



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Ciencias Clínicas

Trabajo de Grado para optar por el título de licenciada en Fonoaudiología

TESIS

Niveles del Lenguaje Comprensivo y Expresivo en niños/as con
Trastorno del Espectro Autista en el Centro de Atención a la
Diversidad de agosto – diciembre 2019

Presentado por:

Mazzola Acosta, Darysbeth Milagros 8-914-2260

Asesor:

Mgtr. Graciela Montenegro

Panamá, 2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes me han apoyado desde la toma de decisión sobre la carrera, hasta la fase final de ella, y por acompañarme en cada etapa difícil, pero con esfuerzo y dedicación superada.

Al igual que a cada persona que tenga la oportunidad de leer este trabajo, fue realizado para enriquecer su conocimiento sobre un tema tan complejo como lo es el autismo y también que sea de utilidad para futuros colegas.

Darysbeth Mazzola

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy las gracias a Dios, por darme el regalo de la vida y por permitirme formarme como una profesional. Antes que nada, quiero agradecer a todos mis profesores a lo largo de la carrera, cada uno dejó en mí un pequeño aporte como individuo y como profesional.

A mi profesora asesora Mgtr. Graciela Montenegro, por exigirme al límite que podía dar más y motivarme a trabajar duro, por sus consejos y palabras de aliento en los momentos necesarios. A lo largo de su tiempo como mi profesora docente, cada uno de sus conocimientos fueron una batería de inspiración para mí, para llegar a ser fonoaudióloga.

A todos aquellos profesionales que me ayudaron en la construcción de este trabajo, por dedicar su tiempo, conocimiento para ayudarme y sacar este documento a flote, y brindarme su apoyo al máximo. Finalmente, les deseo a cada uno de ustedes la mayor de las bendiciones.

Darysbeth Mazzola

RESUMEN

Niveles del Lenguaje Comprensivo y Expresivo en niños con Trastorno del Espectro Autista, contiene el desarrollo de lo que es el concepto de Trastorno del Espectro Autista, con sus características específicas, la historia de cómo se creó el término de autismo y las señales tempranas para identificar el autismo en los niños.

Debido a esto, la investigación sostiene el propósito general de determinar los diferentes niveles del lenguaje comprensivo y expresivo en niños con Trastorno del Espectro Autista y de definir cuáles son las características más predominantes de estos niños con TEA e identificar cuál es el tipo de autismo más predominante. Siendo así, para delimitar que nivel del lenguaje es el más elevado.

La investigación sostiene un tipo de estudio transversal de tipo observacional, analizando variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población de muestra determinado, las que fueron evaluadas sobre un instrumento de prueba basado en la exploración del lenguaje expresivo y comprensivo, llamado *Preschool Language Scale-3 Picture Manual*.

Los resultados arrojaron que las características predominantes fueron: alto y bajo contacto visual, escasa y funcional atención, falta de iniciación, ansiedad, temperamento, turno de espera apropiado e inexistente, buena y mala conducta, presencia y no presencia de ecolalia, jerga, tranquilidad, comportamiento repetitivo, sin turno de palabra, entre otros. En donde 2 objetos de muestras presentaban Síndrome de Asperger y los 18 siguientes presentaron TEA como diagnóstico.

Finalmente, por ello, llegamos al resultado final de que se presentó un porcentaje homogéneo para ambos niveles del lenguaje en la muestra evaluada.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, nivel comprensivo, nivel expresivo, características, lenguaje.

ABSTRACT

Comprehensive and Expressive Language Levels in Children with Autism Spectrum Disorder, contains the development of what is the concept of Autism Spectrum Disorder, with its specific characteristics, the story of how the term autism was created and the signs identify autism in children.

Because of this, the research supports the general purpose of determining the different levels of comprehensive and expressive language in children with Autism Spectrum Disorder and defining the most prevalent characteristics of these children with ASD and identify the most prevalent type of autism. Thus, to delimit which level of language is the highest.

The research supports a type of cross-sectional observational study, analyzing variables collected over a period of time on a given sample population, which were evaluated on a test instrument based on the exploration of the expressive and sympathetic language, called: Preschool Language Scale-3 Picture Manual.

The results showed that the predominant characteristics were: high and under eye contact, poor and functional attention, lack of initiation, anxiety, temperament, appropriate and non-existent waiting shift, good and bad behavior, presence and no presence of echolalia, jargon, tranquility, repetitive behavior, no turn of speech, among others. Where 2 sample objects had Asperger's Syndrome and the next 18 were diagnosed with ASD.

Finally, therefore, we come to the final result that a homogeneous percentage was presented for both levels of language in the evaluated sample.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Comprehensive Level, Expressive Level, Characteristics, Language.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se basa en el estudio de una muestra sujeta de 4 a 9 años que está bajo el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, con el objetivo de determinar los diferentes niveles del lenguaje comprensivo y expresivo en niños con Trastorno del Espectro Autista y de definir cuáles son las características más predominantes de estos niños.

La importancia de este trabajo es identificar qué nivel del lenguaje es el más elevado. Lo cual se demostrará con un instrumento de prueba llamado *Preschool Language Scale-3 Picture Manual*, que posee en su contenido ítems que estudian los niveles comprensivo y expresivo del lenguaje mediante determinadas edades específicas.

En el capítulo I, se observarán los puntos clave de la investigación, como la justificación de ella, los objetivos meta, la hipótesis de la investigación, y el planteamiento del problema que nos llevó a realizar dicho documento.

El capítulo II se encuentra el marco teórico, con toda la información relevante y valiosa para el lector sobre todo el trabajo, cada subparte sirve de guía a la siguiente, con explicaciones detalladas sobre el lenguaje, el autismo y las incógnitas que se puedan tener sobre este trastorno.

El siguiente capítulo es el III, que contiene, la metodología de esta investigación, el tipo de muestra utilizada, la institución escogida para obtener la muestra, el procedimiento que se tomó para la recolección de datos, que se llevó a cabo con un instrumento capacitado específicamente para que nos diera los resultados que estábamos buscando.

El capítulo IV presenta todos los resultados pertinentes con cuadros y gráficas para su mejor comprensión.

Seguido a esto, el trabajo presenta con conclusiones que se derivan de los objetivos, la hipótesis y los resultados, las limitaciones de dicha investigación. el

instrumento de recolección de datos, nos dio los resultados de destacar las características predominantes de estos niños en general y por edad, al igual que el porcentaje entre los dos niveles para determinar entre ambos cual fue el más elevado, haciendo la investigación un estudio transversal ya que fue observada para analizar el sujeto de muestra dentro del Centro de Atención a la Diversidad de la Universidad Especializada de las Américas.

Finalmente, las recomendaciones son seguidas de una guía dirigida a los padres con hijos que tengan el presente trastorno, contiene un protocolo a seguir muy fácil y divertido tanto para el niño como para la persona que lo utilizara.

CONTENIDO GENERAL

	Páginas
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.1.1 Pregunta de investigación	14
1.2 Justificación	14
1.3 Hipótesis de la investigación	15
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Generales	15
1.4.2 Específicos	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 La comunicación: El lenguaje	17
2.1.1 Componentes del lenguaje	17
2.1.2 Dimensiones del lenguaje	18
2.1.3 Funciones del lenguaje	18
2.1.4 Teorías del desarrollo del lenguaje	19
2.1.5 Mecanismos de adquisición del lenguaje	20
2.1.6 Primera etapa: Nivel pre-lingüístico	21
2.1.6.1 Etapa propioceptiva	21
2.1.6.2 De etapa propioceptiva a lenguaje	22

2.1.7	Segunda etapa: Primer nivel lingüístico	22
2.1.7.1	Monosílabo intencional	22
2.1.7.2	Etapa palabra-frase	22
2.1.7.3	Etapa de la palabra yuxtapuesta	23
2.1.7.4	La frase simple.	23
2.1.8.	Tercera etapa: Segundo nivel lingüístico	23
2.1.9.	Lenguaje interior	24
2.1.10.	Nociones de pensamiento	24
2.2	El juego y el desarrollo del lenguaje	24
2.3	Trastornos del desarrollo del lenguaje	26
2.3.1	causas	26
2.3.2	Retraso simple del lenguaje	26
2.3.2.1.	Clasificación del retraso simple del lenguaje	27
2.3.3	Trastorno específico del lenguaje	27
2.4	El Autismo	28
2.5	Tipos de TEA	32
2.6	Autismo: Identificación e Intervención Temprana	37
2.6.1.	Prevalencia del TEA	38
2.6.2	Señales tempranas de alerta	40
2.7	La Comunicación en el Trastorno del Espectro Autista	41
2.8	El vínculo entre el desarrollo normal y el autismo	46
2.9	“Softwares” y Tecnologías usadas en el Trastorno del Espectro Autista	61

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	70
3.1 Diseño de la investigación	70
3.2 Criterios de inclusión	70
3.3 Sistema de variables	71
3.4 Instrumentos de recolección de datos	71
3.5 Procedimiento	71
CAPÍTULO IV: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	74
CONCLUSIONES	80
LIMITACIONES	81
RECOMENDACIONES	82
INFOGRAFÍA	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	88
ÍNDICE DE CUADROS	110
ÍNDICE DE GRÁFICAS	111
ÍNDICE DE FIGURAS	112

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El lenguaje comprensivo en niños de 2 y 3 años se considera en su cantidad mayormente menor, que el expresivo. Sin embargo, a los 5 años estos niños adoptan un vocabulario complejo en vez de simple, lo que puede ser el resultado de que no siempre comprenden lo que producen, y que su lenguaje se basa de forma superficial.

Es difícil para algunos autores, encontrar las diferencias entre lenguaje expresivo y comprensivo, por lo tanto, llegan a la conclusión de que los niños con autismo, al igual que los de desarrollo normal, comprenden el lenguaje antes de producirlo.

En Corea, Kyeong In, S. y otros autores (2014), realizaron un estudio llamado: Comparación de los perfiles de lenguaje receptivo-expresivo entre los niños pequeños con el trastorno del espectro autista y el retraso del lenguaje del desarrollo. El estudio remarca, que el deterioro del lenguaje expresivo es comúnmente menos grave que el deterioro del lenguaje receptivo en niños con trastorno del espectro autista (TEA), sin embargo, este resultado se basa en experimentos en países occidentales con escalas de idioma occidental.

Dicho estudio trata de averiguar si el resultado, es aplicable a los niños pequeños en un país no occidental, específicamente en Corea con escalas de idiomas no occidentales.

Se estudiaron 166 niños, 103 diagnosticados con retraso en el desarrollo del lenguaje y 63 con TEA. Los resultados mostraron que la capacidad de lenguaje receptivo del grupo con retraso en el desarrollo del lenguaje, era superior a la del grupo de TEA en todos los grupos de edad. Sin embargo, la capacidad del lenguaje expresivo en ambos grupos no mostró ninguna diferencia en todos los grupos de edad.

Se encontró una mayor proporción del tipo dominante expresivo en el TEA. El grupo de 20-29 meses en TEA mostró la mayor proporción de tipo dominante de lenguaje expresivo en los tres grupos de edad, lo que sugiere que cuanto más joven sea el niño pequeño en TEA, más grave será el deterioro del lenguaje receptivo.

Por otra parte, en Londres (Reino Unido), Hudry, K. y otros autores (2010) realizaron una investigación con el objetivo de examinar el retraso del lenguaje expresivo y comprensivo, en 152 niños con Trastorno del Espectro Autista con habilidades que variaban desde el habla pre verbal hasta la fluidez de la misma.

El estudio llamado: Niños en edad preescolar con autismo muestran un mayor deterioro en los receptivos en comparación con las capacidades del lenguaje expresivo. Los resultados nos dicen que, la capacidad del lenguaje de los niños con autismo era inferior a las normas típicas de edad, aunque con una variabilidad individual sustancial. En las tres medidas del lenguaje, la capacidad receptiva estaba relativamente más deteriorada que la capacidad expresiva. Una mayor capacidad no verbal se asoció con un perfil de idioma tan atípico.

De igual manera, Peppé, S. y algunos otros autores (2007) en el Reino Unido realizaron otro estudio de 31 niños con autismo de alto funcionamiento, su objetivo era identificar la naturaleza y el alcance de los déficits prosódicos receptivos y expresivos en estos niños.

Los niños tuvieron un desempeño significativamente menor que en 11 de 12 tareas de prosodia. Las habilidades prosódicas receptivas mostraron una fuerte correlación, con la edad mental verbal en ambos grupos, y en menor medida con habilidades prosódicas expresivas. Las puntuaciones prosódicas receptivas también se correlacionaron con las puntuaciones de prosódico expresivas, particularmente en las funciones prosódicas gramaticales. El desarrollo prosódico

en el grupo parecía retrasarse en muchos aspectos de prosodia y desviado en algunos.

El estudio demuestra que las habilidades prosódicas receptivas y expresivas están estrechamente asociadas en el autismo de alto funcionamiento. Las habilidades prosódicas receptivas serían un enfoque adecuado para la intervención clínica, y se justifica una mayor investigación de la prosodia y la relación entre la prosodia y las habilidades sociales.

Wing (1989), nos dice que el síntoma nuclear del autismo es la deficiencia social, aunque está comprometido por tres componentes principales: reconocimiento social, comunicación social y comprensión social. Sabemos que el Trastorno del Espectro Autista, no se manifiesta idénticamente en todos los niños, puede haber características debido del mismo trastorno como tal, pero no tienen el mismo efecto.

Por lo tanto, esto nos da resultado a que un niño gravemente comprometido, no hará el mínimo esfuerzo en comunicarse. Ahora si bien es mencionado como no se manifiesta igual, algunos niños con lenguaje expresivo no siempre comprenden el mensaje.

Cabe destacar que, teniendo estos tres componentes afectados, nos da resultado a trastornos del lenguaje en el ámbito pragmático, que afecta tanto la comprensión como la expresión.

Actualmente en Panamá, según la Secretaria Nacional de Discapacidad (SENADIS), se cuenta con 79 niños certificados con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo, no cuentan con datos estadísticos que demuestren el nivel del lenguaje, solamente en características generales.

1.1.1. Pregunta de investigación

¿Los niños con TEA presentan niveles del lenguaje comprensivo más elevado que el lenguaje expresivo?

1.2 Justificación

La parte comunicativa del Trastorno del Espectro Autista es una de las áreas más frecuentemente afectadas y una de sus principales características. Investigadores muestran que, aunque niños presenten un vocabulario mayormente extenso, presenten fallas o dificultades en la fonología y en la prosodia en conjunto con ecolalia, y al igual con niños que presentan cero lenguaje tanto expresivo, como comprensivo.

la Organización Mundial de la Salud (2019) , reveló que 1 de cada 160 niños tiene autismo, aunque debemos aclarar que también puede derivarse de distintos tipos de TEA. Podemos analizar, que ese porcentaje de niños tienen deficiencias en el lenguaje comprensivo y expresivo, lo cual, en su mayoría, su edad cronológica puede estar por debajo de estos niveles del lenguaje.

Lo que nos lleva a la conclusión de que las intervenciones deben estar reflejadas en el entorno social, con un ambiente accesible e inclusivo.

Por lo tanto, podemos decir, que es una de las señales más notables en el autismo y actualmente, se recalca que las habilidades lingüísticas son limitadas dependiendo del tipo y la gravedad en que se manifieste el trastorno en el niño, incluyendo el aspecto social, el retraso del lenguaje expresivo y comprensivo.

Este trabajo beneficia a los niños con TEA primordialmente y también a las personas que ayudan a la rehabilitación de los mismos, con el propósito de conocer entre el lenguaje expresivo y comprensivo, cual es el que mayormente está afectado.

La importancia de identificar este nivel, nos ayuda a priorizar la necesidad fundamental en el niño/a, resulta difícil para el especialista trabajar una rehabilitación integral con un niño que no está comprendiendo lo que se le pide, lo que nos lleva a una dirección lejana a una rehabilitación provechosa para el niño/a, una vez determinemos el nivel, se puede trabajar secuencialmente ya sea lenguaje comprensivo/lenguaje expresivo o lenguaje expresivo/lenguaje comprensivo.

1.3 Hipótesis de la investigación

Hipótesis de investigación H1

Los niños con TEA presentan niveles del lenguaje comprensivo más elevado que el lenguaje expresivo.

Hipótesis nula HO

Los niños con Trastorno del Espectro Autista presentan un lenguaje comprensivo a niveles más disminuidos que el lenguaje expresivo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Identificar los diferentes Niveles del Lenguaje Comprensivo y Expresivo en niños con Trastorno del Espectro Autista.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir los Niveles de lenguaje en los niños con trastornos del espectro Autista mediante la prueba PLS-3.
- Demostrar cuál es el tipo de diagnóstico con mayor afectación.
- Indicar las características en común que tienen estos usuarios evaluados.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 La comunicación: El lenguaje

Vygotsky (1934), considera que el lenguaje posee una naturaleza social; en tanto es producto de una sociedad y expresión de una cultura. Este se adquiere en la comunicación y el diálogo con los demás; no obstante, al mismo tiempo que social, tiene una naturaleza intelectual y abstracta.

Primeramente, antes de detallar el universo, del Trastorno del Espectro Autista, se debe conocer cuál es la complejidad a la que llamamos lenguaje.

2.1.1. Componentes del lenguaje

Se definen como las cuatro partes principales que componen el lenguaje los cuales son:

- Fonología: estructuración y secuenciación de los sonidos de nuestro idioma.
- Semántica: son los conceptos y los significados representado por las palabras.
- Gramática: se divide en:
 - Sintaxis: las reglas por medio en que las oraciones son formuladas.
 - Morfología: el uso de marcadores que van dentro de estas oraciones.
- Pragmática: son las reglas utilizadas para el uso correcto y el funcionamiento adecuado en el proceso de la comunicación. Por ejemplo: el turno de la palabra o el inicio y finalización de una conversación.

2.1.2. Dimensiones del lenguaje

Belinchón, Riviere e Igoa (1992), postulan que las tres dimensiones del lenguaje como, dimensión estructural es la que define como es el sistema lingüístico, la dimensión funcional compone para qué sirve el lenguaje y la dimensión comportamental determina cómo se comportan los agentes (producción y comprensión) de la comunicación.

2.1.3. Funciones del lenguaje

Cuadro N° 1: Las funciones del lenguaje

Función	Descripción	Ejemplo
Expresiva	Permite que el emisor exprese sus conocimientos o pensamientos.	Contar una experiencia.
Referencial	Trasmitir cierta información	“la clase es a las 10:30 a.m.”.
Apelativa	Provocar la respuesta del receptor	Hablar por teléfono
Fática	Verifica el contacto entre el emisor y el receptor. Para saber cuándo terminar o continuar una conversación.	Saludo, felicitaciones, dedicatorias.
Metalingüística	Cuando la lengua se toma así misma como referente.	“manzana es sustantivo común”.
Poética	Es la función propia de la literatura y de la poesía.	“déjame hundirme en el océano de tu belleza”.

Fuente: Troncoso F. (2016). Funciones y dimensiones del lenguaje. <https://www.slideshare.net/freddycontreras16/funciones-y-dimensiones-del-lenguaje-63356594>. Chile.

Por cierto, este tipo de naturaleza del que Vygotsky (1934) nos habla, se transforma de lenguaje a comunicación, simplemente por el hecho de solo utilizar la conciencia como fuente de pensamiento, para expresar lo que sentimos, lo que queremos transmitir, aunque comience desde el nacimiento y que quede permanentemente a lo largo de nuestras vidas.

2.1.4. Teorías del desarrollo del lenguaje

Cuadro N° 2: Las Teorías del desarrollo del lenguaje

Teoría	Fecha	Descripción
Chomsky Teoría del innatismo	1928	todos los seres humanos nacemos con una habilidad innata para asimilar estructuras del lenguaje. En su Teoría de la Gramática Universal, Chomsky postula que todos los lenguajes humanos están contruidos sobre una base estructural común.
Whorf Teoría del determinismo	(1897-1941)	Consiste en considerar el lenguaje como una herramienta que determina nuestro pensamiento. El lenguaje determina el pensamiento.
Skinner Teoría del conductismo	(1904-1990)	Él dice que todas nuestras características son conductas, el ser humano no tiene nada innato a la hora de aprender el lenguaje. Hay que ver el lenguaje como una conducta más y a partir de ahí ver cómo se modifica.
Teorías Cognitivas		

<p style="text-align: center;">Piaget Teoría del constructivismo</p>	<p style="text-align: center;">(1896-1934)</p>	<p>Define que el lenguaje hablado se divide en: Egocentrismo: todo lo hace hacia su propio yo hasta los 3 años, adquiere el lenguaje según sus necesidades y su propio yo. Lenguaje social: es la etapa en la que las relaciones sociales marcan el lenguaje.</p>
<p style="text-align: center;">Vygotsky Teoría del enfoque social</p>	<p style="text-align: center;">(1896-1934)</p>	<p>Determina que el origen del lenguaje es social, es una herramienta para poder comunicarnos, y nos comunicamos para realizar intercambios sociales.</p>
<p style="text-align: center;">Luria Teoría del neurolingüismo</p>	<p style="text-align: center;">(1902-1977)</p>	<p>Dice que el lenguaje es el regulador del pensamiento. Gracias al lenguaje nosotros podemos coordinar, establecer y facilitar otras formas de comportamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Bruner Teoría del neurolingüista</p>	<p style="text-align: center;">(1915)</p>	<p>Quiere conciliar la postura de Piaget con la de Vygotsky, parte de la base de la teoría de Piaget, pero afirma que el lenguaje modifica el desarrollo del pensamiento y en eso coincide con Vygotsky. También afirma que es necesario que existan ciertas bases cognitivas.</p>

Fuente: López, C. (2011). Teorías del lenguaje. Chile.

2.1.5. Mecanismos de adquisición del lenguaje

- Imitación: tener el modelo de imitación, ayuda al niño a reconstruir una nueva organización de lo adquirido.

- Observación: es el elemento en donde se canaliza la atención y es el punto de partida de la comunicación.
- Acción: ayuda a analizar, clasificar, agrupar, realizar interacciones, en la adquisición del lenguaje comprensivo y expresivo.
- Juego: es un factor que ayuda a la toma de decisiones y desarrolla el pensamiento.

El autor Azcoaga (1986), determinó las etapas de adquisición del lenguaje desde un punto de vista global a través de la comunicación.

2.1.6. Primera etapa: Nivel pre-lingüístico

Al momento de nacer, da inicio a las primeras fases de la comunicación, por lo que es el llanto y la mirada. En la etapa de la lactancia la fijación de la mirada del niño/a al rostro de la madre, es el comienzo a que posteriormente se dé al desplazamiento del rostro en general y de los objetos. Ahora el llanto es parte fundamentalmente comunicativa, porque la entonación, el ritmo y la intensidad, transmiten distintos mensajes que se pueden diferenciar debido a la necesidad del bebé.

Este proceso es el mismo, al del lenguaje de la madre, y la comunicación a través de gestos.

De igual, manera forman parte para el futuro desarrollo del lenguaje, empezando por la decodificación semántica; siendo esto, el mensaje transmitido se almacena como una respuesta acorde al factor estimulante, cuando un niño/a atiende a una consigna dada por la madre, podemos observar, que la información dada, está bien procesada semánticamente.

2.1.6.1 Etapa propioceptiva

El comienzo de retroalimentación auditiva, propioceptiva auditiva, en donde se desarrolla la reproducción fónica con la repetición de sonidos, alrededor del segundo mes de vida.

2.1.6.2. De etapa propioceptiva a lenguaje

En este instante, el niño/a selecciona los correctos sonidos del entorno, en donde la lengua tiene la función de regular y reforzar, transformando estos sonidos en fonemas.

Azcoaga, Bello, Citrinovitz, Derman y Frutos (1977), definen que, los fonemas producidos en esta etapa se denominan estereotipos fonemáticos. Estos autores lo definen, como “una unidad que con su desarrollo en los aspectos fonéticos y semánticos darán lugar a futuras adquisiciones hasta completar la adquisición del código semántico y fonológico”.

2.1.7. Segunda etapa: Primer nivel lingüístico

Consiste en el nacimiento de palabras nuevas, como resultado de la combinación de los estereotipos fonemáticos desde el primer año hasta aproximadamente los cinco años.

De igual forma, estas combinaciones se dan mediante un proceso de repetición e inhibición, dándose simultáneamente el proceso de incorporación de significados con estímulos del sentido visual, auditivo, del gusto, y la combinación de estos en un tipo de síntesis especial (gnosias). Luego entramos en lo que es la generalización de la palabra (la palabra representa una diversidad de objetos), esta generalización se transforma en la adquisición de significados para cada palabra.

2.1.7.2 Monosílabo intencional

Cuando el niño logra caminar y conquistar los sentidos espaciales, esto tiene repercusión en el lenguaje ayudando en la función comunicativa de la comprensión. Comienza antes del año al año y medio.

2.1.7.3 Etapa palabra-frase

Ampliación de los recursos fonológicos, utilizando la palabra en un contexto en mayor significado.

Situación → mímica → entonación = expresan el contenido comunicativo.

Esto quiere decir que las motivaciones del niño nos van a guiar a una etapa de comunicación social. Empieza luego que cumple el primer año y se aproxima hasta los dos años de edad.

2.1.7.4 Etapa de la palabra yuxtapuesta

Aquí surge la palabra-frase, en donde el niño utiliza dos palabras que están vinculadas entre sí haciéndola una oración restringida, dándonos como resultado una cantidad de palabras pronunciadas.

2.1.7.5 La frase simple

Es el comienzo de la articulación de las palabras. Los gestos y el contexto situacional trabajan en conjunto para la comprensión del significado. Sin embargo, empieza ese diálogo interno del niño/a mientras desarrolla el juego, desde los dos años.

2.1.8 Tercera etapa: Segundo nivel lingüístico

Aproximadamente, a los cinco años de edad extendiéndose hasta los doce, el niño/a contiene un sustento evolutivo fonológico y gramatical, transformándolo en un lenguaje muy parecido al que utilizan los adultos. Se evidencia, la utilización de oraciones estructuradas complejas, el uso de los verbos con su tiempo, la similitud del género y el número en una misma oración. Las adquisiciones del desarrollo normal del lenguaje permiten al niño/a tener una mejor comprensión en el aprendizaje pedagógico y de lecto-escritura.

Piaget (1982) nos rectifica que, el correcto orden del lenguaje exterior (semántico-pragmático), así como el lenguaje interior, permiten una correcta evolución de las etapas del pensamiento, el período sensorio-motor, el simbólico, el intuitivo, el de las operaciones concretas y el lógico-formal.

Vygotsky (1934) planteó que, el lenguaje realiza el mismo proceso de internalización que efectúan todas las funciones psicológicas superiores, es decir, primero son externas sociales y luego se transforman en individuales internas.

Por consiguiente, los aspectos sociales e individuales, permiten la determinación entre significado y el sentido. En donde, el sentido es la sumatoria de los procesos psicológicos que provocan la palabra en nuestro pensamiento, por lo que es inestable y de naturaleza afectivo-emocional. Pero el significado, parte siendo una de las zonas del sentido, de naturaleza cognitiva, relativamente estable y precisa.

Vygotsky (1934) dice que una palabra adquiere el sentido del contexto que la contiene, y cambia de acuerdo a este y el significado se mantiene estable a través de los cambios de sentido.

2.1.9 Lenguaje interior

Así pues, la internalización del lenguaje pasa de ser social externa a individual interna. Alrededor de los cuatro años el niño/a va dejando el lenguaje externo, haciendo así su juego transformado al lenguaje interno. Sus características esenciales son su sintaxis, su reducción fonética y su estructura semántica, dando como resultado el sentido sobre el significado.

2.1.10 Nociones de pensamiento

El desarrollo del lenguaje del niño/a influye sobre el pensamiento y lo reorganiza. Por ejemplo: la progresión del pensamiento en estadios que finalizan con la formación de conceptos y el estadio inicial donde prevalece el aspecto sensoperceptivo y va transformándose a lenguaje como tal.

2.2 El juego y el desarrollo del lenguaje

De ahí que, el juego forma parte vital del crecimiento y del desarrollo de los niños, porque, por medio de este aparte de satisfacer sus necesidades, aprenden de su entorno. En donde al principio, entran en la etapa de exploración y conocimiento,

todo es nuevo para ellos y tienen tantas dudas que para responderlas utilizan el juego como mecanismo, por ejemplo: lo que sienten cuando tocan una pluma de ave, que luego se transforma de un descubrimiento a un juego simbólico.

A medida que el tiempo avanza el juego se vuelve más divertido para ellos, porque ya les dan significado a las cosas, pueden jugar con su imaginación y pensar que están en una nave espacial, cuando en realidad solo están en la bañera, para esto se le conoce con que el niño/a ya ha experimentado esto antes, por medio de una película o libro de cuentos, pero esto lo separa de la realidad.

Todo este proceso lleva dos grandes partes: la percepción y el significado, porque el niño regula su conducta mediante el contexto, lo cual nos da el resultado de que su lenguaje es utilizado específicamente en un solo contexto en específico.

Alrededor de los cuatro o cinco años de edad utiliza un vocabulario que explique, defina el contexto del juego.

El pensamiento y la representación de este a través del juego es una herramienta sin límites para el desarrollo del lenguaje, no solo porque a través de la estimulación y la satisfacción de él mismo que lo mantiene motivado a seguir, también lo ayuda a tomar decisiones y recrear situaciones que lo ayudan a desenvolverse de distintas maneras al mismo tiempo.

Cuando el juego es solo imaginario, puede tornarse aburrido, porque en realidad no tiene ni principio ni fin, el niño es el que toma todas las decisiones, por lo tanto, cuando se fija un objetivo, se crea un engranaje más faltante en lo anterior.

Se pueden elegir dos variantes: solo o en grupo. Al crear reglas y parámetros con un objetivo final, podemos decidir estimular una sola área o varias al mismo tiempo. Al jugar con sus semejantes les ayuda a experimentar el mundo real poco a poco de manera divertida y los hace desenvolverse por sí solos.

Los niños con TEA no pasan desapercibidos de todos estos aspectos, aunque sus intereses sean muy limitados, está de parte del padre o especialista, encontrar donde está la base de motivación, sin alejarnos de los parámetros de conducta donde se puede hacer un ciclo de fijación y el momento de juego no llegará a su objetivo. Ahora, si bien es cierto, algunos niños/as con autismo no tienen socialización, no quiere decir que no puedan aprender a desarrollarla mediante el juego.

Cognitivamente están dispuestos a aprender lo que deseemos enseñarles. El juego sirve como herramienta para estimulante del lenguaje, al principio quizás aparezca un lenguaje ecolálico y estereotipado, pero si utilizamos el mismo objetivo de distintas maneras, podremos conseguir que pase a un lenguaje por imitación y luego de este, su propio lenguaje, el sentido de comunicarse y darnos el mensaje de que comprende el contexto.

2.3 Trastornos del desarrollo del lenguaje

2.3.1. Causas

Debemos entender que los trastornos del lenguaje parte de estos:

- Trastorno de lenguaje expresivo: comunicar un mensaje a otros.
- Trastorno del lenguaje comprensivo: entender dicho mensaje.

Para desarrollar el lenguaje, un niño debe ser capaz de oír, ver, entender y recordar. Los niños también deben tener la capacidad física para formar el discurso.

2.3.2. Retraso simple del lenguaje

Esta determinado como una disfunción evolutiva, que suele afectar a más de uno de los niveles del lenguaje (morfológico, fonológico, pragmático, y semántico), en donde la fonología y la sintaxis pueden llegar a ser los más afectados. Afecta mayormente en la expresión y algunas veces en la comprensión sin que la causa sea una lesión neurológica o una deficiencia auditiva.

2.3.2.1. Clasificación del retraso simple del lenguaje

- **Leve**
cuando es menor a tres meses de lo esperado para su edad. Lo que más llama la atención son distintas formas de facilitación fonológica. Desde el punto de vista semántico, la actualización lingüística de contenidos cognitivos es ligeramente más escasa que en los niños sin retraso simple (RL). No obstante, su comprensión parece normal.
- **Moderado**
si es de tres a seis meses: la reducción de patrones fonológicos es más evidente. Semánticamente, la pobreza de vocabulario expresivo es ya notoria, nombran los objetos familiares, pero desconocen el nombre de muchos otros objetos y conceptos conocidos por los niños de su edad. Desde el punto de vista morfosintáctico, están presentes los signos que determinan funciones semánticas primarias: interrogación, negación, etc. Es en los signos que determinan funciones semánticas secundarias de categoría nominal (género y número) y verbal donde se manifiestan claros déficit.
- **Severo**
si es mayor de nueve meses. En el retraso grave del lenguaje, los niños tienen reducidos sus patrones fonológicos casi al mínimo y se dan problemas en la articulación. El área del significado es pequeña en cantidad y calidad. Su sintaxis se parece a la de etapas muy primitivas (habla telegráfica). En la pragmática se percibe una conversación centrada en sí mismo.

2.3.3. Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)

Interfiere en el desarrollo de las habilidades del lenguaje en niños que no tienen pérdida de audición o discapacidad intelectual. El trastorno específico del lenguaje puede afectar el habla, la capacidad para escuchar, la lectura y la escritura de los niños.

Niños de edad preescolar que tengan TEL pueden verse afectados en

- Tardarse en agrupar oraciones
- Dificultad para aprender nuevas palabras y conversar
- Dificultad en seguir consignas, porque no comprende la instrucción
- Puede cometer errores gramaticales al momento de hablar

En edades un poco mayores afectaría

- Lenguaje figurado
- Oraciones complejas
- Dificultades en la lectura
- Narración y ortografía desorganizada

2.4. El Autismo

El Trastorno del Espectro Autista es conocido como un desorden cognitivo/neurológico, que se da a conocer en los primeros años de vida y seguirá estando presente de manera progresiva, porque hasta la fecha no tiene cura, pero, posee intervenciones interdisciplinarias, para garantizar una mejor la calidad de vida. En donde afecta el área social, comunicativa, cognitiva, haciendo que la persona presente habilidades limitadas para expresarse ante el mundo que lo rodea.

Es más, estadísticas señalan que afectan entre dos y 10 personas por cada 10,000 habitantes, estos siendo más hombres que mujeres. Las causas son desconocidas, aunque algunos expertos lo vinculan con una combinación entre genética y ciertos factores ambientales.

Desde hace cuatro décadas el término de autismo se vio reflejado en las investigaciones de autores como lo fue Harlan Lane (1976) en donde salió a la luz el libro “El niño salvaje de Aveyron”, en donde se exponían las conductas de Víctor y como estas eran categorías como autismo, sin embargo, el abate Pierre –

Joseph Bonnaterre (1976), analizó minuciosamente sus conductas y quedó que Víctor presentaba dificultades en las habilidades sociales, en la parte sensorial y además, no mostraba ningún interés hacia el juego simbólico.

Años anteriores el psiquiatra Paul Eugen Bleuler (1911), se refirió al autismo como una alteración dentro de la esquizofrenia, que se presentaba como un aislamiento del mundo exterior, al igual que tiempo después el psicólogo Carl Gustav Jung dio a conocer conceptos de personalidades extrovertidas e introvertidas, en donde el introvertido para Jung, era un individuo que encontraba satisfacción en estar solo y refugiarse en su burbuja interior, definida como “autismo”, y se podía creer que este estaba caracterizado como parte de la esquizofrenia.

Es ahí, en 1943 donde Leo Kanner publicó un artículo llamado “Autistic Disturbances of Affective Contact”, para dar como fundado el término “autismo precoz infantil”. Muchos casos empezaron a relucir en diversos países, pero nadie podía diferenciar el autismo de otros trastornos, porque no conocían el cuadro tan a fondo como Kanner. Por ellos, se postuló criterios que definían el autismo precoz como lo son:

- Contacto escaso con otras personas
- Preservación de identidad
- Fijación con los objetos
- fisionomía inteligente y pensativa
- Comunicación verbal escasa representada por mutismo

De todo, esto Kanner destacó como característica principal: el deseo obsesivo de preservar la identidad, pero reusándose a cualquier tipo de cambio.

Con el tiempo este término recorrió, sin número de lugares, por lo cual en Europa estaba teniendo un gran auge, pero en cuanto a América estaban surgiendo interpretaciones contradictorias y discordantes, en donde el autismo se volvió moda, mas no un término clínico.

Se diagnosticaban con autismo a niños/as con discapacidad intelectual vinculados a alguna sintomatología extraña, pero más que nada se expandió a tal extremo, de que el autismo era dependiente únicamente de premisas de sentido emocional materno.

Por lo tanto, cuestiones como genética, metabolismo o el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, eran totalmente descartados. Kanner al verse frente a esta polémica se tomó el trabajo riguroso de sustentar la comprensión y separar los límites de autismo y esquizofrenia.

Esto lo llevó a realizar una sintomatología del autismo debido a las observaciones de ocho niños y tres niñas, estos once, compartían el factor común de las siguientes características:

- Dificultad en realizar vínculos sociales
- Dificultades del lenguaje (ocho de ellos presentaban lenguaje normal o levemente retrasado)
- Se reusaban a los cambios
- Tenían habilidades especiales para actividades específicas (juegos de mesa)
- Consistían de un nivel cognitivo alto, pero no salían a relucir
- Los primeros síntomas estaban desde el nacimiento

No obstante, años después del artículo publicado por Kanner, el pediatra Hans Asperger publicó hallazgos similares a las de Kanner, en donde recolectó la información de cuatro personas utilizando el término de psicopatía autista, pero tanto Asperger como Kanner desconocían el trabajo y publicación de ambos.

Los pacientes de Asperger reflejaban una conducta derivada de:

- Sin empatía e ingenuidad
- Lenguaje chocante y/o repetitivo
- Poco interés por ciertos temas
- Poca habilidad social

- Escaso lenguaje no verbal
- mala coordinación motora

Lamentablemente, estas publicaciones fueron ignoradas por las ramas de psiquiatría y neurología en la gran mayoría de países por ser una publicación enteramente en alemán, hasta que los trabajos de traducción al idioma inglés de Lorna Wing, a quien se le da el mérito del término Síndrome de Asperger.

Ewa Ssucharewa (1926) dio a conocer la primera descripción de pacientes que actualmente diagnosticamos con Síndrome de Asperger.

Con el fin de llegar a un acuerdo sobre la conceptualización de los trastornos mentales y tomando en cuenta los diagnósticos entre profesionales y sus publicaciones, se llevaron a cabo, manuales diagnósticos, la OMS International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association y el Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

La primera versión fue el DSM-I “reacción esquizofrénica de tipo infantil”. En donde el autismo se presenta como un tipo de esquizofrenia, siguiendo el lineamiento de los aportes de Leo Kanner.

El DSM-II (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders) “esquizofrenia de tipo infantil”. Síntomas que aparecen antes de llegar a la pubertad (comportamientos atípicos, no desarrollan identidad sin estar con la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo integral).

El DSM-III “autismo infantil”. Para poder ser diagnosticado correctamente, se presentaban seis prerequisites esenciales.

El DSM-III TR “trastorno autista”. Se amplió la versión con criterios minuciosos y detallados con parámetros establecidos que descartaban cuando un criterio debía ser positivo, de dieciséis criterios, se realizó una revisión del DSM y se redujeron a seis criterios.

El DSM-IV y el DSM-IV TR. Representaron cambios, en donde conceptualizaron 5 tipos de autismo: Trastorno autista, Trastorno desintegrativo infantil y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Además, se incorporó el término de Trastornos generalizados del desarrollo, como denominación global los subtipos de autismo.

Actualmente, en la edición del DSM-V, se asocia el término “autismo” con el de “espectro”. Se sustituye el título de Trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastornos del Espectro Autista (TEA), este cambio va más allá de la adecuación semántica, porque los trastornos generalizados del desarrollo del DSM-IV TR es mencionado, tipos de conducta, intereses restrictivos, repetidas o estereotipadas; lo cual permanecerá casi similar.

Sin embargo, se añadirá la hipo o hiperactividad a estimulantes en la parte sensorial o una fuerte atracción hacia los aspectos sensoriales del mundo exterior.

La importancia del período anterior a cumplir los tres años de edad, ya tenían que haber manifestado retrasos o alteraciones en la habilidad social, utilización del lenguaje verbal y no verbal o el juego simbólico, estos se suplantaron por síntomas presentes desde la infancia, aunque no podían notarse hasta que fueran expuestos al mundo que los rodea, obligándolos a ser parte de él.

2.5 Tipos de Autismo

Como ya fue mencionado de manera previa, el autismo da inicio en los primeros tres años de edad, siendo los padres las primeras personas en identificar los cambios en el comportamiento en su hijo. Siendo estos: cero intereses, escasa comunicación verbal, soledad (en su propio mundo) sin formar parte del mundo exterior. Por lo tanto, se pueden mencionar los tipos de derivados de este trastorno:

- Síndrome de Rett

Es de carácter regresivo y progresivo del Sistema Nervioso Central, exclusivamente en niñas y con un proceso degenerativo.

Sus alteraciones se presentan en la comunicación, cognición, la motricidad (fina y gruesa) y contiene hipotonía corporal. Al principio se puede notar que el niño/a se va desarrollando normalmente, pero a medida que va avanzando el tiempo, la hipotonía es el síntoma principal y luego de esto nos encontramos con la pérdida voluntaria y funcional del uso habitual de manos y la habilidad de expresarse al momento de hablar.

La sintomatología principal, puede ser dificultades en el proceso de caminar y gatear, y escaso contacto visual, movimientos compulsivos en las manos (frotarse constantemente y lavarse las manos). Es importante mencionar que, el proceso regresivo es inesperado y puede ser repentino.

La característica más debilitante de este síndrome sería la incapacidad de realizar funciones motoras, que interfiere mayormente con los movimientos corporales, como fijar la mirada y la habilidad del habla.

Las personas diagnosticadas con el Síndrome de Rett en ciertas ocasiones, a menudo presentan comportamientos relacionados con autismo. Otra sintomatología puede incluir caminar de puntillas, insomnio; caminar con las piernas muy separadas, chasquear los dientes y problemas al momento de masticar; retraso en el crecimiento; pueden presentarse convulsiones; dificultades del aprendizaje y problemas respiratorios cuando despierto.

- Síndrome de Asperger

Considerado el tipo más difícil de diagnosticar, porque no tiene ninguna identificación clínica específica para distinguirlo. Sin embargo, la alteración

base se encuentra en la integración social y del comportamiento, comprometiéndolo de forma integral y en el área laboral a futuro.

Carecen de: habilidades sociales, empatía hacia otras personas, coordinación corporal, comprender ironías; doble sentido de ciertos mensajes y obsesión con ciertos temas. Poseen alteraciones cognitivas condicionadas por la disfunción ejecutiva, la cual en el Síndrome de Asperger incluye la rigidez mental, problemas para afrontar cambios, tienen un interés limitado para ciertas cosas, fijaciones y dificultades de atención que suelen estar presentes, al igual que otras alteraciones tales como:

- Dificultades para realizar actividades que requieran finalidad
- Dificultad con la secuencia
- Atención en varios aspectos de un solo problema, pero al mismo tiempo
- Evitar hacer acciones espontáneas que llevan al error
- Memoria de largo y corto plazo
- Comprender el núcleo de una situación compleja
- Resistirse sobre algo que provoque la distracción
- Mantener un tipo de comportamiento en un tiempo determinado
- Capacidad para organizarse

Otra de las áreas afectadas sería la incapacidad para responder o adaptarse al procesamiento de los estímulos sensoriales dándonos alteraciones tales como:

- Trastornos en el desarrollo de la coordinación
- Trastorno en el funcionamiento vestibular de la percepción
- Alteraciones táctiles
- No perciben las formas espaciales
- Coordinación auditiva-lingüística
- Escasa coordinación de ojos y manos

Gillberg y Gillberg (1983) establecen como condición para diagnosticar el Síndrome de Asperger (SA), el lenguaje debe cumplir al menos tres de los siguientes aspectos: alteración en su desarrollo, el lenguaje expresivo contiene un vocabulario complejo, lenguaje chocante, su prosodia con léxico excesivo y/o alteraciones en la comprensión.

Szatmari, Bremer y Nagy (1984) recalcan el lenguaje, refiriéndose mayormente al área pragmática. Según estos autores, el SA debe cumplir dos de las siguientes condiciones referidas al lenguaje: un habla excesiva, al igual que un habla escasa, falta de sentido en una conversación, uso inapropiado de palabras y secuencia de lenguaje repetitivo.

El lenguaje está alterado en la pragmática, lo que es la utilización contextual de la palabra, por lo tanto, estamos hablando de lo que se encuentra alterado sería: el turno de la palabra, los inicios de conversación, lenguaje figurado, la clarificación de ideas o del mensaje que se está recibiendo, y también el mutismo selectivo, que limita el lenguaje de manera total o parcial en determinadas ocasiones.

- Trastorno desintegrado infantil o síndrome de Heller

Es decir, se manifiesta de manera regresiva y repentina, porque puede aparecer a los dos años de edad, como también pasados los diez años. Al igual que los otros tipos de TEA suelen condicionar las mismas áreas (lenguaje, motricidad y la integración social). Aunque cabe destacar que, inclusive el/la niño/a se da cuenta de su comportamiento y se lo cuenta a los padres.

Durante el inicio de la infancia, los padres no logran notar ninguna alteración, porque el desarrollo del niño/a se va desarrollando de manera normal. Sin embargo, cuando las primeras señales de alerta del trastorno comienzan a relucir, las pérdidas de las habilidades ya adquiridas avanzan de manera progresiva al deterioro, a menudo todo ocurre en cuestión de días. De esta manera, el niño/a comienza a tener problemas realizando tareas y actividades que antes hacía por su cuenta y el proceso degenerativo es más evidente. Los síntomas principales son:

- Problemas para expresar lo que siente o para enunciar palabras, siendo así también afectada la fluidez del propio lenguaje e inclusive la comprensión de este. Siéndole difícil de seguir consignas simples, usando como recurso para comunicarse un lenguaje repetitivo y estereotipado.
 - No controla esfínteres
 - Problema psicomotriz como caminar, corregir o cambiar de postura, también dificultad en la coordinación
 - Pierde las habilidades para jugar solo y en compañía. Aunque también repercute en que se le olviden las reglas del juego
 - Alteraciones en la adaptación social. porque su comportamiento va de manera regresiva siendo infantil, por lo tanto, no logra un buen vínculo con los demás
 - Sus intereses se vuelven muy limitados y adquieren un comportamiento estereotipado y repetitivo. Es importante recalcar que una vez estas habilidades se pierden, no se vuelven a recuperar
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Es un término clínico utilizado en casos en que la sintomatología esté conformada por distintos elementos, como para que forme parte de alguno de los tipos derivados del autismo. Algunas características también son: trastornos de empatía social, comunicación escasa, intereses específicos y actividades inusuales para otros y estereotipadas.

Por lo tanto, estos niños/as presentan alteraciones neurológicas específicas, como en el área sensorial, trastornos del lenguaje y disfunción ejecutiva, dificultad en la memoria de trabajo. También se puede mencionar que las alteraciones siguientes, son más comunes en aparecer en familias disfuncionales, por ejemplo, cuando el niño/a ha pasado por algún tipo de suceso traumático o experimentado por ejemplo el divorcio de sus padres.

Aunque su período de lactancia puede haber sido tranquilo y el inicio de su niñez haya sido pasiva, estos niños/as cuentan con algunos signos desde una edad temprana.

- Hipotonía muscular
- Rabiets y ataques de pánico inexplicables
- No muestran sonrisa
- Reflejan una mirada sin enfoque o dan a entender que están tristes
- Rechazar el contacto físico o negarse a tocar/reaccionar a objetos y estímulos externos
- Resistencia a los cambios (balanceo cuando se sienten nerviosos)
- Se interesan por objetos o ruidos que a otros niños/as no les llamaría su atención
- No se dan cuenta de que algunas de sus acciones son malas, siendo estos muy propensos a sufrir accidentes
- Ecolalia
- Tendencia a auto regresiones (dificultades alimentarias, ya sea porque rechazan la comida o simplemente no quieren masticar)

2.6 Autismo: Identificación e Intervención Temprana

Rectificando, el aumento en la prevalencia del TEA y la importancia de su detección durante los primeros 3 años de vida tienen una relevancia sustancial para la intervención temprana.

Se considera las formas más comunes de discapacidad del desarrollo. Aunque se considera también un trastorno de baja prevalencia.

A pesar de que investigadores reconocen el TEA como un trastorno del neurodesarrollo asociado con el riesgo genético, los mejores tratamientos son

conductual, desarrollo, terapia de lenguaje, integración sensorial u otra integración en el mismo, en el que es importante añadir, que mientras más temprano sea la intervención, se obtendrán los mejores resultados para la vida de los niños/as.

2.6.1 Prevalencia del TEA:

Rice (2007) informó que el TEA afecta a los niños de 3 a 4 veces más a menudo que las niñas, aunque las niñas parecen estar más gravemente afectadas por el trastorno. Sin embargo, Carter y sus colegas (2007) observaron cierta discrepancia con respecto a si las diferencias de género en el funcionamiento del desarrollo son tan pronunciadas en los niños pequeños con autismo.

En el pasado, los investigadores informaron que cerca del 75% de las personas con TEA también tenían discapacidades intelectuales que se habían producido; sin embargo, Volkmar, Lord, Bailey, Schultz y Klin (2004) sugirieron que la proporción podría ser ahora al 50%.

Por último, la prevalencia de este, no parece estar representada desproporcionadamente en grupos étnicos, raciales o socioeconómicos. Sin embargo, el trabajo reciente de Mandell y sus colegas (2009) indicó que la raza/etnicidad, así como los factores socioeconómicos, afectan la edad a la que se diagnostican, con niños/as de grupos minoritarios y de menores ingresos o retenciones rurales, a menudo diagnosticados a edades posteriores.

En tanto, la etiología del TEA se considera idiopática en aproximadamente el 90% al 95% de los casos. En el otro 5% a 10%, se cree que las características del autismo son secundarias a la discapacidad primaria de los niños/as.

Algunas causas secundarias comunes del autismo incluyen el factor ambiental como: exposición temprana a la rubéola, anomalías cromosómicas y trastornos genéticos. Uno de los trastornos genéticos más comunes asociados al TEA, es el síndrome x frágil con 15% a 25% de las personas con el síndrome que presentan características de este trastorno. (Bailey, Mesibov, Halton, Clark & Roberts, 2004; Rogers, Wehner & Hagerman, 2001).

De igual forma, los científicos han seguido entendiendo mejor la etiología y muchos investigadores han enfatizado el papel de la genética. Por ejemplo, Dawson (2008) informó que las tasas de concordancia en gemelos con TEA son del 69% al 95% para los gemelos monocigóticos, en comparación con el 3% al 8% para los gemelos dicigóticos.

Otros investigadores han encontrado que el riesgo de recurrencia del autismo en un hermano menor, de uno o más hermanos mayores tiene el trastorno, oscila entre el 2% y el 35% (Landa & Garrett-Mayer, 2006; Zwaigenbaun, 2007).

El fenómeno de la regresión autista ha sido una de las razones por las que los factores de riesgo ambiental y conductual del TEA, han sido de interés. La regresión autista es un período de desarrollo relativamente normativo con una pérdida posterior de habilidades del lenguaje alrededor del segundo año de vida de un niño/a, tasas de 15% a 30% (Braid, 2008). Las preguntas que muchos investigadores están abordando incluyen:

- Si los niños que se desarrollan según lo esperado o las señales tempranas de alerta, simplemente pasaron desapercibidas.
- Si los niños empezaron a retroceder en el desarrollo o el desarrollo de las habilidades simplemente se desaceleró. (Landa, 2008; Werner & Dawson, 2005).

Ha habido hallazgos mixtos sobre si los niños que retrocedieron en los primeros años tienen resultados de desarrollo más pobres que los que no lo hicieron.

2.6.2 Señales tempranas de alerta:

El objetivo ha sido identificar el comportamiento de los indicadores fisiológicos que ocurren al principio del desarrollo infantil que predicen, de manera confiable, la aparición del trastorno.

Como se dijo antes de lo anterior, la identificación permitirá que los niños/as reciban un diagnóstico, que sigue a un servicio de intervención temprana.

Los investigadores han empleado dos tipos de métodos de estudio para identificar signos de advertencia de TEA. (estudios retrospectivos y prospectivos). Los estudios retrospectivos vieron principalmente cintas de vídeo caseras tempranas de niños/as que posteriormente recibieron un diagnóstico de TEA, para identificar comportamientos atípicos que ocurrieron al principio del desarrollo junto con la ausencia o exposición poco frecuente de comportamientos adaptativos (contacto visual coordinado, juego simbólico).

El diseño de estudios prospectivos rastreó el desarrollo de los hermanos infantiles de niños/as con TEA, debido a su mayor riesgo genético de desarrollar el trastorno. Estos investigadores han identificado una serie de signos tempranos de advertencia conductual para el TEA, principalmente a través de estudios retrospectivos:

Cuadro N° 3: Signos de advertencia conductual temprana

Características principales	Social
<p>Comunicación</p> <p>Menos vocalización / prosodia inusual.</p> <p>Falta de coordinación de la comunicación verbal y no verbal.</p> <p>Menor señalización a la petición.</p> <p>Produce menos gestos en la atención conjunta.</p> <p>Falta de iniciación.</p> <p>Menor intercambio de objetos, experiencias, intereses o atención.</p> <p>Falta de respuesta.</p> <p>Falta de espectáculo.</p>	<p>Afecto atípico</p> <p>Menor iniciaciones y respuestas.</p> <p>Menor interés en las interacciones sociales / buscar menos contacto físico.</p> <p>Falta de imitación.</p> <p>Menor contacto visual.</p> <p>Menor respuestas al nombre que se llama</p> <p>Comportamiento restrictivo y repetitivo</p> <p>Juego repetitivo / estereotipado con objetos.</p> <p>Movimientos repetitivos o posturas.</p>
Características asociadas	Atención visual
<p>Se ha aumentado el tamaño de la cabeza</p> <p>Temperamento (pasivo, irritable / fácilmente afligido).</p>	<p>Mirada atípica</p> <p>Latencia para desenganchar / fijación visual en estímulos no social</p>

Fuente: Boyd B, Odom S, Humphreys B, Sam A (2010), Infants and Toddlers with Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention. Editorial: United States of America. Journal of Early Intervention.

2.7 La Comunicación en el Trastorno del Espectro Autista

Anteriormente, se dio a conocer el concepto de autismo y sus características por los estudios de Kanner, aunque sostuvo una larga trifulca para exponer su verdadero significado.

El motivo de consulta más frecuente de los niños con TEA, son porque presentan un gran retraso en lo que es el desarrollo de la adquisición del lenguaje, lo cual

causa mucha preocupación de los padres por un elevado porcentaje en este en este concepto.

Tuchman (1994), nos dice que la mayoría de niños/as con edad preescolar diagnosticados con autismo presentan retraso del lenguaje.

Esto incluye que niños de estas edades presenten un tipo de jerga, que en ocasiones va vinculada con ecolalia. Sin embargo, el niño puede elaborar oraciones, frases o palabras muy elaboradas, siendo esto parte de una imitación del lenguaje adulto y sin comprensión del significado del lenguaje.

Algunas de las áreas del lenguaje en los niños/as con TEA son:

- Fonológica-sintáctica

Se conoce como el más común tanto en niños sin diagnóstico y niños/as con autismo. Lo cual se manifiesta, de manera escasa, de la semántica y gramática, con vocalizaciones deficientes con un resultado de lenguaje inteligible, una comprensión no tan comprometida. En ocasiones, cuando se manifiesta levemente es difícil de diferenciar, pero está más dirigido al lenguaje expresivo.

- Léxico-sintáctico

Compromete la habilidad para producir la palabra siendo esta, vinculada al concepto o a la palabra o a la idea, porque contiene alteraciones pragmáticas.

- Semántico-pragmático

Están vinculadas las partes lingüísticas y la interacción social y cognitiva, siendo afectada la habilidad para utilizar y comprender el lenguaje en contexto. Por ejemplo: el turno de espera para hablar, iniciar una conversación, y doble sentido. este tipo de trastorno tiene que ver con la funcionabilidad del niño/a con TEA, lo cual está más ligado al Síndrome de Asperger.

- **Prosodia**
Se altera el tono y el ritmo en cual se emplea el lenguaje.
- **Agnosia auditiva verbal**
Descrita por Rapin (1977) es la incapacidad de decodificar el mensaje recibido por vía auditiva. Siendo este el resultado de una comunicación no verbal utilizando gestos o señalizaciones. Por ejemplo: cuando el niño toma la mano de su mamá dirigiéndola al objeto, para satisfacer sus necesidades.
- **Turno de la palabra**
Una conversación debe tener un emisor y un receptor o varios, por lo tanto, mientras el emisor da el mensaje, el receptor capta y escucha para poder que exista una correcta alternancia. El funcionamiento de este sería que el receptor debe monitorear el mensaje del emisor, con el fin de percibir cuando dará fin a su turno para el poder efectuar su punto de vista, lo cual tiene gran parte al aspecto prosódico.

Debemos señalar que, los niños/as con TEA carecen de esta área, porque se mantienen siempre como el emisor y también una de sus características es que no presentan contacto visual, se les hará difícil saber cuándo será su turno, lo cual nos lleva a que esté vinculada con otra área del lenguaje afectada que es el inicio de la conversación.

El poder iniciar una conversación o de cambiar de tema, dependen de habilidades cognitivo-sociales. En este se necesita de la atención para saber cuándo iniciar la conversación; niños con TEA son incapaces de realizar este tipo de acción, porque se encuentra alterada la atención y el turno de espera.

Otras de las áreas afectadas en lo que puede estar vinculado a la conversación, es el mutismo selectivo. Este tipo de trastorno está presente en niños/as que no tienen dificultades para expresarse.

Sin embargo, deciden no hablar en determinadas ocasiones (con extraños, estando en la escuela o inclusive dentro del entorno familiar, solo lo hacen con ciertas personas). Ahora, por parte del autismo, este tipo de conducta es vista en niños/as mayormente funcionales y/o Síndrome de Asperger.

- Lenguaje figurado y clarificaciones

En el lenguaje figurado se comprometen metáforas, doble sentido, significados sobreentendidos y formas de amabilidad e inclusive sarcasmo. En el niño autista esto va más allá de la palabra, se tomará el mensaje como literal. En las clarificaciones es necesario la repetición de algunas frases, volver a enunciar ideas, pero de otra manera, recalcar términos difíciles y asegurarse de que la información sea recibida correctamente. En estas dos áreas se ve contemplada, de manera necesaria, la comprensión la cual está comprometida en el Trastorno del Espectro Autista. Por lo tanto, existen ocasiones en las que el niño/a con autismo haga la misma pregunta una y otra vez, aunque sepa o no, la respuesta de esta.

Por otra parte, sin ser menos importante, es el proceso para llegar al diagnóstico de este trastorno. Sabemos que este es un trastorno muy complejo, pero a la vez peculiar para ser reconocido, ahora, puede que llegue a pasar desapercibido si no se le toma la debida importancia.

Durante la época de Kanner, apenas se estaba dando a conocer el “estereotipo” para este diagnóstico, gracias a las diversas características. Hoy actualmente existe un proceso de diagnóstico que lleva al tratamiento adecuado que ayude a reforzar las necesidades del niño/a.

Es muy importante a la hora de comenzar este proceso terapéutico, como especialista se deben tomar en cuenta las áreas afectadas y las áreas conservadas, tomando como factor principal e influyente, la edad.

La familia es la herramienta de motivación con mayor importancia, por lo tanto, la primera entrevista que lleva el historial clínico del niño debe ser con la persona que más tiempo pase con el niño/a, de preferencia deben ser los padres, porque son los que nos facilitarán la información esencial sobre él y otros aspectos esenciales que nos ayudarán a escoger el mejor mecanismo de rehabilitación.

Como terapeutas, nuestro trabajo es ayudarlo a comprender qué ocurre dentro del cerebro de un niño/a con autismo. Es muy importante que la familia acepte lo que está sucediendo no como una “condición o discapacidad”, si no aceptar que el niño/a solo percibe la vida de una manera diferente a la nuestra.

El lenguaje, el comportamiento, el proceso complejo de la comunicación, como conocimiento ayuda a tener una guía de las habilidades obtenidas y de las habilidades a alcanzar que puede tener el niño con TEA. Existen casos en donde madres se dan por vencidas, porque no ven un avance en su hijo y creen sentir que lo han “dado todo”.

Arrebillaga y Santacroce (1995) nos dicen que, no separemos la conducta y el sistema nervioso de las relaciones vinculares. Para ellos, un hombre no es solo un cerebro actuando, ni una conducta ni un complejo afectivo emocional; un hombre es un todo, con su historia vivida y su historia por construir. Su propia historia le pertenece como le pertenece su cuerpo, sus deseos, sus miedos, sus decisiones.

Una vez que nosotros seamos la herramienta principal para ellos, será aún más fácil entender su comportamiento y una mejoría para su calidad de vida.

2.8 El vínculo entre el desarrollo normal y el autismo.

Con relación al autismo, desde otra perspectiva, nos podemos dar cuenta que este trastorno tiene enfoques de educación, explicación y comprensión. Dado que el enfoque educativo es responsable de la empatía, el desenvolvimiento con sus semejantes, intercambio de experiencias, observación e imitación con un fin; el enfoque de explicación tiene que ver con el entendimiento de llegar a conocer las partes esenciales de este trastorno que aún se desconocen por algunos individuos, que por cierto explica diversas interrogantes según el comportamiento del niño/a. Y, por último, el enfoque comprensivo, es en donde entramos todas aquellas personas que logramos entender ese mundo interno en el que viven los niños/as con TEA.

A pesar, de un alto porcentaje de estudios llevados a cabo, durante mucho tiempo, el autismo sigue con la misma incógnita de siempre, su procedencia y gran parte de lo que destaca este trastorno, y presenta retos para el abordaje educativo y terapéutico. Además, cuando se nos presenta, la oportunidad de interactuar con este diagnóstico, podemos sentir impotencia, la mayoría de las veces, por no lograr entender lo que en su momento trata de decirnos o darnos a entender, o también para, aunque sea tranquilizar el comportamiento repentino que puede tener, difíciles de describir.

Por ejemplo, la oportunidad de ver el caso de un niño/a autista de dos años cuyo desarrollo desde el nacimiento es posible observar de forma objetiva, gracias a lo que observan sus padres, desde que nace hasta la edad actual. En los primeros meses, no se detecta ninguna conducta anormal, si no, alerta, alegre, calmada.

Las adquisiciones motoras propias del primer año, que incluyen habilidades estrictas e importantes como sostener correctamente la cabeza, sentarse y caminar, se alcanzan a su debido tiempo y sin contratiempos. Tiempo después, aproximadamente, las observaciones se muestran más inquietantes, mostrando

una actitud de soledad, y apagado, muy cerrado en cuanto a relaciones con los demás y con la realidad en general. Podemos decir, que este comportamiento se va extendiendo sobre él, al poco tiempo, las alarmas más notorias y difíciles de explicar, poniendo en evidencia a sus padres de que todo a su alrededor ya es inexistente.

Este comportamiento o tipo de conducta es como si el niño/a estuviera presente, pero como si no estuviera al mismo tiempo, por otro lado, ponemos el ejemplo de otro niño diagnosticado con TEA con tres años, que corre por el cuarto aleteando los brazos, sin importarle que estén personas en el mismo lugar. En ocasiones, para, y mira a su alrededor, puede o no tomar algún objeto y jugar con él o puede tirarlo al piso y emitir algún sonido estereotipado y seguir corriendo.

¿Cómo se pueden relacionar estas conductas con lo que le rodea? ¿Se puede hacer algo para que le atraiga mundo externo, sacándolo de su propio mundo interno de estereotipias?

Las conductas de soledad y de impredecibilidad que poseen, una manera por la que poder indagar en el misterio del autismo y podemos notar, que las interacciones de los seres humanos son recíprocas. Si le prestamos atención a esto, nos remontamos a lo que autismo tiene por definición, en donde, una persona autista es aquella a la que otros perciben como apagadas o predictibles, que vive en su propio mundo mental a las personas de su alrededor, y que, no puede mejorar o controlar el comportamiento a través de la comunicación.

Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) descubrieron que, una incapacidad específica de los autistas para "atribuir mente" y realizaron un perfil útil, según el cual el autismo consistiría en un trastorno específico de una capacidad humana muy importante a la que se denomina "Teoría de la Mente". Los estudios de genética, investigación neuroquímica, exploración citológica, neuroimagen,

electrofisiología, etc., han permitido dar un acercamiento a lo que puede ser la causa de Trastorno del Espectro Autista.

Es decir, docentes y profesionales de la educación, están enterados de las necesidades específicas de estos niños/as. Pero, los adultos que tienen este trastorno no reciben la ayuda necesaria y el apoyo condicional, debemos entender que, aunque ya tengan la mayoría de edad, en algún momento siempre tendrán conductas que se pueden salir del margen. El autismo no posee cura, pero puede haber mejorías en su calidad de vida progresivamente.

Es muy importante mencionar que en nuestro país existen centros de apoyo para recibir tratamiento desde una edad muy temprana, ahora no está certificado, pero, los adultos con este trastorno, algunos no tomados en serio o llevan una vida normal con un empleo, pero al momento de tener algún tipo de crisis, las personas a su alrededor no saben qué hacer, y esa es la parte de la educación de que debemos realizar con docencia y pasar la voz de que las personas fuera del ámbito de la salud deben informarse.

Los niños/as con autismo que tienen un grado menor de sintomatología, nos ofrecen el perfil, de conductas sin sentido. Aunque, agradecemos la ayuda que nos brindan la rehabilitación de conducta con un proceso integral, logran realizar consignas sencillas, obedecer órdenes, y llevando un control propio. Sin embargo, las que poseen grado mayor pueden realizar tareas funcionales, pero difíciles, con motivos superficiales y sin poder comprender cuál es el fin de dicha tarea.

Sin embargo, esta contradicción es esencial, porque, tiene que ver con una de las más grandes dificultades para enseñar a los niños/as con TEA, la de buscar herramientas motivacionales y que se alcancen los objetivos de poder realizar actividades por su cuenta. En el caso de los adultos, tienden mucho al aburrimiento y son propensos a no estar activos, lo que puede convertirse en un obstáculo al momento de la intervención.

También, nos da la oportunidad de compartir ciertos recursos que no solamente propios de este diagnóstico, sino también a individuos que, no son diagnosticados directamente a este trastorno, pero, presentan dificultades de interacción social limitada, una alteración comunicativa notoria, empatía escasa, sin juego simbólico y dificultad para dar sentido a la acción propia.

Por lo que se puede decir, que esos casos se presentan con más frecuencia, porque son conductas dirigidas más allá de un desorden cognitivo y quizás sean resultante de una experiencia traumática, ahora también hay un tipo de autismo que se caracteriza por distintos elementos, pero a la misma vez que forme parte de alguno de los tipos de autismo más especificados. Solo está de parte del especialista realizar la investigación apropiada para llegar al diagnóstico correcto y poder tomar las riendas de un tratamiento efectivo.

Por lo tanto, solo se examinan esas variables cuando se estudian desde un punto de vista, enlazada al desarrollo normal. La visión del Trastorno del Espectro Autista, tiene el efecto de "resultarnos extraño" a comparación con el desarrollo normal.

A partir de los 8 o 9 meses de vida, el niño/a demuestra un desarrollo psicológico desarrollado, podemos ver que se interesa por el mundo que le rodea y por ciertos objetos. A los que les proporciona metas y establece un juego simbólico. Las personas que están presentes en su crecimiento les parece más inteligente que en semanas anteriores.

Digamos que, en los últimos tres meses de su primer año, el niño ya consigue la capacidad para comunicarse con las personas de su entorno de manera clara, por medio, de gestos o balbuceos, con un fin específico, por ejemplo: el querer un objeto o que el padre o la madre mire ese objeto que está señalando, también el alzar los brazos para que lo carguen. Aparte, sus deseos tienen un fin más

cariñoso, como lo es demostrarle a su mamá que le gusta algo y quiere compartir esa felicidad con ella.

Alrededor de los dos años de edad, alcanza muy rápido ciertas habilidades impresionantes. Comienza a decir palabras simples, pero, con sentido y significado (enseña una corbata mientras dice "¡papá!", como si quisiera decir: "¡esto es de papá!").

Esto, no solo está ligado con el poder caminar por sí solo, sino también con el desarrollar desafíos mentales y de comprensión cada vez más difíciles. Ello, nos demuestra no solo una capacidad, sino, una habilidad increíble, de crear símbolos e imaginar pequeñas historias por sí mismo, haciéndolas realidad. Cuando se acerca la edad en que comienza a producir frases ciertamente no tan complejas, de dos o tres palabras, realiza pequeñas situaciones imaginarias (como cuando utiliza un juguete y lo sienta a la mesa, porque este también va a cenar).

A los dos años, se nota en él un cambio ingenioso, que no se puede explicar claramente, empieza a darse cuenta de sí mismo en historietas y/o situaciones que él crea; como si ya tuviera el conocimiento de él mismo en el exterior.

Se puede mencionar que, los cambios que el niño/a va teniendo a los cuatro años se definirían más como transformaciones, porque contienen un contexto muy complejo con retos difíciles de que una persona adulta pueda decodificar. Al momento de comunicarse, el lenguaje que expresa contiene la sintaxis como la de un adulto, construyendo oraciones, interacciones con sus semejantes, con su imaginación crea un mundo de ficción y fantasía que lo trae a la realidad, de una manera divertida para él, pero que en la percepción del adulto tiene sentido y significado.

No obstante, todos estos marcadores del desarrollo normal, no se vieron reflejados en un niño de tres años y medio diagnosticado con TEA, en donde los padres no logran recordar si el niño realizaba algún tipo de vocalización para comunicarse o, aunque sea, pedir algo. Tampoco, notaron algo parecido cuando tenía un año, que, al igual se descartaba ningún tipo de fascinación por un objeto, y menos la comprensión del funcionamiento de este.

Cabe destacar que, dichos padres no empezaron a tomarle importancia, en un contexto preocupante, sino, hasta poco tiempo después que el niño, tendía a aislarse cada vez más, encerrando conductas repetitivas y cero funcionales. Se balanceaba numerosas veces. No atendía a llamadas ni mostraba ningún tipo de emoción al verlos llegar, después de un tiempo sin estar con él. "enfocado" en su propia "burbuja" difícil de descifrar, demostraba no importarle a su familia. No realizaba ningún tipo de actividad que podía definirse "normal" para su edad, como si no tuviera imaginación alguna.

Los padres aseguraban, que lo que anteriormente les parecía extrañamente difícil de creer, y que no tenían el valor de decodificar; un niño/a con apariencia normal de pequeño, estaba sin duda, "desvaneciéndose", como si hubiera salido de un mundo invisible en donde existen los humanos, pero, que no parecía interesarle en absoluto, y entrara en un mundo subalterno sin nadie más que él. A partir, del tercer año, las interrogantes tuvieron su respuesta. El diagnóstico arrojó, que presentaba un trastorno en el desarrollo, aunque anteriormente tuvieron sus dudas antes de poder definirlo. Realizaron investigaciones, que trataron de responder a las preguntas de por qué no habla, pero las respuestas no eran ciertas al diagnóstico de una hipoacusia.

En ocasiones, los padres sienten mucha culpa por no haber notado antes este tipo de conducta para pedir ayuda, sin embargo, siguiendo la ideología de ambos ejemplos planteados, en el segundo, a los tres años se realizó el diagnóstico y

posterior a este, un tratamiento integral. Con el tiempo el niño lograba compartir con los demás, por medio de técnicas que el especialista le enseñó, sus cambios de humor, como rabia o llanto, habían desaparecido y esto nos lleva al proceso de introducción del lenguaje, porque se logra hacer un acercamiento provechoso con el niño, manteniéndolo en una rutina cómoda y favorable, que lo ayuda a mantenerse motivado a aprender de una manera divertida a través del juego.

Kanner (1943) y Asperger (1944) creían que el autismo se manifestaba, siempre desde el comienzo de la vida, las investigaciones de los últimos años han demostrado que no es así. Solo en uno de cada cuatro casos hay alteraciones en el primer año. Lo más frecuente es que estas conductas se manifiesten en el segundo año, y en torno a una edad crítica en el desarrollo humano. Hay un grupo de autistas en que el trastorno se manifiesta después de un desarrollo normal en los dos años, casi tres.

Kanner (1943), realizó una investigación sobre el origen del autismo, se analizó los informes retrospectivos proporcionados por los padres de 100 niños y niñas autistas (78 varones y 22 niñas) acerca de los primeros síntomas del trastorno. Se encontró que, en 57 de los 100 casos, el cuadro se había manifestado en el segundo año de vida, y en 25 en el primero. De los 18 restantes, once habían presentado sus primeros síntomas entre los dos años y los dos y medio. Cuatro entre esta última edad y los tres años. Había tres casos muy tardíos, que, a pesar de ser claramente de autismo, habían manifestado sus primeros síntomas después de la edad "límite" de 3 años, pero antes de los 3 y medio.

Kanner (1943) descubrió que, aunque la mayoría de los padres se daban cuenta de que había alguna alteración en el desarrollo de sus hijos después del primer año, los niños autistas tendían a ser descritos como muy calmados o tranquilos, en el 63 % de los casos, durante ese primer año.

Incluso, el caso en donde se demostraba que el desarrollo era tardío, se notaba una retrosección de algunas habilidades comunicativas (gestos, vocalizaciones, mostrar objetos o realizar situaciones con sentido y significado). Tampoco estaba presente ningún tipo de relación entre el momento que inició la sintomatología, y las deficiencias de la parte cognitiva que se muestran posteriormente.

Por parte de este estudio, podemos preguntarnos ¿Qué tipo de credibilidad podemos tener en aportes solo de video y no de un especialista?, ¿Habría algún tipo de sintomatología que los padres se reúsan a aceptar pero que si están viendo alrededor del primer año? ¿Se puede encontrar credibilidad en personas que no conocen del tema, pero que comentan sobre el desarrollo de un niño/a? Es importante aclarar que, que Kanner no detecto una diferencia de detección de los síntomas entre los padres primerizos y los padres que ya habían tenido hijos antes.

Esto quiere decir que, las señales de alerta o la primera sintomatología del Trastorno del Espectro Autista, es evidentemente clara y notoria, aunque sean padres por primera vez.

Gisela Lösche (1990) comparó las filmaciones de ocho niños autistas con las de ocho normales. Encontró que los expertos que participaban en su estudio eran incapaces de diferenciar unas de otras en el primer año. En la primera mitad del segundo año aparecían diferencias sutiles que se convertían en trastornos del desarrollo en la segunda mitad.

Lösche (1990) destacaba la ausencia de conductas dirigidas a metas, como un indicador básico en el origen del autismo.

El período más elemental del Trastorno del Espectro Autista es el que, precisamente va ligado al del desarrollo normal, que es el que abarca

completamente los tres años de edad, porque es donde el cerebro absorbe la gran cantidad de información obtenida.

Generalmente, en este periodo es cuando el niño/a con TEA, se encuentra más aislado de lo que lo rodea, centrándose en sus conductas estereotipadas, poseen alteraciones en su conducta como lo es agredirse. Sus emociones son incomprensibles, al igual que arranques de rabia, no poseen habilidades funcionales en la interacción social con los demás y con los objetos. Se puede decir que, este tipo de conducta puede mejorar aproximadamente desde los 5 y los 13 o 14 años de edad, y la edad durante la edad preescolar.

El mejoramiento de la conducta o de ciertos cambios en niños/as con autismo, va a depender de severidad en que este presentado el trastorno. Los niños/as que se consideran funcionales, tienen la capacidad de integrarse en el entorno escolar y adquieren habilidades complejas, como lo es el lenguaje expresivo, retos cognitivos y conocimientos que lo hacen integrarse nuevamente, pero a la sociedad cultural independientemente las limitaciones que esta conlleve. Sin embargo, otros quizás lleguen a tener una cuarta parte de interacción social, retos cognitivos en lo que es el funcionamiento de los objetos, y actividades de desarrollen la autonomía.

Es correcto que una cierta cantidad de adultos con TEA, requieran ayuda para toda su vida, y que tienen habilidades de autonomía con limitaciones, pero también muchos de ellos logran alcanzar un "compromiso aceptable", es decir, que tienen conciencia de su "condición" y que viven con cierto bienestar.

Lösche (1990) menciona que, en la edad madura, la convivencia alcanza frecuentemente una cierta estabilidad. Aunque los autistas son mucho más inflexibles que lo que las personas "normales" estamos acostumbrados, "negocian", muchas veces, con sus padres o personas cercanas, un grado

aceptable de equilibrio entre inflexibilidad y variación. Además, los adultos han adquirido ya el derecho de un encierro en un sí mismo que no se ha constituido como tal.

El autismo, no es la internalización de un mundo propio, que lo aleja de lo externo, sino la complejidad, para relacionar tanto el mundo propio como el exterior. Para un niño normal, el exterior está repleto de mentes futuras. En cambio, para el niño autista, está vacío de ella.

Margaret Mahler (1968) dice que, el autismo no es una fase del desarrollo normal. Por tanto, no consiste en una regresión hacia un período primitivo del desarrollo humano, o una función en él. El período primitivo autista no existe.

Trevarthen (1982) ha analizado con minuciosidad los intercambios expresivos en los dos o tres meses (sonrisas, vocalizaciones, gestos de tristeza, temor, sorpresa, enojo etc.) entre los bebés y sus madres, usan un término muy expresivo para referirse a la capacidad que se demuestra en esas relaciones como lo es la intersubjetividad primaria.

Este sería denominado una motivación fundamental del hombre, que es la de intercambiar conocimientos y comprender a los demás. Estas son las primeras directrices, por las que los niños/as se adentran en el pensamiento de los demás, Conlleva un agradecimiento, porque por esto, se lleva a cabo un intercambio de emociones, es decir, se puede sentir lo que la otra persona siente.

Justo antes de los seis meses los bebés normales, son capaces de desarrollar vínculos fuertes con las personas que están presentes en su crianza, son capaces de acostumbrarse a rutinas simples y externas (como mencionado anteriormente, cuando levantan los brazos para que los carguen) y comienzan por interesarse en el comportamiento de las otras personas, porque los bebés de seis meses se interesan en el comportamiento estrictamente de su madre. En cambio, los bebés de siete y ocho meses llevan todo su interés a los objetos.

Hobson (1995) nos dice que, se hacen cada vez más capaces de integrar sus "esquemas de objeto" y sus esquemas de persona" en ciertas conductas de interacción intencionada con las personas en relación con los objetos, a las que llamamos "comunicación". Son conductas que tienen carácter sígnico, y que implican suspender la acción directa sobre los objetos, para convertir esa "acción en suspenso" en signo del interés por ellos o el deseo de obtenerlos (una acción en suspenso es extender la palma de la mano hacia el objeto deseado, sin tocarlo; otra, señalar con el dedo una cosa interesante).

Curcio (1978) y Wetherby (1986) nos cuentan que, la ausencia de conductas comunicativas intencionadas es casi universal en los niños/as que luego son diagnosticados del trastorno. Pero, hay un índice delgado de la anomalía comunicativa de los autistas que consiste en la ausencia específica de un cierto tipo de comunicación, aquella a la que se denomina "protodeclarativa".

Para poder comprender esto, debemos diferenciar dos conceptos importantes, que son propios de las habilidades comunicativas, que sería, cambiar el mundo físico o el mundo mental. El mundo físico es cuando el niño realiza acciones de levantar los brazos para que lo levanten o señalar un objeto que se encuentra lejos. Y para cambiar el mundo mental, es señalar cierto objeto, pero con el fin de que la otra persona se interese en el mismo. Los ejemplos del mundo físico se denominan "protoimperativos", y los del mundo mental se llaman "protodeclarativos".

Así bien, cuando notamos la ausencia de protodeclarativos en un niño/a, es una de las señales de alerta más evidentes para darnos cuenta que tiene TEA. Aunque no sea un criterio unificado ni para diferenciar el tipo que pueda tener.

Entonces nos hacemos la pregunta, ¿Por qué hay una gran cantidad de niños con autismo que no realizan "protodeclarativos"? La razón principal es que estos

comportamientos comunicativos, es que exigen comprender, que los demás, tienen conocimientos. Por ejemplo: los periódicos, revistas o libros tienen toda esa información llenas de comentarios, anécdotas, etc. que no hubieran sido escritas si no fuera porque el remitente sabe que habría personas con sed de conocimiento, a quienes puede compartir sus experiencias y conocimientos sobre el autismo. Pero, la realización de que otras personas tienen conocimiento, para las personas con autismo, se les hace difícil de entender.

Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) realizaron un experimento, en donde compararon a niños/as autistas, normales y con síndrome de Down en su capacidad de darse cuenta de que las personas pueden tener creencias falsas, diferentes de las que uno tiene y que no corresponden con situaciones reales. Antes del estudio de los tres investigadores británicos, dos psicólogos austríacos, realizaron otra investigación.

Wimmer y Perner (1983) demuestran que los niños/as normales desarrollan hacia los 5 años la capacidad de reconocer creencias falsas en otros.

El perfil de estos estudios es el siguiente: se presentan al niño dos personajes, A y B, en una habitación en miniatura. Uno de ellos, A, tiene un objeto tentador y lo guarda en un recipiente. Luego abandona la habitación. Mientras A está fuera, B cambia el objeto de lugar. Naturalmente A no ve el cambio. Finalmente, A vuelve a la habitación y se le hace al niño la pregunta: ¿Dónde va a buscar el objeto?

Wimmer y Perner (1983) demostraron, que la mayoría de los niños/as normales o con síndrome de Down de poco más de 5 años de edad mental daban la respuesta correcta, a diferencia del 80 % de los niños autistas. Esto era más sorprendente por lo que estos habían sido seleccionados de manera que tenían edades mentales más altas que los otros niños/as (los normales eran más pequeños, en cuanto a edad cronológica), según las escalas verbal y manipulativa de la prueba de Weschler.

Frith (1992) nos dice que, conversar es intercambiar ideas mutuamente relevantes, en contextos de interacción simbólica, y que exigen constantemente "ponerse en los pies del otro". ¡Nada hay más difícil para esa persona que tiene una especie de "ceguera" especial, una ceguera para lo mental! Su conmovedora soledad mental dará la extraña impresión de un "egoísmo que se desconoce".

Kanner (1943), realizó el primer estudio de un niño autista, su nombre era Jerry. Lo fascinante de Jerry es que ayudó a reconstruir en qué consiste la experiencia de ser autista. Recordó que los estados de experiencia dominantes en su infancia eran "la confusión y el terror". Los estímulos sensoriales (sonidos, olores...) le resultaban insoportablemente intensos. "Nada parecía constante, todo era imprevisible y extraño".

Kanner (1943), en sus resultados nos dijo que, especialmente la conducta de las personas, le resultaban imposibles de anticipar y comprender. Y que Jerry recordaba un mundo, sin un sentido central. Y es consciente de que hay en él una carencia básica: no sentía empatía, no podía sentir lo que las otras personas sentían. Su extraño mundo ayudó a comprender un poco mejor cómo podemos ayudar a las personas autistas.

El siguiente cuadro contiene las necesidades de las personas autistas:

Cuadro N° 4: Necesidades de las personas con Trastorno del Espectro Autista

1. Necesito un mundo estructurado y predecible, en que sea posible anticipar lo que va a suceder.
2. Utilizo señales claras. No empleo en exceso el lenguaje. Uso gestos evidentes, para que pueda entender.
3. Evito, sobre todo al principio, los ambientes bulliciosos, caóticos, excesivamente complejos e hiperestimulantes.
4. Dirígeme, no esperes a mis iniciativas para establecer interacciones. Procura que estas sean claras, contingentes, comprensibles para mí.

5. No confíes demasiado en mi aspecto. Puedo ser deficiente sin parecerlo. Evalúa objetivamente mis verdaderas capacidades y actúa en consecuencia.
6. Es fundamental que me proporciones medios para comunicarme. Pueden ser movimientos, gestos, signos y no necesariamente palabras.
7. Para tratar de evaluarme o enseñarme, tienes que ser capaz primero de compartir el placer conmigo. Puedo jugar y compartir el placer con las personas. Ten en cuenta que se me exigen adaptaciones muy duras.
8. Muéstrame en todo lo posible el sentido de lo que me pides que haga.
9. Proporciona a mi conducta consecuencias contingentes y claras.
10. Procura atraerme con suavidad a las interacciones con las personas, y ayúdame a participar en ellas.
11. No me plantees siempre las mismas tareas, ni me obligues a hacer las mismas actividades.
12. Mis alteraciones de conducta no son contra ti, no intérpretes que tengo malas intenciones.
13. Para ayudarme, tienes que analizar cuidadosamente mis motivaciones espontáneas. En contra de lo que pueda parecer, me gustan las interacciones cuya lógica puedo percibir; aquellas que son estructuradas, contingentes, claras.
14. Procura comprender la lógica, incluso de mis conductas más extrañas.
15. Enfoca la educación y el tratamiento en términos positivos. Por ejemplo, la mejor manera de extinguir las conductas disfuncionales (autoagresiones, rabietas, conductas destructivas, etc.).
16. Ponme límites. No permitas que dedique días enteros a mis rituales estereotipados y alteraciones de conducta. Los límites que negociamos me ayudan a saber que existes y que existo.
17. En general, no interpretas que no quiero, sino que no puedo.
18. Si quieres que aprenda, tienes que proporcionarme experiencias de aprendizaje sin errores, y no por ensayo y error. Para ello, es preciso que adaptes cuidadosamente los objetivos y procedimientos de enseñanza a

mi nivel de desarrollo, y que me proporcionen ayudas suficientes para hacer con éxito las tareas que me pides.

19. Evita las ayudas excesivas. Toda ayuda de más es contraproducente porque me hace depender de la ayuda más que de los estímulos relevantes y me hurta una posibilidad de aprender.
20. Por ahora, mis dificultades se mejoran sobre todo con la educación. Procura evitar excesos farmacológicos. Consulta al médico con alguna frecuencia si recibo medicación.
21. No me compares constantemente con los niños normales. Mi desarrollo sigue caminos distintos y quizá más lentos, pero eso no quiere decir que no se produzca.
22. Ten en cuenta que dominar un signo, un solo signo, puede cambiar mi vida por completo.
23. Utiliza frecuentemente códigos viso - espaciales para enseñarme o hacerme entender las cosas. Mi capacidad viso-espacial suele estar relativamente preservada. Por ejemplo, los pictogramas que muestran lo que se va a hacer y sirven como "agendas" pueden ser muy útiles.
24. Plantea actividades funcionales y que puedan tener algún sentido en mi trayectoria personal. Por ejemplo, hacer círculos con lápiz puede ser menos funcional para mí (si no puedo llegar a escribir o dibujar figuras representativas) que hacer huevos fritos.
25. Ten en cuenta que antes de ser autista soy niño, adolescente o adulto. Por muy grave que sea mi trastorno del desarrollo, es mucho más lo que me une que lo que me separa de las otras personas.

Fuente: Rivière, A. (1997) Curso de Desarrollo Normal y Autismo, celebrado los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre. Editorial: Universidad Autónoma de Madrid. España.

Estas necesidades están presentes dentro del pensamiento, sin poder ser expresadas a través del habla.

De manera general podemos decir que, los niños/as de edad preescolar con autismo necesitan un mayor tiempo de dedicación y apoyo integral, por lo que sus familias tienen que atravesar un periodo de aceptación al trastorno como tal. Muchos niños/as pequeños pueden llegar a beneficiarse de una educación normal preescolar, y para esto es muy necesario el apoyo de profesionales capacitados, es decir un trabajo interdisciplinario.

Ahora, los niños/as con niveles cognitivos más bajos deben beneficiarse más por una intervención específica, que una educativa normal, dado que están comprometidos por conductas que se salen del margen de control y nos los ayuda a ser funcionales por si solos.

Como punto esencial de estos dos últimos ámbitos, los profesionales encargados de proporcionar una intervención que mejore las necesidades de cada niño/a, es indispensable tomar en cuenta que los padres deben aceptar el diagnostico por lo que es, mas no por lo que le está haciendo a su hijo/a. los sentimientos negativos no sirven como herramienta para una mejor calidad de vida. Ambos padres y profesionales deben trabajar de la mano, con el fin de conseguir una rehabilitación exitosa, así sea que el niño/a este en la escuela o no.

2.9 “Softwares” y tecnologías usadas en el Trastorno del Espectro Autista

Sabemos que la ciencia cada día esta uno o dos pasos más adelante que el del ser humano, actualmente son muy contradictorias las opiniones sobre el uso de tecnologías en poblaciones con autismo. Unas dicen que retrasa el desarrollo integral del individuo. Sin embargo, otras difieren y opinan que puede ser utilizado como una herramienta muy beneficiaria para ellos.

- Los programas de “software” se acomodan a las necesidades de esta población siendo predecibles y familiares.

- Otro de los puntos esenciales, es que los ejercicios pueden repetirse cuantas veces lo desee y sirve como actividad de refuerzo constante.
- Permite que los usuarios trabajen a su ritmo.
- Los “softwares” educativos brindan un ambiente totalmente estructurado para individuos con TEA, el cual se utiliza para que aprendan un tema a la vez.

Muchos “softwares” y tecnologías en el ámbito educativo y entretenimiento contienen un rango alto que cubre alteraciones cognitivas y que benefician a personas con autismo.

Productos y estereotipos diseñados especialmente para esta población van desde instrucciones de “web”, habilidades para adquisición del lenguaje, robots, instrucción de reconocimiento facial, simulación de realidad virtual, juegos corporativos, vídeo modelo, calendario de actividades, dispositivos tecnológicos de autoayuda.

La etapa del desarrollo del lenguaje de los niños con TEA resulta siendo alterada por un desbalance en su sistema integral. Sabemos que la parte social tiende a influir en el lenguaje, porque los niños/as interactúan con sus semejantes por imitación.

Al estar comprometido integralmente el niño/a imitará lo que ve sin comprender lo que está haciendo o diciendo. Los “softwares” están diseñados para cubrir las necesidades de los niños con autismo.

Los vídeos de canciones, figuras animadas, entre otras, pueden ser perjudiciales para ellos con un mal uso, tener un tiempo recomendable y un horario estipulado, más una estimulación en casa, pueden dar el resultado exitoso de enriquecer el estado de comprensión para continuar con el desarrollo del lenguaje, aunque tenga 6 años de edad.

Así es como, niños/as de 6 años de edad que ya reciban terapia no tienen tan comprometido el lenguaje expresivo, porque ya están en constante estimulación. Adicional a esto si tienen dispositivos tecnológicos, dependiendo del contenido al que estén expuestos puede ser beneficioso para las habilidades cognitivas.

Por lo tanto, niños/as de 3 años que estén empezando terapias integrales para alcanzar el grado de funcionalidad, que estén expuestos a dispositivos tecnológicos, no es recomendable que tengan un alto porcentaje de exposición, es importante que los contenidos que vean, deben tener contenido de rutina (vestirse, lavarse, los dientes, lavarse las manos, entre otros), les enseña secuencia, alimenta el lenguaje con palabras nuevas, tiempo de espera, toma de turno.

Luego de que este niño/a vea el vídeo, entra el rol de los padres para ponerlo en práctica, teniendo al niño/a motivado sabiendo que le interesa el tema, se practica el contacto visual, lenguaje, imitación, reduce el temperamento de irritabilidad y se practica pregunta y respuesta (que, donde, cómo).

Recientemente, se ha descubierto que la utilización de herramientas basadas solo en imágenes, ayuda a niños/as con comunicación verbal escasa, sin embargo, aquellos con edades de 9 años que su lenguaje no está severamente afectado, el uso de tecnología mostró un aumento significativo.

Kagohara (2013) descubrió que el uso de iPads con aplicaciones que ayudan a estimular estas alteraciones del desarrollo, ayudaban a los niños/as a controlar su comportamiento e incentiva a la toma de decisiones. Algunos programas son:

- AssisT-Task

Es un sistema móvil que proporciona orientación adaptada y generalizada para realizar tareas secuenciales. Gracias al uso de “smartphones” en combinación con código QR, los usuarios pueden recibir asistencia en cualquier momento y lugar. Además, esta ayuda se adapta al usuario, sus necesidades y contexto. Para ello, los cuidadores tienen que diseñar la secuencia de pasos que compone la tarea.

A continuación, toda la información necesaria para identificar la tarea se codifica en una marca visual (el código QR) que debe imprimirse y ponerse cerca del lugar donde se debe realizar la tarea. De esta manera, los usuarios solo tienen que iniciar la aplicación y apuntar con sus teléfonos a la etiqueta para recibir la asistencia.

La orientación se proporciona mediante instrucciones secuenciales complementadas con fotografías. Con el fin de facilitar el proceso, el sistema se puede configurar para leer automáticamente la instrucción en voz alta. De esta manera, los usuarios reciben la información por varios modos y canales.

Además, AssisT-Task ofrece un mecanismo de alarma para bloqueado. En caso de que los usuarios no interactúen con el teléfono durante un período (configurable), el sistema lee automáticamente en voz alta la instrucción de nuevo para advertirles y recuperarse del bloqueo. Por último, consigna un registro detallado para que el rendimiento de los usuarios pueda ser analizado después.

La persona encargada del niño puede crear, editar y adaptar las secuencias para sus usuarios. Para ello, AssisT-Task cuenta con una herramienta de creación de computadora portátil. Este "software" ha sido desarrollado teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios (sin perfiles técnicos necesarios), por lo que su funcionamiento es muy similar al "software" de oficina estándar.

La figura N°1 muestra una captura de pantalla de la interfaz. Se divide en dos partes: en el lado izquierdo, hay una barra de navegación que incluye todas las tareas disponibles en el sistema.

El marco principal contiene todos los pasos que componen una tarea. En este ejemplo, la secuencia corresponde a la tarea "hacer tostadas". Como se observa, se compone de 12 pasos, cada uno contiene un texto (la acción) y una imagen. En este caso, algunas de las imágenes son pictogramas mientras que otros son fotografías reales.

Dependiendo de las necesidades y preferencias de los usuarios, el encargado puede incluir una u otra o, aún más, editar las imágenes (con cualquier editor de

imágenes externo) para resaltar un detalle o los elementos más importantes de la imagen.

Este “software” también permite a los cuidadores adaptar la secuencia a las necesidades de los usuarios mediante el intercambio de la cantidad de ayuda proporcionada. Pueden elegir cualquier paso o pasos de la secuencia original y eliminarlos para un usuario determinado. De esta forma, la asistencia se adapta al progreso de los usuarios.

Figura N° 1: Interfaz del AssisT-Task en una computadora



Fuente: Álvarez, D.; Gómez, J.; Fernández, A.; Martín, E.; Montoro, G. (2016). Mobile devices as assistive technologies for ASD: experiences in the classroom. Editorial: © Springer International Publishing Switzerland. Suiza.

- DEDOS

El objetivo principal de DEDOS-Project es proporcionar a los educadores las herramientas adecuadas para diseñar y jugar actividades educativas y colaborativas para cualquier estudiante. Se trata de dos herramientas diferentes: DEDOS-Editor y DEDOS-Player. Por otro lado, DEDOS-Editor es una herramienta de creación diseñada para permitir a los profesores crear actividades educativas de una manera sencilla y flexible.

Nuestro objetivo es aprovechar el potencial de diseño de la comunidad docente empoderándola para crear, adaptar y modificar actividades educativas. Este proceso se puede realizar en computadoras tradicionales y dispositivos táctiles nuevos, incluyendo mesas colaborativas.

Además, la aplicación diseñada específicamente para ser utilizada por usuarios con poca experiencia tecnológica y sin tener en cuenta el dispositivo donde se realizarán las actividades (DEDOS-Player adaptará el contenido diseñado por el profesor al dispositivo donde los estudiantes resolverán las actividades).

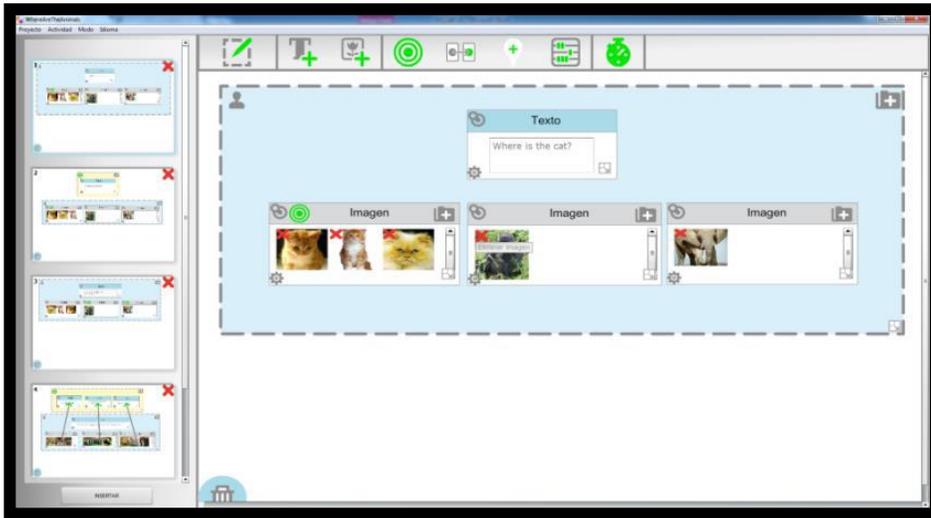
Con esta idea en mente, decidimos diseñar DEDOS-Editor como una metáfora basada en cartas donde cada actividad es un juego basado en cartas. Ofrece cuatro tipos de actividades simples: elección única y múltiple, emparejamiento de pares, conexión de puntos y matemáticas, pero se pueden combinar para diseñar ejercicios más complejos.

Los elementos utilizados para crear la actividad se arrastran desde la barra de herramientas y se colocan en el área de edición.

Los diseñadores pueden utilizar todos los elementos a mano para crear la actividad que desean y reutilizando conceptos, elementos y operaciones para crear múltiples actividades educativas favorecemos la curva de aprendizaje de los usuarios, haciéndoles más seguros de su dominio y haciéndolo más fácil para aprender más conceptos.

Por último, con el fin de proporcionar una interfaz familiar a los profesores, basamos la interfaz DEDOS-Editor en el “software” de oficina estándar, porque la mayoría de los profesores lo conocen y lo utilizan de forma regular. La figura N° 2 muestra la interfaz de usuario de DEDOS-Editor.

Figura N° 2: Interfaz de DEDOS - Editor

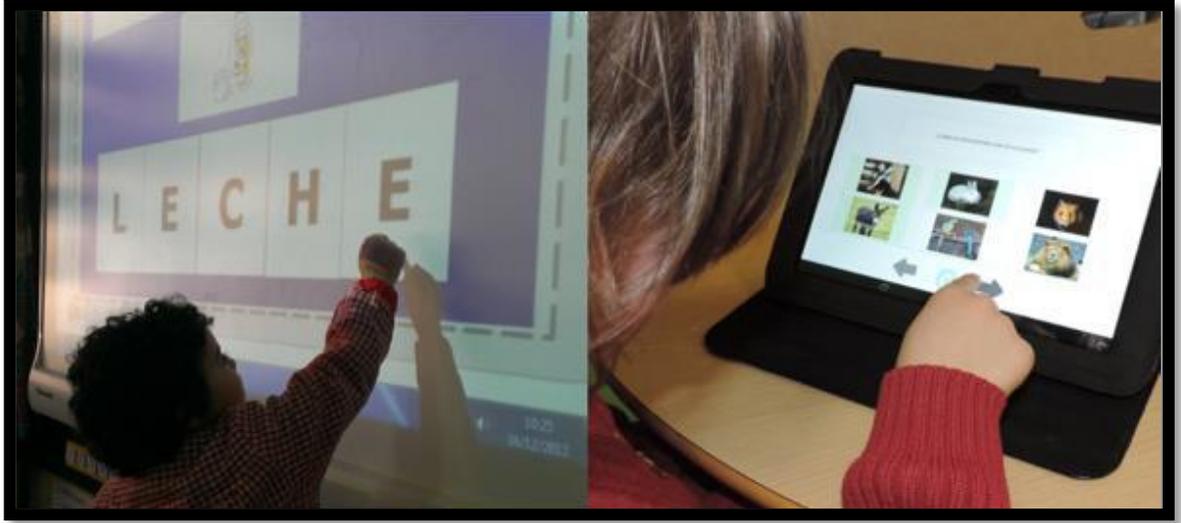


Fuente: Álvarez, D.; Gómez, J.; Fernández, A.; Martín, E.; Montoro, G. (2016). Mobile devices as assistive technologies for ASD: experiences in the classroom. Editorial: © Springer International Publishing Switzerland. Suiza.

Una vez diseñado el proyecto educativo, los alumnos pueden resolverlo utilizando DEDOS-Player. Como se puede ver en la Fig. 3, el reproductor se ejecuta en múltiples dispositivos, como tableros digitales (izquierda) y tabletas (derecha). Antes de iniciar las actividades, los profesores pueden configurarlo dependiendo de los objetivos educativos que quieran alcanzar y las necesidades de los estudiantes.

Además, DEDOS-Player permite, configurar el número de alumnos que realizarán el proyecto, cómo se van a dar los comentarios, si los alumnos resolverán las actividades por turnos o todos al mismo tiempo, cuántos estudiantes deben responder a la actividad, si los alumnos deben responder correctamente a las actividades y, si tienen que dar la misma respuesta

Figura N° 3: Interfaz DEDOS utilizado en el salón de clases



Fuente: Álvarez, D.; Gómez, J.; Fernández, A.; Martín, E.; Montoro, G. (2016). Mobile devices as assistive technologies for ASD: experiences in the classroom. Editorial: © Springer International Publishing Switzerland. Suiza.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. Marco Metodológico

3.1. Diseño de investigación y tipo de estudio: No experimental, de tipo prospectivo, descriptiva transversal. La población, fue escogida dentro del Centro de Atención a la diversidad, siendo estos niños/as con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

3.2. Criterios de inclusión

Población: niños en etapa de adquisición y desarrollo del lenguaje, de 4 años hasta los 9 años de edad con TEA.

Participantes: 22 niños/as con autismo entre 4 a 9 años. Reuniendo las características de:

- Alteración en la interacción social
- Alteraciones del lenguaje (en ocho de ellos el lenguaje era normal o levemente retrasado)
- Se reusaban a los cambios
- Tenían habilidades especiales para actividades específicas (juegos de mesa)
- Consistían de un nivel cognitivo alto, pero no salían a relucir
- Los primeros síntomas estaban desde el nacimiento
- Falta de empatía e ingenuidad
- Lenguaje pedante o repetitivo
- Interés desmesurado por ciertos temas
- Escasa habilidad para tener relaciones de amistad
- Pobre contacto visual
- Mala coordinación psicomotriz

Tipo de muestra: Muestreo aleatorio estratificado: Consiste en considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica (se puede estratificar, por ejemplo, según la

profesión, el municipio de residencia, el sexo, el estado civil, etc.). Quiere decir que, los estratos en este caso serían el porcentaje de niños/as en proceso del desarrollo del lenguaje con autismo que reciben terapia en el CADI. En donde se buscará el porcentaje del nivel de lenguaje más elevado entre comprensivo y expresivo.

3.3 Sistema de variables

Definición conceptual: El Trastorno del Espectro Autista es conocido como un desorden neurológico, que se da a conocer en los primeros años de vida y seguirá estando presente de manera progresiva, porque hasta la fecha no tiene cura, pero sí contiene tratamientos interdisciplinarios para mejorar la calidad de vida del individuo.

Definición operacional

Nivel de comprensión del lenguaje: captar y entender el mensaje del emisor.

Nivel de expresión del lenguaje: capacidad de poder expresar lo que quiere decir el receptor, ya sea de forma oral o escrita y/o gestual.

3.4 Instrumentos de recolección de datos: uno de los instrumentos utilizados para la recolección de datos fue el PLS-3 (Preschool Language Scale-3 Picture Manual), que contiene ítems por edad, que evalúan el nivel comprensivo y el nivel expresivo del lenguaje.

El otro instrumento utilizado fue un consentimiento informado, que es entregado a los padres de cada uno de los niños/as dándoles información sobre la investigación y el permiso de aceptación para la evaluación de sus hijos.

3.5 Procedimiento: el procedimiento utilizado para esta investigación se realizó:

- Primeramente, con la organización de la cantidad de muestra a evaluar.
- Siguiendo de la confección del consentimiento informado explicando brevemente la investigación, los derechos de los padres a acceder o no a

la evaluación, la protección de identidad de los niños/as en dicho documento.

- Como próximo paso, se realizó la escogencia del instrumento de prueba que encajara con el objetivo e hipótesis de la investigación, lo cual fue el PLS-3, ya que es un material que fuera el adecuado para niños/as con TEA.
- Luego de la entrega de los consentimientos a cada uno de los padres, se pasa al proceso de evaluación con cada uno de los niños.
- Al tener todos los resultados de cada uno de ellos, se procede al desarrollo de gráficas que explican la hipótesis y los objetivos de la investigación.
- En el último punto se realiza una guía de estimulación Fonoaudiológica para padres como herramienta de apoyo integral para estos niños/as.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: Análisis y discusión de resultados

Debido a la investigación se realizó el estudio del nivel expresivo y comprensivo del lenguaje mediante el instrumento de prueba, PLS 3 (Preschool Language Scale - 3).

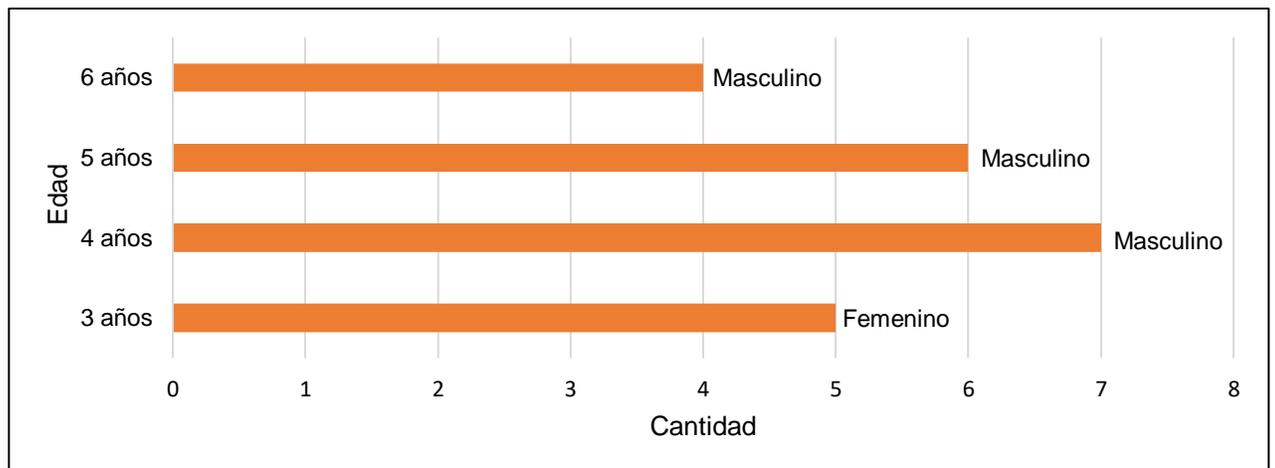
La muestra evaluada fue la siguiente:

Cuadro N° 5: Niños evaluados por edades, sexo y cantidad total

Grupo de edades	Total 22	Cantidad	Sexo	%
3 años	5	5	Femenino	22.7%
4 años	15	7	Masculino	31.8%
5 años		6		27.2%
6 años		4		18.3%

Fuente: Zimmerman, I.R; Steiner, V.G & Pond, R.E. (1992). Preschool Language Scale – 3 (PLS-3). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Gráfica N° 1: Niños evaluados por edades, sexo y cantidad total



Fuente: Cuadro N° 3

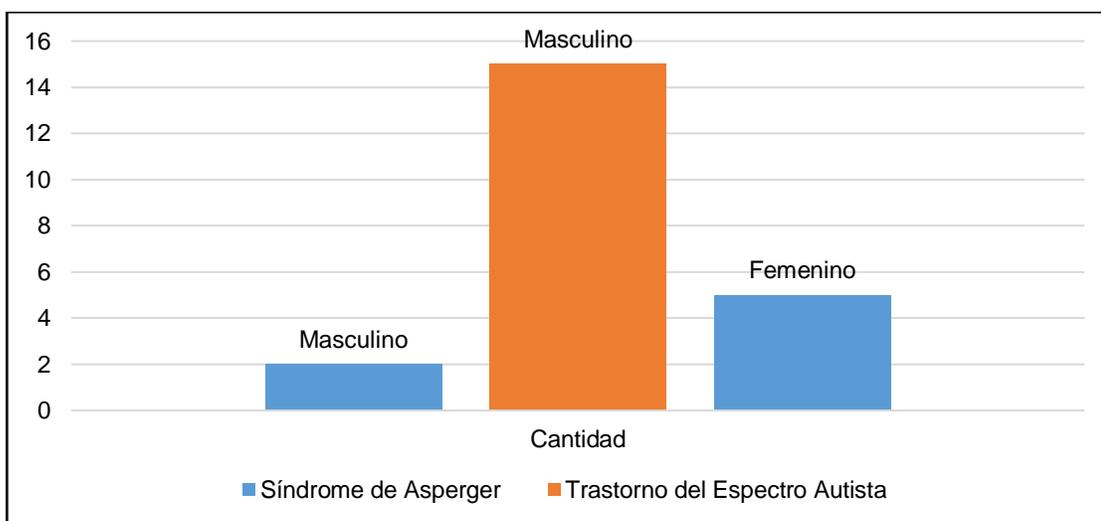
Se puede observar que la muestra utilizada es un total de 22 niños/as entre las edades de 3 a 6 años, siendo 5 niñas y 15 niños, en el Centro de Atención a la Diversidad.

Cuadro N° 6: Tipos de autismo diagnosticados por neurología

Tipo	Cantidad	sexo	%
Síndrome de Asperger	2	Masculino	9.1%
Trastorno del Espectro Autista	15	Masculino	68.2%
	5	Femenino	22.7%

Fuente: Zimmerman, I.R; Steiner, V.G & Pond, R.E. (1992). *Preschool Language Scale – 3 (PLS-3)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Gráfica N° 2: Tipos de autismo diagnosticados por neurología



Fuente: Cuadro N° 6

Mediante la gráfica se muestra que 20 de los niños son diagnosticados por Trastorno del Espectro Autista y los dos restantes, Síndrome de Asperger. Sin embargo, la cantidad más grande de niños/as son diagnosticados de esta manera porque los neurólogos, les dan el diagnóstico como Trastorno generalizado del desarrollo para que sea más adelante un beneficio al niño/a y puedan recibir terapias específicas. Cabe destacar que, aunque no se utilice el término trastorno generalizado del desarrollo de, igual forma, es lo mismo que Trastorno del Espectro Autista como lo denomina el DSM-V.

Cuadro N° 7: Características predominantes de niños evaluados mediante el PLS-3

Edad	Lenguaje comprensivo	Lenguaje expresivo
3 años	<ul style="list-style-type: none"> - No mostraban comprensión en descripción de contextos. - No realizaban clasificaciones. - No entendían el concepto de comprensión de la negación. - No identificaban colores. - Mantienen atención por 2 minutos. -Comprenden ordenes simples con ayuda. - Identificaban objetos familiares y figuras. - Reaccionan a sonidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No decían como es el uso de los objetos. -No contestaban a preguntas lógicas. - No relataban sobre cuentos remotos. - No utilizaban espontáneamente pronombres. - Respondían a preguntas de: que, donde, si/no. - Utilizaban gerundio. - Producían oraciones básicas. - Utilizaban los posesivos ojo rever.
4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Reaccionan a sonidos. - Comprensión del uso de objetos. - Comprensión de conceptos descriptivos. - Comprensión de relación parte-todo. - Comprensión de pronombres. - No comprenden los conceptos espaciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respondían a preguntas de: que, donde, si/no. - Utilizaban gerundio. - Producían oraciones básicas. - Utilizaban los posesivos ojo rever. - No utilizan preposiciones. - No describían procedimientos.

	<ul style="list-style-type: none"> - No comparan animales. - No comprenden las direcciones complejas. - No identifican dibujos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No nombraban animales.
5 años	<ul style="list-style-type: none"> -Comprenden las ordenes sin llaves gestuales. - Identifican figuras. - Señalan las partes del cuerpo. - Comprenden los verbos en el contexto. - Comprenden las relaciones parte-todo. - Comprenden el sustantivo + 2 adjetivos. - Comprenden el concepto de cantidad. - Tienen atención e imitación auditiva. - Comprenden conceptos de secuencia temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respondían a preguntas de: que, donde, si/no. - Utilizaban gerundio. - Producían oraciones básicas. - Utilizaban los posesivos ojo rever. - No utilizaban adjetivos para describir personas y objetos. - No construían oraciones. - No definían las palabras. - No utilizaban palabras que expresaran cantidad.
6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Realizaban sumas y restas. - Indicaban las partes del cuerpo en sí mismo. - Comprenden conceptos de tiempo. - Identifican dibujos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No utilizaban el uso de comparativos y superlativos. - No repetían una historia con sentido visual. - Utilizan preposiciones. - Utilizaban el tiempo en pasado.

	<ul style="list-style-type: none"> - No comprendían direcciones complejas. - No comprendían el uso de objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombran animales. - No describían procedimientos.
--	--	--

Fuente: Zimmerman, I.R; Steiner, V.G & Pond, R.E. (1992). *Preschool Language Scale – 3 (PLS-3)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

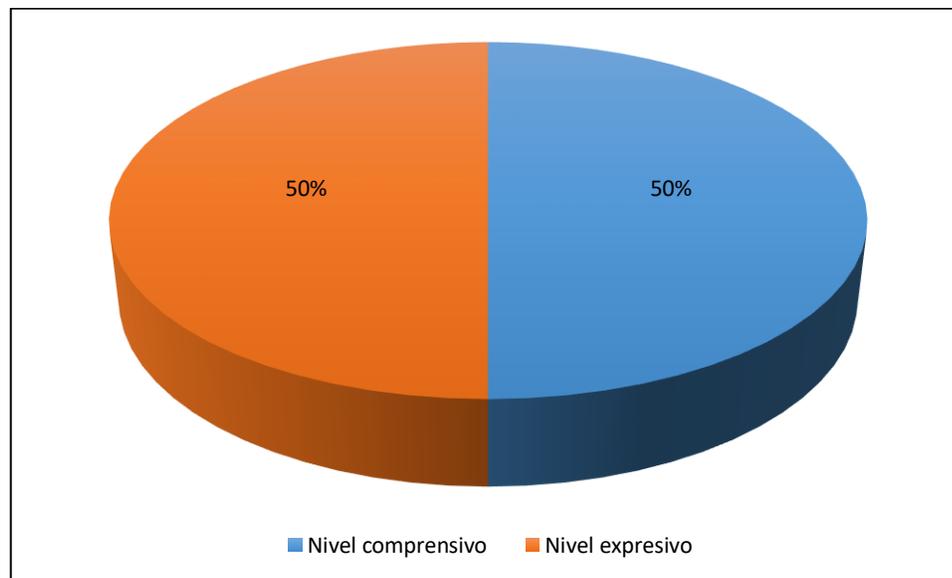
En el cuadro presente, se señalan cada una de las características predominantes que se obtuvieron mediante el PLS-3, divididos por edades. También se pueden mencionar las características subjetivas que se observaron tales como: atención escasa, buena y mala conducta, fijación con objetos, bueno y poco contacto visual, ecolalia.

Cuadro N° 8: Nivel del lenguaje más elevado

Nivel comprensivo	22	50%
Nivel expresivo	22	50%

Fuente: Zimmerman, I.R; Steiner, V.G & Pond, R.E. (1992). *Preschool Language Scale – 3 (PLS-3)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Gráfica N° 3: Nivel del lenguaje más elevado



Fuente: cuadro N° 8

Nos damos cuenta de que con la sumatoria realizada mediante las respuestas de las evaluaciones, podemos responder la hipótesis de esta investigación. ¿Los niños con TEA presentan niveles del lenguaje comprensivo más elevado que el lenguaje expresivo?

Ambos niveles comparten el 50%, lo que nos dice que nuestra muestra presenta un nivel de comprensión al mismo nivel que el de su lenguaje expresivo.

CONCLUSIONES

- Dicha investigación, respondió a la hipótesis de la investigación, si los niños con TEA tienen un nivel de lenguaje comprensivo más elevado que el nivel expresivo, dando un resultado inesperado, pero exitoso, porque el lenguaje expresivo dió un 50% y el lenguaje comprensivo también arrojó un 50%. (Gráfica N°3, página 64).
- El objetivo general de la investigación era identificar los niveles del lenguaje expresivo y comprensivo, con el resultado de la hipótesis de un 50% para cada uno. (Gráfica N°3, página 64).
- Como objetivo específico, se lograron Indicar las características en común que tenía nuestra muestra de evaluación. (Cuadro N° 7, página 63).
- También, como siguiente objetivo específico, mediante la investigación se obtuvo el tipo de diagnóstico con mayor afectación de nuestra muestra, el cual fue Trastorno del Espectro Autista con un 90%. (Gráfica N° 2, página 62).
- Por medio del Preschool Language Scale – 3, se lograron obtener todas las respuestas necesarias para llenar cada uno de los objetivos de la investigación.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Acceso limitado a ciertos libros de texto con información relevante a la investigación.
- Algunos artículos científicos no presentaban información importante, aunque en el tema se tratará de autismo.
- Cierta información leída, redundaba en el mismo punto y no aportaba la información sustancial que requería esta investigación.
- Algunos de los niños en el proceso de evaluación, experimentaron por primera vez un rapport, y su comportamiento se manifestó con inquietud, cierta falta de atención, pero no fue imposible obtener los resultados.

RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Una de las recomendaciones más importantes para quien tenga acceso a este documento, sería, velar por el bienestar de sus hijos o pacientes. Adquirir conocimiento sobre este tema es muy esencial cuando la ciencia está cada vez avanzada en los seres humanos.
- Seguir la guía de padres para darle a su hijo/a o paciente una mejor calidad de vida a muy temprana edad.
- Siempre estar alerta a las necesidades de nuestros niños con TEA, una rehabilitación específica puede hacer un gran cambio en la vida del niño/a y en la de su familia.

INFOGRAFÍA

Artigas-Pallares, J; Paula, I (2012). El autismo 70 años después de Leo KanneryHansAsperger.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008

Delgado, J. (2016). Trastorno desintegrativo infantil: Causas y síntomas.<https://www.etapainfantil.com/trastorno-desintegrativo-infantil>

Delgado, J. (2016). Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado: ¿Qué es?.<https://www.etapainfantil.com/trastorno-generalizado-del-desarrollo-no-especificado>

Hudry, K; Leadbitter, K; Temple, K; Slonims, V; McConachie, H; Aldred, C; Howlin, P; Charman, T; y PACT Consortium. (2010). Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20102259>. Londres

Institutos Nacionales de la Salud (2010). Síndrome de Rett.https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_sindrome_de_rett.htm

Kyeong In, S; Seung Ha, S; Ka, Lim K; Seung Taek, O; Young Tae, K; Woo Young, I; Dong Ho, S; y Keun-Ah, Ch. (2014). A Comparison of Receptive-Expressive Language Profiles between Toddlers with Autism Spectrum Disorder and Developmental Language Delay. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205715/>. Corea.

Mendoza, E (2002); 1ra jornada sobre trastornos específicos del lenguaje. AVATEL. Universidad Politécnica de Valencia. España.

Peppé, S; McCann, J; Gibbon, F; O'Hare, A; y Rutherford, M. (2007). Receptive and Expressive Prosodic Ability in Children With High-Functioning Autism. <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1092-4388%282007/071%29>. Reino Unido.

Universidad Internacional de Valencia (2015). Los distintos tipos de trastorno del espectro autista (TEA): características y formas de intervención en el aula. <https://www.universidadviu.es/los-distintos-tipos-de-trastorno-del-espectro-autista-tea-caracteristicas-y-formas-de-intervencion-en-el-aula/>

BIBLIOGRAFÍA

Allen, M; Hartley, C; Cain, K. (2015). Do iPads promote symbolic understanding and word learning in children with autism? England. Nicola Pitchford, University of Nottingham, UK.

Alzrayer, N; Banda, D; Koul, R. (2014) Use of iPad/iPods with Individuals with Autism and other Developmental Disabilities: A Meta-analysis of Communication Interventions. United States of America. Springer Science+Business Media New York.

Anderson, D. K; Lord,C; Risi; S.,DiLavore; P.S.,Shulman; C.,Thurm. (2007) A.Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder. J. Consult.Clin.Psychol.

Bernard-Opitz, V; Sriram, N and Tuttas, M. L. (1990) Computer assisted instruction for children with autism. Annals of the Academy of Medicine.

Bosseler, A and Massaro, D. W. (2003) Development and evaluation of computer-animated tutor for vocabulary and language learning in children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Boyd B, Odom S, Humphreys B, Sam A. (2010). Infants and Toddlers with Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention. United States of America. Journal of Early Intervention.

Chawarska k, Klin A, Volkmar F. (2008) Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. N.Y.: Guilford.

Dawe, M. (2006) Disabilities: Desperately seeking simplicity: how young adults with cognitive disabilities and their families adopt assistive technologies. In Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in computing systems. ACM Press.

Flippin, M; Reszka, S and Watson, L.R. (2010) Effectiveness of the picture exchange communication system (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders. A meta-analysis Am.J.Speech Lang.Pathol.

Golan, O and Baron-Cohen, S. (2006) Systemizing empathy: Teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia. Development and Psychopathology.

Ingersoll, B. (2010) Teaching Social Communication a Comparison of Naturalistic Behavioral and Development, Social Pragmatic Approaches for Children with Autism Spectrum Disorders. United States of America. Hammill Institute on Disabilities.

Lorah, E; Parnell, A; Whitby, P; Hantula, D. (2014). A Systematic Review of Tablet Computers and Portable Media Players as Speech Generating Devices for Individuals with Autism Spectrum Disorder. United States of America. Springer Science+Business Media New York.

Paul, R. (2008). Interventions to Improve Communication in Autism. United States of America. Elsevier Inc.

Piper, A. M; OSBrien, E; Morris, M. R and Winograd, T. Sides. (2006). A cooperative tabletop computer game for social skills development. In

Proceedings of the 2006 20th Anniversary Conference on computer Supported Cooperative Work. ACM Press.

Piro, Ma. (2017). El autismo: perspectivas teórico-clínicas y desafíos contemporáneos, Argentina. 1a ed. - La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Putnam, C; Chong, L. (2008) Software and Technologies Designed for People with Autism: What do users want? Washington, USA. ACM New York, NY, USA.

Roldán Álvarez, D; Gómez, J; Márquez-Fernández, A; Martín, E; Montoro, G. (2016). Mobile devices as assistive technologies for ASD: experiences in the classroom. Suiza. Springer International Publishing Switzerland.

Sicile-Kira, C. (2004). Autism Spectrum Disorders: A Complete Guide to Understanding Autism, Asperger Syndrome, Pervasive Developmental Disorder and Other ASDs. The Berkley Publishing Group, New York, New York.

Shiple-Benamou, R; Lutzker, J and Taubman, M. (2002) Teaching daily living skills to children with autism through instructional video modeling. Journal of Positive Behavior Interventions.

Whalen, C; Liden, L ; Ingersoll, B; Dallaire, E and Liden, S. (2006). Behavioral improvements associated with computer-assisted instruction for children with developmental disabilities. The Journal of Speech and Language Pathology - Applied Behavior Analysis.

ANEXOS

ANEXO N°1
EVALUACIÓN DEL PLS-3 EN EL
CADI

Evaluación del PLS-3 en el CADI



Fuente: Darysbeth Mazzola

Realización de la toma de muestra con el Preschool Language Scale-3 en el Centro de Atención a la Diversidad en el área de Fonoaudiología.

ANEXO N° 2
Preschool Language Scale – 3
Picture Manual

Preschool Language Scale – 3 Picture Manual



Fuente: Zimmerman, I.R; Steiner, V.G & Pond, R.E. (1992). Preschool Language Scale – 3 (PLS-3). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Instrumento utilizado para el muestreo de la investigación

ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO (ASENTIMIENTO)

Yo, **Darysbeth Mazzola**, *Estudiante de Licenciatura en Fonoaudiología, de la Universidad Especializadas de las Américas, Sede Panamá.* Estoy realizando un estudio sobre “Niveles del Lenguaje Comprensivo y Expresivo en niños con Trastorno del Espectro Autista de 4 a 9 años”. Les voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación.

En estudio se le ofrecerá el manejo protocolizado rutinario de la profesión. Le invito a participar de este estudio.

Su participación en esta investigación es totalmente Voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Si elige participar se le brindará todas las atenciones que necesite profesionalmente.

Descripción del Proceso

Se tomará datos como antecedentes personales.

Posteriormente se procede a registrar todos los eventos ocurridos durante las evaluaciones realizadas.

Duración

El tiempo que requiera ofrecer la atención y que su condición lo amerite.

Efecto Secundario / Riesgo

El paciente no presentará ningún efecto secundario ni riesgo.

Beneficios

Estará contribuyendo con el mejoramiento de la atención ofrecida Fonológico en niños de 6, 7 y 8 años y al mejoramiento de su calidad de vida.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Derecho a negarse o retirarse

Usted podrá dejar de participar en el estudio en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Es su elección y todos sus derechos se le respetarán.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento

voluntariamente participar en este estudio como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del/la participante: _____

Firma del/la participante: _____

Fecha: _____

Día/mes/año

Acepto participar de la investigación:

- (Si)
- (No)

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del/la testigo: _____

Firma del/la testigo: _____

Fecha: _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del/la Investigador/ra: _____

Firma del/la Investigador/ra: _____

Fecha: _____

Día/mes/año

Fuente: Darysbeth Mazzola

Otro de los instrumentos utilizados para el consentimiento de los padres de cada uno de los niños/as antes de realizar las evaluaciones.

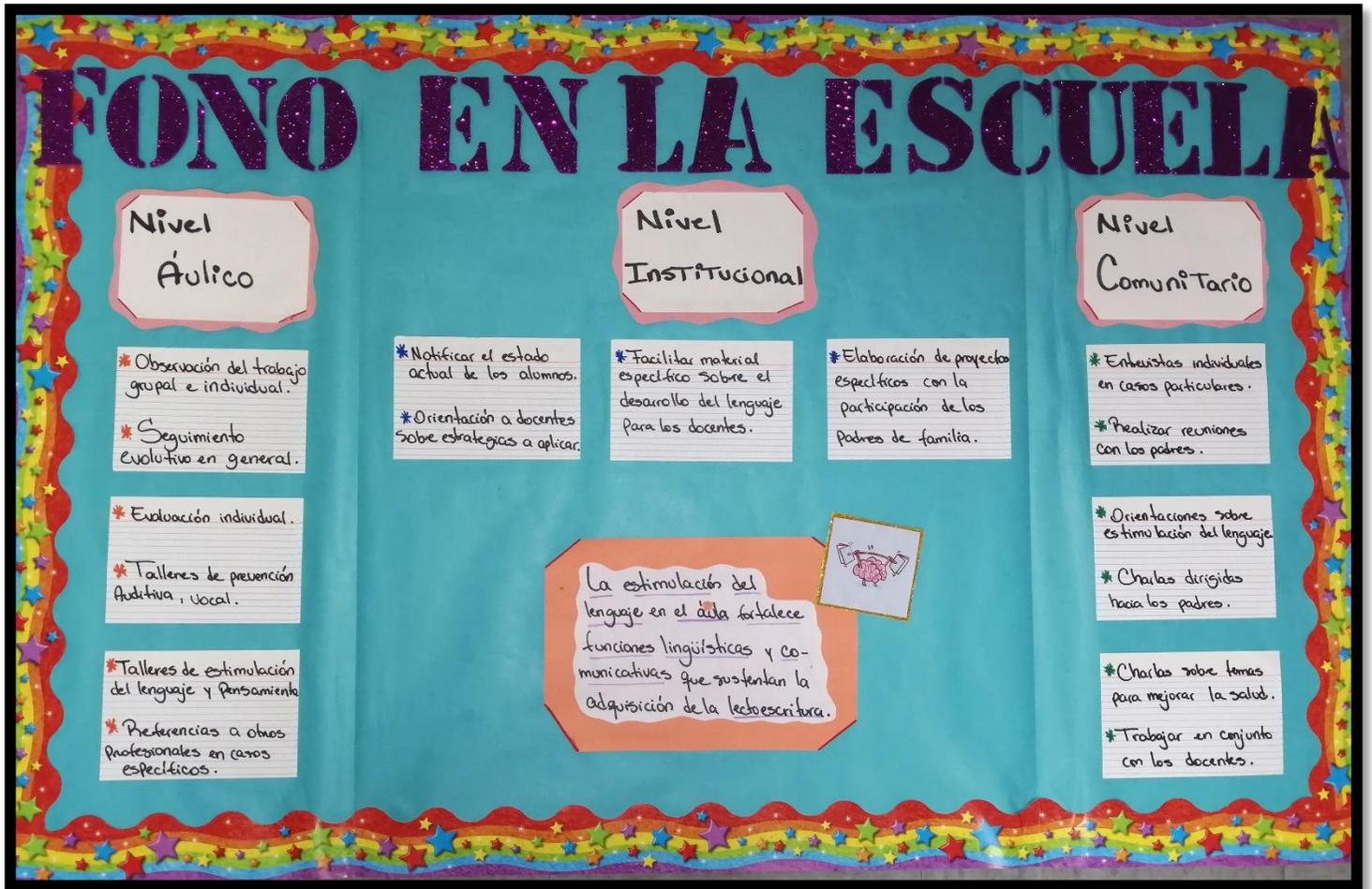
ANEXO N° 4

TRÍPTICOS

ANEXO N° 5

MURALES

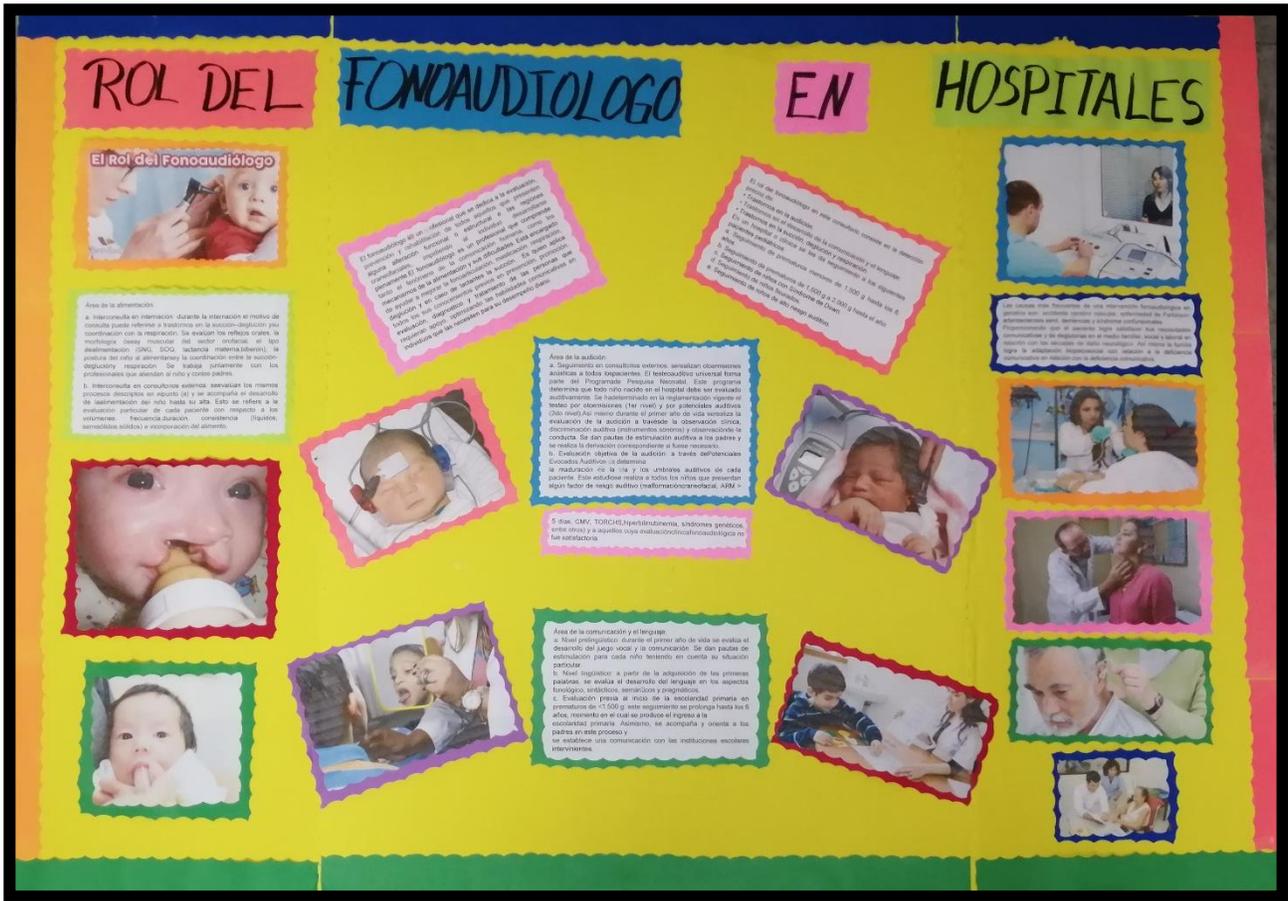
Papel del fonoaudiólogo en la escuela



Fuente: Darysbeth Mazzola

Mural realizado en conmemoración al día del fonoaudiólogo 15 de octubre en el CADI.

Papel del fonoaudiólogo en hospitales



Fuente: Darysbeth Mazzola

Mural realizado en conmemoración al día del fonoaudiólogo 15 de octubre en el CADI.

ANEXO N° 6

**Guía de estimulación del lenguaje
comprensivo y expresivo para
padres con niños/as con autismo**

GUÍA DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE COMPRESIVO Y EXPRSIVO PARA PADRES DE NIÑOS/AS CON AUTISMO



ÍNDICE

	Páginas
Introducción	103
Justificación	104
Objetivos	104
Contenido	
• Actividades de desarrollo	105
✓ Percepción auditiva.	105
✓ Desarrollo social.	106
✓ Lenguaje.	106
• Lenguaje comprensivo	107
• Lenguaje expresivo	107
✓ Ámbito escolar.	107
✓ El juego	108
• Conclusión	109
• Infografía	109

INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno que compromete de forma integral a nuestros niños en su desarrollo, por lo tanto, esta guía les proporciona conceptos y actividades para utilizar y trabajar en la comodidad de su hogar con el objetivo de estimular el lenguaje de su hijo(s).

El autismo es un trastorno complejo de entender, pero tiene la accesibilidad de ser tratado de una manera cómoda para todo aquel que esté expuesto a él.

El trabajo interdisciplinario en este trastorno es sumamente importante porque se le estarían brindando herramientas integrales al niño para mejorar su desarrollo y llegar a las metas que se propongan.

Una guía de estimulación les facilita a los padres llevar un orden en las habilidades adquiridas y las habilidades por adquirir de su hijo, de una manera interactiva y continuamente motivadora para el niño, es muy importante prestar atención a las necesidades de nuestros niños/as, ellos siempre buscan la manera de darnos a entender lo que sienten y lo que desean.

JUSTIFICACIÓN

La estimulación del lenguaje no solo es importante en niños/as no diagnosticados, sino también en niños/as con autismo con el diagnóstico ya establecido. Mientras más temprana sea el diagnóstico, más rápida será la ayuda que recibirán los especialistas en casa, que sabemos que es donde pasa la mayor parte del tiempo y con sus padres.

El apoyo entre especialistas y padres ayudarán al niño/a a que supere muchos “obstáculos” o condiciones referentes al trastorno, lo cual nos dará un resultado de un niño/a ciertamente funcional.

OBJETIVOS

- Brindar a los padres consejos, actividades y conceptos referente al lenguaje, desarrollo social
- Lograr que el apoyo entre especialista-padre se fortalezca
- Asegurar una correcta estimulación en casa

ACTIVIDADES DE DESARROLLO

PERCEPCIÓN AUDITIVA

- Evitar ruidos fuertes
- Programar ratos de silencio/mostrarle al niño/a las fuentes sonoras/hacer juegos sonoros
- Hablar cerca del niño/a usar juguetes sonoros
- Hablar mucho y claro, enseñarle los nombres de las cosas/contarle cuentos
- Hablarle con frases cortas, hablarle un poco más despacio
- Hablarle un poco más fuerte, enfatizar un poco más la entonación
- Utilizar más el gesto, repetir los sonidos que diga el niño/seguir sus intereses

Figura N°4: Percepción Auditiva



Fuente: Morón, N. (2018). La percepción auditiva. Asociación Arte y Parte.
<https://www.ayp.org.ar/project/la-percepcion-auditiva/>

DESARROLLO SOCIAL

- Proporcionarles alta predictibilidad para reducir la ansiedad
- Facilitarles el trabajo en grupos reducidos
- Darles normas muy claras acerca de cómo se tienen que comportar, evitando hacer juicios negativos de “tontos” o “malos”
- Ocuparlos en actividades que requieran buena organización
- Controlar los episodios de agresión facilitando su adaptación
- Enseñarles a compartir y a “imaginar” lo que les puede gustar a los otros niños/as

LENGUAJE

- Darles tiempo para contestar
- Reconocer todos sus intentos comunicativos, aunque sean inadecuados
- Mantener el ambiente tranquilo
- Evitar bombardearlos con un exceso de preguntas
- Utilizar gestos e indicadores visuales para introducir temas nuevos
- Si dicen cosas excesivamente fuera de contexto hay que evitar contestarles
- Pensar en el significado que tiene para ellos la ecolalia
- Evitar hacerles preguntas abiertas
- Introducir poco a poco palabras difíciles como, por ejemplo: los opuestos
- Trabajar sistemáticamente los términos espaciales, temporales y de cantidad
- Evitar el sarcasmo
- No introducirles nunca palabras aisladas, sino siempre dentro de un contexto determinado

LENGUAJE COMPRENSIVO

- Ejercicios de semejanza. Ejemplo: ¿en que se parece un gato y un ratón?
- Ejercicios de contarios. Ejemplo: ¿en qué se diferencian un gato y un ratón?
- Realizar frases de tipo: el gigante es grande y el enano es...; esto es un...y sirve para...
- Utilizar juegos de mesa que ayuden con la memoria.
- Utilizar cartas con distintas categorías (animales, medios de transporte, utensilios de cocina, del baño, los colores, las formas geométricas).

LENGUAJE EXPRESIVO

- Pronunciar las vocales.
- Cantar canciones que despierten su interés.
- Animarlos a realizar praxias linguales, faciales y labiales de una manera divertida.
- Utiliza entonación marcada e interesante – “daaame”, para fomentar la repetición.
- Utilizar un lenguaje claro, describir usando las palabras correctas y sencillas.
- Comunicar orden, explicar secuencias.
- Utilizar de igual manera cartas con distintas categorías (animales, medios de transporte, utensilios de cocina, del baño, los colores, las formas geométricas), para explicar su función y fomentar la repetición.

EN EL ÁMBITO ESCOLAR (SI ASISTE A UNA).

- Deben tener siempre muy claro su horario. Evitar improvisar
- No confiar en su memoria y asegurarse de que ha comprendido
- Proporcionarles ayuda para mejorar su grafía y matemáticas, y enseñarle las reglas de estas (si en dado caso estén aprendiendo a escribir)
- Ayudarse de, o elaborar, libros de lectura con imágenes o fotografías familiares

- Enseñarles las tareas más complejas (como la historia) a través de viñetas y esquemas de organización temporal

EL JUEGO

- Utilizar juegos que estimulen la atención.
- Estimular la exploración sensorial
- Animarlos a cambiar de juegos para evitar la rutina
- Animarlos a jugar en los recreos con otros niños
- Favorecer los juegos de rol basados en experiencias cotidianas con ayuda de marionetas, animales u objetos diversos
- Ayudarles a que dibujen y a que hagan juegos de imaginación
- Enseñarlos y animarlos a participar en juegos reglados (por ejemplo: fútbol, baloncesto...)

Figura N°5: Estimulación a través del juego



Fuente: Micorazondetiza. (2012). Mi Corazón de Tiza. características evolutivas en niños de 4 años. <https://micorazondetiza.com/blog/caracteristicas-evolutivas-en-ninos-de-4-anos>

CONCLUSIÓN

Esta guía representa la unión entre el especialista, los padres e inclusive a los profesores del aula (si el niño está en una escuela).

Es muy importante siempre ver las motivaciones de los niños/as, para así poder introducir las herramientas de enseñanza dadas por la presente guía. Es un trabajo de mucha dedicación y paciencia, por lo tanto, el mecanismo mayor es el juego.

Debido a esto la guía representa diferentes edades y diferentes actividades que pueden ser utilizadas en el orden que se prefiera, pero con el objetivo de alcanzar lo propuesto.

INFOGRAFÍA

Mendoza, E (2002); 1ra jornada sobre trastornos específicos del lenguaje. AVATEL. Universidad Politécnica de Valencia. España.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Descripción	Página
Cuadro N° 1	Descripción de las funciones del lenguaje en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje.	18
Cuadro N° 2	Teorías que describen el proceso del desarrollo del lenguaje.	19
Cuadro N° 3	Señales o signos de alerta del comportamiento del niño para la detección temprana.	41
Cuadro N° 4	Necesidades de las personas con TEA.	58
Cuadro N° 5	El número total de niños/as utilizados como muestra dividido por sexo y edad.	74
Cuadro N° 6	Diagnóstico del tipo de autismo dado por neurólogos.	75
Cuadro N° 7	Características predominantes de la muestra de investigación.	76
Cuadro N° 8	Resultado de la hipótesis de la investigación.	79

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°	Descripción	Página
Gráfica N° 1	El número total de niños/as utilizados como muestra dividido por sexo y edad.	74
Gráfica N° 2	Diagnóstico del tipo de autismo dado por neurólogos.	75
Gráfica N° 3	Resultado de la hipótesis de la investigación.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°	Descripción	Página
Figura N° 1	Software AssisT-Task en un ordenador de oficina.	65
Figura N° 2	Software DEDOS – Editor para profesores en un ordenador de oficina.	67
Figura N° 3	Muestra del software DEDOS en el aula de clases por los niños/as.	68
Figura N° 4	Percepción auditiva a ruidos muy fuertes.	105
Figura N° 5	Estimulación motivada a través del juego.	108