. (Balbuena, 2007, p.342).

## **5.-Rasgos similares del "trastorno de espectro".**

Partimos de la afirmación "No existe ningún adjetivo que se pueda utilizar para describir a cada tipo de persona con el autismo porque existen muchas formas de este trastorno" (Dueri, 2002, p.3).

Aún así, existen una serie de características comunes acentuadas en función del individuo.

De este modo, a primera vista, lo que llama la atención en un niño autista es su desvinculación social. Es un alumno que no establece vínculos con las figuras esenciales de apego (madre y padre), no busca afecto ni responde a las conductas afectivas de éstos y es un niño bastante solitario.

En los primeros meses de vida, es un bebé que no alarga los brazos cuando se le va a coger, no establece contacto ocular ni realiza seguimientos con la mirada. El interés que muestra por los demás es básicamente instrumental.

Por lo general existe un retraso o ausencia en el habla. Su lenguaje, en el caso de que exista, ya que casi la mitad de ellos muestran un mutismo generalizado, emitiendo solo una gama muy restringida de sonidos, es ecolálico.

La ecolalia es un trastorno del lenguaje que consiste en repeticiones, a modo de eco, de lo que dicen otros. Normalmente desaparece de modo espontáneo antes de los 3 o 4 años de edad puesto que forma parte del desarrollo lingüístico (alrededor de 30 meses) pero en los niños con autismo, se mantiene y la repetición puede ser inmediata o demorada.

Balbuena (2007) afirma: "Como alteraciones lingüísticas más comunes que corroboran dificultades pragmáticas figuran la *inversión pronominal*, mediante la que el niño al demandar algo se refiere a sí mismo usando el *tú* o el *él*" (p.337).

Es un alumno que presenta una fuerte obsesión por mantener el ambiente sin cambios y por repetir una serie de conductas estereotipadas (sobre todo manos y pies) y que no presta atención a los demás.

En lo que respecta a las alteraciones motoras, figuran los patrones de conducta repetitivos y estereotipados, cuyo objetivo fundamental aparentemente es proporcionar una retroalimentación sensorial o cinestésica, de carácter predominantemente visual y auditivo. (Balbuena, 2007, p.338).

La viscosidad y rigidez con que el autista se resiste a abandonar tales conductas ha sido interpretada por algunos como las responsables de interferir en la adquisición de conductas normales, al limitar su responsividad a aquellos estímulos implicados en la conducta estereotipada y no a los que conforman parte del entorno inmediato. (Balbuena, 2007, p.339).

No responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás, por lo que carece de empatía.

A los autistas también se les confiere un déficit conocido como *ceguera mental*, con que se expresa la incapacidad para atribuir e inferir estados mentales, en especial los que implican representaciones, al que se acoge bajo la llamada *teoría de la mente*, según la cual carecerían de las guías conceptuales para interpretar y pronosticar las conductas ajenas, viéndose así comprometido el desarrollo de sus competencias comunicativas, desde que todo acto conversacional es siempre un intercambio de ideas mutuamente relevantes en diferentes contextos de interacción simbólica que exige permanentemente *colocarse en la piel del otro*. (Balbuena, 2007, p.340).

En él no se observa la presencia del juego simbólico. También aparece una alteración cualitativa en la comunicación no verbal.

Conviene, no obstante, distinguir dentro del espectro autista quienes no hablan por su limitación intelectual de los que sin producir habla espontánea, pero ayudados de los programas específicos adecuados, podrían aprender algún sistema de comunicación no verbal, al no ser la falta de lenguaje oral sustituida espontáneamente por gestos en tales sujetos. (Balbuena, 2007, p.337)

En cuanto al lenguaje expresivo, difícilmente será adquirido por el niño autista como nos comenta Balbuena.

Aun cuando el niño autista adquiera un cierto desarrollo del lenguaje, sus patrones comunicativos diferirán cualitativamente del de los niños normales o del de aquellos afectados de trastornos del habla, estimando algunos estudios que entre un 28% y un 61% de casos nunca adquirirá un lenguaje expresivo, situando la comunidad científica tal porcentaje alrededor del 50% de los niños autistas. (Balbuena, 2007, p.336).

Las carencias comunicativas vinculadas al lenguaje expresivo que aqueja al niño autista aluden a alteraciones fonológicas, semánticas, defectos en la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, así como reiteración obsesiva en las preguntas. En cuanto al lenguaje receptivo, presenta dificultades para atender y percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, pudiendo así evidenciarse mayores o menores discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias, además de alteración o falta de contacto ocular. Junto a tales fallas en el lenguaje expresivo o receptivo, puede darse también la coexistencia de limitaciones y peculiaridades tales como un cierto grado de sofisticación, carencia de emoción, imaginación y literalidad. Respecto a esta última, al captar las palabras en su sentido literal, los afectados de autismo son incapaces de percibir el simbolismo representacional que subyace en aquellas, de ahí la ecolalia e inversión pronominal que manifiestan. (Balbuena, 2007, p.337).

Por otra parte, no señala objetos para dirigir la atención de la persona y no utiliza la mirada como mecanismo social. Tampoco poseen iniciativa en actividades o juego social. Es muy común el retraso en el control de esfínteres, trastorno del sueño y rechazo alimenticio.

Se observa también en ellos hiperselectividad sensorial, que consiste en responder únicamente a una parte de los estímulos presentes. Por ejemplo, mirar una golosina fijamente en una mesa o ignorar ruidos fuertes.

A tal cuestión se añaden también los defensores y detractores de la *hipótesis de la preferencia sensorial*, con la que se pretendía explicar la escasa eficacia de los autistas en el uso de la vista y el oído como canales propios de la comunicación, al preferir por encima de aquellos al tacto, olfato y gusto, primando así los estímulos que se sirven de receptores proximales, aparentemente propios de los primeros estadios evolutivos, sobre aquellos que lo hacen de receptores distales, más usados en estadios evolutivos posteriores. Datos experimentales, sin embargo, corroboran que el uso excesivo del gusto, tacto y olfato no se asocia al autismo de forma específica, sino a la edad mental baja, siendo así posible también que los autistas presenten déficit en el procesamiento de estímulos que se sirven de vías proximales, dada su aparente insensibilidad al dolor o al frío. (Balbuena, 2007, p.340).

Como limitación cognitiva fundamental del sujeto autista se hallaría la profunda incapacidad para reducir la información mediante la extracción adecuada de características cruciales, tales como las reglas y las redundancias, como así han constatado las investigaciones en que como tareas experimentales se han usado la *referenciación cruzada* (en donde el sujeto ha de responder de forma selectiva a una de dos dimensiones) y la *clasificación doble* (en la que se indaga la capacidad de relacionar los sustantivos y objetos mediante el uso de preposiciones), siendo necesario para la primera realizar un análisis de los atributos de los objetos en sí

mismos, mientras que para la segunda hay que analizar la oración para responder correctamente. (Balbuena, 2007, p.338).

Como todas las personas con o sin déficit, los autistas poseen cualidades que sobresalen y que los hacen seres especiales.

Dueri (2002) afirma:

Casi el 10% de individuos autistas tienen destrezas especiales. Esto se refiere a una capacidad que, según la mayoría de los criterios, se considera sobresaliente. Con frecuencia estas destrezas son espaciales por naturaleza, como los talentos especiales para la música y el arte. Otra destreza común es la capacidad matemática en la cual algunos individuos autistas pueden multiplicar cifras grandes en la cabeza en un lapso corto de tiempo; otros pueden determinar el día de la semana al darles una fecha específica de la historia o pueden memorizar horarios completos de las aerolíneas o trenes. (p.6)

Igualmente, son comunes las conductas autolesivas, en las que el niño se lastima a sí mismo pero recalcar que nunca a los demás. Uno de los aspectos más distintivos en este trastorno.

A forma de resumen, los autistas comparten una serie de características que los hacen diferentes de otro colectivo en sí.

Todos ellos se caracterizan por dificultades cualitativas de interacción social, con falta de empatía y reciprocidad social, incapacidad para reconocer y responder a gestos y expresiones, dificultades en la comunicación y falta de flexibilidad en razonamientos y comportamientos, con un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. (Ruiz, Posada & Hijano, 2009, p.381)

## **6.-Intervención.**

Actualmente, no existe ningún fármaco que haya demostrado ser lo suficientemente eficaz para tratar los síntomas del autismo. No existe tratamiento curativo ni un método único. Los dos tratamientos más aceptados son la modificación de conducta y el uso de la vitamina B6 con suplementos de magnesio.

Respecto a esta vitamina en cuestión Dueri (2002) afirma: "Se ha demostrado que la vitamina B6, tomada con magnesio, aumenta el bienestar general, el conocimiento, y la concentración en aproximadamente el 45% de los niños autistas" (p.7).

Otra de las intervenciones, está ligada a técnicas de integración sensorial para tratar la disfunción sensorial. El entrenamiento de integración auditiva es frecuente para reducir la hipersensibilidad sensorial y se basa en escuchar durante diez horas música procesada.

La instrucción visual es otra intervención destinada a normalizar la percepción visual. Así mismo, es frecuente la eliminación de alimentos que podrían agravar los síntomas del trastorno según estudios realizados.

De cara a su futura integración laboral, estos sujetos destacan en trabajos que requieren habilidades visomotoras, destreza motora fina y razonamiento no verbal,

por lo que hay que ofrecerles una enseñanza vocacional, basada en tareas reales y no hipotéticas.

En cuanto a las medidas implementadas para tratar la conducta autolesiva, en modo alguno privativa del autismo, están el uso de medicamentos, la contención física y el afecto tranquilizador, cuya eficacia psicoterapéutica se ha demostrado inferior a la alcanzada usando técnicas operantes como la extinción y el castigo. (Balbuena, 2007, p.347).

Respecto al castigo físico decir que son técnicas inadecuadas que erradican de inmediato la conducta del niño pero que generan violencia. De este modo, el niño aprende que a través de la violencia puede conseguir lo que desea.

Por tanto, el castigo físico no tiene ninguna consecuencia positiva sobre la conducta. Sin embargo, sí puede propiciar efectos negativos como servir de modelo de agresividad e incluso incrementar hasta el nivel de maltrato. No emplear el castigo físico no es sinónimo de falta de control. Los niños necesitan una supervisión y disciplina constante, pero puede ser llevada a cabo por medio de otras estrategias que resultan más eficaces.

Creo conveniente hacer un inciso para aclarar dos conceptos distintos que se emplean comúnmente con el mismo significado. El castigo solo es una parte más dado que la disciplina en general incluye muchas más estrategias que el simple castigo. Por ejemplo, el refuerzo, el elogio, la retirada de la atención o el advertir las consecuencias que conlleva la realización de una conducta constituyen formas específicas de aplicar la acción disciplinar.

Los padres que tienen hijos que muestran problemas de conducta suelen tener dificultades para aplicar disciplina. Algunos de los motivos de esta situación son los siguientes. En primer lugar, son padres que sobreestiman la ocurrencia de los problemas de conducta de sus hijos lo que se relaciona con el uso de una mayor tasa de castigos. En segundo lugar, las expectativas sobre la conducta de sus hijos (cómo esperan que niños y niñas se comporten) no se ajustan a la edad y nivel evolutivo de los menores.

En tercer lugar, reaccionan de manera negativa ante la exhibición por parte del niño de conductas disruptivas de poca importancia (otros padres tienden a ignorarlas). En cuarto lugar, son padres que tienen dificultades para reconducir el comportamiento de sus hijos y prestar apoyo. Finalmente, son padres que emplean castigos muy severos, pero de una forma inconsistente.

Existen diferentes ocasiones en las que se hace necesario aplicar un castigo pero se recomienda evitar los de naturaleza física. Entre los de mayor utilidad se encuentran la retirada de privilegios o premios durante un tiempo determinado y la realización de una conducta o acción que sirva para compensar los efectos negativos de algo que se ha hecho mal.

Recordar, el entrenamiento a padres para que adopten un papel activo en el cuidado del niño autista dejando de lado esa culpabilidad achacada a los mismos por el desconocimiento de bases empíricas.

Asimismo, más que instruir a los progenitores en determinadas técnicas, la experiencia clínica muestra que es más útil ayudarles a solventar problemas de la vida cotidiana, siendo para ello un elemento clave conocer con la mayor precisión posible el nivel actual y potencial de destrezas cognitivas del menor autista, para que así los objetivos y metas terapéuticos establecidos resulten adecuados y realistas. Alcanzar tales logros precisa que padres, profesores y terapeutas implicados coordinen sus distintas parcelas de influencia y trabajo, dadas las grandes dificultades que los niños autistas manifiestan para comprender realmente lo que aprenden y para generalizar lo aprendido a otros contextos diferentes de aquel donde originariamente se produjo tal aprendizaje. Por ello se exige que el proceso de enseñanza-aprendizaje del autista tenga lugar dentro de un marco sistemático y estructurado de normas y pautas de conducta, cuyo diseño final vendrá determinado en función de la singularidad y necesidades requeridas por su perceptor. (Balbuena, 2007, p.348).

Formar una familia unida y dotada de las herramientas necesarias para evolucionar y adaptarse a los cambios de forma óptima es responsabilidad de los padres. Sin embargo, consolidar esta formación mediante conocimientos que faciliten esta difícil labor es responsabilidad del sistema educativo.

De esta manera, los docentes tienen la gran responsabilidad de guiar a los padres de familia en este acercamiento a los aprendizajes que les darán técnicas y estrategias que les permitan mejorar las relaciones familiares.

La coordinación entre la escuela y la familia es fundamental y más en el caso de niños que padecen trastornos. La activa comunicación y el apoyo mutuo hace que el trabajo efectuado con estos menores sea efectivo y alcance los logros perseguidos. Así mismo, la coordinación entre los profesionales del campo educativo y de la medicina no es menos importante. Aplicar los conocimientos de la medicina para intervenir en el aula es un plus indispensable e incuestionable.

Una de las variables y factores que más inciden en la inclusión es el de la coordinación; este factor explica lo importante de la organización del aprendizaje para el desarrollo posibilitando que las personas y apoyos tengan un mismo lenguaje y estructura para la comprensión del mundo físico y social. Una variable muy presente en la atención a estas personas es la de la ilusión e interés, la confianza y el cariño que sienten y perciben de forma sensorial; en este sentido, el mejor método educativo para trabajar con TEAs sigue siendo aquel que tiene una mezcla de ilusión, transmite esperanza, creencia en la otra persona, seguridad en la dirección del aprendizaje y la educación además del interés por el propio trabajo y la persona que tenemos con nosotros/as. (Baña, 2011, p.189).

## **7.-Métodos alternativos: La equinoterapia.**

Pelegrina, Jiménez & Bueno (2015) afirman: "La equinoterapia es un método de tratamiento complementario beneficioso para corregir problemas de conducta, disminuir la ansiedad, fomentar la confianza, concentración y mejorar la autoestima" (p.1).

¿De qué trata la equinoterapia? La equinoterapia consiste en utilizar el movimiento del paso del caballo, para crear una terapia de relajación y transmitir al individuo una serie de movimientos.

A través del caballo, se realizan una serie de ejercicios que estimulan el desarrollo integral del niño y lo incorporan a su entorno. Está demostrado que esta terapia rehabilita y fortalece física y psicológicamente a las personas que padecen trastornos físicos, psíquicos, sensoriales, conductuales y emocionales.

Pelegrina et al. (2015) aseguran que las personas autistas que asisten a técnicas de trabajo con caballos tienden a obedecer más y mejoran su autocontrol, aumenta su capacidad de relajación, mejora sus relaciones sociales y se estimula el afecto, atención y lenguaje.

La equinoterapia tiene tres principios básicos según Pelegrina et al. (2015):

1. Transmisión de calor: al ser más elevada la temperatura del caballo (38 grados centígrados) que la del ser humano la aprovecha como un instrumento calorífico para distender y relajar la musculatura y los ligamentos del paciente a la vez que estimula la sensopercepción táctil.
2. Trasmisión de impulsos rítmicos ( por movimientos), normaliza el tono muscular y desarrollo de movimientos coordinados.
3. Trasmisión de locomoción tridimensional, mejora la marcha, coordinación de los movimientos y favorece el engranaje cerebral. (p.2).

## **8.-Conclusión.**

Es necesario considerar que el autismo no sólo afecta al desarrollo y bienestar de los usuarios, sino también al bienestar total de sus familiares y al entorno social en el que se encuentran inmersos.

Unzueta (citado por Miranda, 2015) comenta que en el caso de las familias de niños autistas, estas se ven mucho más afectadas por la condición del niño. Esta situación es frustrante para los familiares que suelen sentirse rechazados por el niño autista debido a que éste no muestra sentimientos de afecto hacia ellos.

Además, se asume la culpa acechante que se le asignó en los inicios al tipo de relación familiar y que muchos padres actualmente recaen en esas ideas erróneas. ¿Qué habremos hecho mal? Es la pregunta más destructiva e irracional que una familia con hijo autista puede realizarse.

Bermejo (citado por Miranda, 2015) dice que lo cierto es que cada familia, y dentro de ésta, cada miembro, es afectado por el miembro autista de una manera diferente. El impacto que produce el autismo, además de variar en las familias, y en los individuos que las forman, cambia según la etapa en que se encuentre cada uno. Hablamos del

nivel de madurez, de estabilidad emocional y de capacidad para afrontar los problemas ajenos.

Como en cualquier anomalía del funcionamiento humano, la detección precoz es el eje fundamental para intervenir e intentar paliar los síntomas futuros. En este sentido, los profesionales que están a cargo de niños y niñas en edades tempranas, tienen un rol primordial. Estos deben estar formados y conocer en profundidad los síntomas de este trastorno u otro posible trastorno al caso, así como las pautas de actuación orientadas al paciente y al tratamiento con la familia.

A la hora de la intervención, está demostrado no sólo en este campo, sino en cualquier campo de intervención con colectivos desfavorecidos, que cuanto más temprano comience la intervención mejores resultados se obtienen en el proceso.

Existen distintos tipos de intervenciones; sin embargo, lo más importante de ellas es la consideración del perfil individual del niño y su familia (fortalezas y debilidades), un ambiente altamente estructurado y contenedor, así como la regularidad en la frecuencia del trabajo incluyendo la participación y contención de los padres. (Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera & Moyano, 2015, p.130)

Ruiz (citado por Miranda, 2015), en una investigación sobre el espectro autista y la detección precoz, explica que los programas efectivos de intervención deben de ser individualizados, según la intensidad del trastorno; estructurados, orientados a alcanzar unos objetivos concretos; intensivos y extensivos a todos los contextos de la persona; y con una participación activa de los padres en coordinación con el profesorado y otros profesionales de apoyo.

Esta es la mejor manera de conseguir que aprendan nuevas competencias sociales, comunicativas, adaptativas y de juego, y a la vez disminuir, en la medida de lo posible, los síntomas de autismo y otros problemas asociados que pudieran presentar.

No cabe duda que lo más importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es partir de los intereses del individuo y de sus características personales promoviendo así una educación inclusiva y de calidad. Del mismo modo, propiciar una buena comunicación con el paciente y su entorno familiar es esencial para alcanzar un entendimiento y comprenderse mutuamente.

De este modo, educar para la inclusión significa creer en las personas, confiar en que ellas pueden conseguir cualquier tipo de aprendizaje. La inclusión mejora la calidad de vida de las personas con autismo y no sólo mejora a este colectivo sino que mejora a la sociedad por completo. Darles a estas personas en situación de exclusión la posibilidad de poder aprender, relacionarse y convivir en sociedad. "Los principios de calidad de vida deben ser un objetivo de la sociedad futura por lo que la educación debe de incorporarlos como prioritarios" (Baña, 2011, p.190).

La calidad de vida debida hace mención a eso, a crear ambientes de vida adecuados, donde las personas estén a gusto, donde los momentos, los ambientes, los entornos de calidad de vida, fomenten tiempos de esperanza. Si cambiamos los entornos y los hacemos más cálidos para ellos es mucho más fácil que se sientan identificados, que no se bloqueen, que permitan trabajar con ellas y educarse, que se comuniquen, que aprendan a comunicarse. El fin u objetivo último es su vida futura, su vida independiente, su vida con los demás; los programas y proyectos centrados en la persona son el mejor recurso para ello; nos permiten centrarnos en sus necesidades y demandas, ajustar nuestra ayuda para que sea lo justa y necesaria posible, nos permite unificar criterios y finalidades en común a los distintos servicios educativos y es una herramienta sobre la que elaborar un Proyecto Conjunto y futuro de la persona sobre la que ir discerniendo las dificultades y consecuciones. Exige ser realistas y prácticos en su inicio y muy ambiciosos en sus objetivos finales (al fin y al cabo no existe investigación alguna que nos permita concluir sobre la imposibilidad de desarrollo y aprendizaje así como determinar los límites en cuanto a ellos). (Baña, 2011, p.191)

"Hablar de trastornos del espectro autista y generales del desarrollo es hablar de vidas, de personas, de personas con calidad de vida. La calidad de vida entendida como una finalidad pero, también como un proceso y una forma de vida" (Baña, 2011, p.185).

Cuando las personas viven en calidad son más fuertes y tienen mayores recursos para acabar con las dificultades que les atormentan y las ponen en desventaja social.

Conseguir la integración social y laboral del autista para emerger el apoyo a la comunidad y que este colectivo pueda convivir de forma autónoma en el ámbito familiar y ciudadano lo más integrado y normalizado posible.

El objetivo final de la inclusión es alcanzar el desarrollo personal del sujeto, su bienestar emocional y físico dotándole de los recursos necesarios para controlar la vida y desenvolverse en ella. Si ayudamos a estos alumnos y alumnas a superar estas dificultades y respondemos a sus necesidades pueden aprender y desarrollarse como cualquiera otra persona. De estas posibilidades e inclusión para que se sienta uno más y con los demás dependerá su vida futura, digna y de calidad.

Siendo conscientes de que estamos ante un trastorno muy heterogéneo, lo que dificulta además del diagnóstico, la comprensión del colectivo y de los procesos psicológicos no debemos darnos por vencidos. Hay que seguir investigando de forma multidisciplinar y no perder la batalla autista para mejorar la calidad de vida de los colectivos desfavorecidos en general de nuestra sociedad actual y futura.

Hay mucho camino por recorrer y Rivière (citado por Balbuena, 2007) nos dice que el autismo es provisionalmente incurado, pero no definitivamente incurable, dada la mejora en la calidad de vida que han experimentado las personas con autismo.

La personas autistas tienen la capacidad de aprender y desarrollarse si les proporcionamos los apoyos suficientes. No estamos ante personas enfermas por lo que hay que tratarlas como personas iguales. Se deben registrar detalladamente sus necesidades y demandas para proporcionarles esta ayuda y apoyo que requieren.

Concluyo compartiendo la reflexión de Baña (2011): "Merece la pena pelear por un mundo donde todos y todas podamos vivir, donde sentirnos útiles ayudando al otro/a" (p.191).

## 9.-Bibliografía.

Alboreo-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. A., & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44.

Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81.

Baña, M. (2011). Los trastornos del espectro autista y generales del desarrollo: inclusión social y calidad de vida. *Ciencias psicológicas*, 5(2), 183-191.

Cala Hernández, O., Licourt Otero, D., & Cabrera Rodríguez, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de ciencias médicas de pinar del río*, 19(1), 157-178.

Carmona, M. B., Muñoz, L. B., de Andrés, E. G., Biggi, J. F., & de la Paz, M. P. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y redes de coautoría entre 1974 y 2007. *Psicothema*, 22(2), 242-249.

Cuadrado, J. T. (2006). Autismo: modelos educativos para una vida de calidad autism: some quality of life oriented educational models. *Psicología*, 12(1), 5.

Domínguez, C. L., & Mahfoud, A. (2009). Una mirada a la investigación en autismo en Venezuela. *Ret. Revista de estudios transdisciplinarios*, 1(2), 110-115.

Dueri, f. (2003). Visión global del autismo. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología ucbsp*, 1(1), 40-48.

García, R. Y. J., Frutos, L. L. F., & Díaz, I. F. (2015). Actividades físicas ecuestres para el desarrollo de habilidades motrices básicas y de interacción social en escolares autistas con alto nivel de funcionamiento desde la equinoterapia. *Lecturas: educación física y deportes*, (205), 1-5.

Hernández Rivero, O., Risquet Águila, D., & León Álvarez, M. (2015). Algunas reflexiones sobre el autismo infantil. *Medicentro electrónica*, 19(3), 178-181.

María, A., & Socorro, N. Equinoterapia para personas con autismo.

- Miranda Araoz, C. (2015). Terapia familiar estructuralista aplicada a una familia con un hijo con autismo. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología ucbsp*, 13(2), 284-299.
- Pizarro, H. C. (2012). Esquema corporal: una conducta básica para el aprendizaje del niño con autismo. *Revista educación*, 29(2), 207-215.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Posada de la Paz, M., & Hijano Bandera, F. (2009). Trastornos del espectro autista: detección precoz, herramientas de cribado. *Pediatría atención primaria*, 11, 381-397.
- Unzueta Arce, J., & García García, R. (2012). Déficit del procesamiento facial en los trastornos del espectro autista: causa o consecuencia del impedimento social. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología ucbsp*, 10(1), 19-33.
- Vera, J. L. (2012). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad early autism, mirror neurons, empathy, sensory integration, intersubjectivity. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 54, 79-91.
- Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., & Moyano, A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2), 126-131.