



EL AUTISMO EN **ACTIVIDADES** **RECREATIVAS**

Tesista: Carolina Adriana Aprigliano

Licenciatura en Educación Física y Deportes
(Plan especial para profesores A.R.T.D.)

Facultad de Motricidad Humana y Deportes

AREA DE DESARROLLO: Educación Física

TEMA DE INVESTIGACION: El autismo en actividades recreativas

TIEMPO Y ESPACIO: Espacio escolar. Marzo – Junio 2021

MODELO DE INVESTIGACION: “Modelo Cualitativo”

UNIVERSO, MUESTRA Y UNIDAD DE ANALISIS

SELECCIONADO: Escolar, Niños con Autismo y Entrevistas a Profesores de Educación Física y Psicólogos especializados en Autismo

INDICE:

Resumen.....	4
Palabras Claves.....	4
Abreviaturas.....	5
Introducción.....	6
Justificación del Trabajo.....	7
Preguntas de Investigación.....	8
Problema.....	8
Objetivos.....	9
Antecedentes.....	10
Marco Teórico.....	13
Método.....	37
Análisis de los datos.....	38
Discusión.....	47
Conclusiones.....	48
Anexos.....	49
Bibliografía.....	56

RESUMEN

El tema central es el autismo en las actividades recreativas tomando a los alumnos de primaria. Este trabajo se enmarca en el campo de las investigaciones aplicadas, de enfoque cualitativo. Se aplicó un método que se llama Teoría Fundamentada.

Se entrevistó a 10 profesores de Educación Física, tanto varones como mujeres, que se desempeñan sus tareas en las escuelas porteñas y poseen alumnos con Autismo. Además se entrevistó a 10 psicólogos especializados en esta discapacidad.

Se utilizó el instrumento de las entrevistas con preguntas bien focalizadas en la temática del Autismo y cómo impacta en las clases de Educación Física. Se los analizó en base a la teoría fundamentada.

Por último, las conclusiones sacadas a partir de un trabajo cualitativo y cómo impacta las actividades recreativas en los niños y niñas con Autismo en las escuelas porteñas de los distritos escolares 2, 15, 16, 17 y 18.

Palabras claves

Autismo, actividades recreativas, Educación Física. Escuela. Profesores y Psicólogos.

Abreviaturas

TEA: Trastorno del Espectro Autista.

TGD: Trastornos Generalizados del Desarrollo.

SA: Trastorno de Asperger.

A.F.: Actividad física.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a edition, text revision.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a edición.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

APA: American Psychiatric Association

TGD-NOS: Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

MVPA-AFMV: Actividad física de moderada a vigorosa.

E.F.: Educación Física

DT: Desarrollo típico.

PMR: Relajación Muscular Progresiva.

SNC: Sistema Nervioso Central

INTRODUCCIÓN

Lo que se pretende con esta producción es consultar a profesores y especialistas sobre las estrategias para trabajar con niños con autismo en las actividades recreativas. Es evidente que la actividad física recreativa es beneficiosa para la salud para toda la población con o sin discapacidad. En el caso de los niños autistas, la obesidad es una de las causas más comunes que genera problemas de salud. Por lo tanto, no realizar A.F., aumenta más este riesgo

Pero lo que se quiere es ir un paso más allá y ver los demás efectos y beneficios que produce una práctica de actividad física en este tipo de población.

Los niños con TEA, son característicos por mostrar patrones de comportamiento estereotipados y/o repetitivos, tener una interacción social deteriorada, alteraciones en la comunicación, déficit motores etc.

Esto lleva a plantearse numerosas preguntas: ¿Es posible que la práctica de A.F. reduzca los comportamientos estereotipados y repetitivos?, ¿La práctica de A.F. facilitará la interacción social con otros niños?, ¿Los déficit motores presentan una barrera para la práctica de A.F. de estos niños?, ¿Las características de los comportamientos de los TEA, pueden llegar a ser una barrera para la práctica de A.F.?

Se espera que este trabajo de tesis sirva para ser un disparador de cómo trabajar con nenes y nenas con autismo en actividades recreativas y como se nutren motrizmente para mejorar su corporeidad.

Para una mejor comprensión del escrito se ha organizado de la siguiente manera: se comenzará por detallar los antecedentes, la justificación y el problema; a continuación, se plantearán los objetivos, marco teórico y metodología. Luego, se expondrán los resultados, análisis y conclusiones correspondientes.

Por último, lo conversado con distintos profesores de Educación Física, hay muchas coincidencias sobre este tema de incluir materias

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Durante mis años de estudio y de trabajo, estuve en contacto con nenes con el Síndrome de Espectro Autista. Los que llamaron mi atención para poder realizar este trabajo fueron unos hermanitos cuando trabajé en un Jardín de Infantes.

Los nenes llamados Simona e Hipólito son dos hermanos que padecen de autismo, uno en mayor grado de severidad y el otro con un grado leve de Autismo, estos chicos estaban en sala de 3 años y en sala de 4 años en un Jardín Común.

Esos niños tenían acompañantes terapéuticos que los ayudaban a realizar las actividades propuestas de las docentes, ya que podía consultarles sobre los comportamientos de los nenes en las salitas y dentro de su hogar.

Pienso que a los profesores de Educación Física nos faltan herramientas para poder trabajar con estos nenes y es por eso que realice este trabajo poniendo en énfasis las estrategias y el trabajo en conjunto de profesores de Educación Física, directivos de las Instituciones y especialistas en el área de Psicología y Pedagogía.

Para este trabajo se espera que sea un disparador e inspirado para que se traten las problemáticas de los nenes con discapacidades y que los profesores se capaciten en el área de Autismo.

Vivimos insatisfechos y en esta vorágine por hacer y tener cosas, comenzamos a olvidarnos de lo esencial, de las cosas que le dan sentido a nuestra vida y nos olvidamos de las personas que no poseen las mismas oportunidades que el resto como las personas con autismo, que se les dificulta la interacción social y la parte motriz.

Preguntas de Investigación:

1. ¿Qué estrategias se han usado los Profesores de Educación Física en sus clases?
2. ¿Qué estrategias han usado los Directivos sobre estos chicos con Autismo?
3. ¿Han pedido ayuda los profesores y directivos a especialistas?
4. ¿Qué otros profesionales de otros campos ayudan a los profesores?
5. ¿Qué material bibliográfico ayuda a los docentes y directivos?

PROBLEMA

Mediante el problema real se realiza el problema de investigación.

¿Qué estrategias, acciones han tomado los profesores de Educación Física, los Directivos y trabajando en conjunto con los especialistas en el Área de Psicología para trabajar con chicos con Autismo en los diferentes establecimientos escolares de los distritos 2, 15, 16, 17 y 18?

OBJETIVO GENERAL

Indagar en las estrategias que utilizan los Profesores de Educación Física no capacitados específicamente para trabajar con niños que padecen autismo y que están integrados a una escuela común con o sin ayudante

OBJETIVO ESPECIFICO

- Revisar la bibliografía existente sobre TEA
- Comparar las diferentes estrategias
- Comparar las diferentes posiciones halladas con los especialistas.

ANTECEDENTE

Durante la investigación se han hallado una determinada cantidad de artículos, de proyectos de tesis, de *papers* sobre el autismo en las actividades recreativas. Para esta tesis, entonces, se han utilizado líneas de trabajo diferentes como base para presentar un paneo de la situación del autismo en las actividades recreativas, ya que hay estudios de muchos trabajos con distintos enfoques y con distintos tipos de autismo

ESTADO DEL ARTE

Artículo 1:

Trastorno espectro autista: guía actividades recreativas aumentando sociabilización mediante equinoterapia

Autora: Delgado Marín, María Gabriela

Resumen: El siguiente trabajo direccionado a la investigación del trastorno espectro autista y como la realización de una guía de actividades recreativas ayudara. El trastorno espectro autista caracterizado por la poca sociabilización de los niños llevándolos a un ambiente no muy favorable para su desarrollo, puede presentar la aparición de conductas agresivas que hará la calidad de vida del infante dependiente de sus características. En la actualidad dentro de la sociedad encontré muchos niños que tienen este trastorno que por no tener un grado de sociabilidad adecuado tienen conductas por debajo de lo normal, observado en la Unidad de Equitación y Remonta “Santiago de Guayaquil” se realizó un estudio de las habilidades sociales de cada niño mediante la realización de actividades durante equinoterapia. Mediante la utilización de encuestas a padres y cuidadores y evaluaciones a los niños. Luego de hacer el análisis correspondiente en su totalidad de la recolección de información se elaboró una guía de actividades terapéuticas como solución a este trastorno. El resultado permitió identificar factores que impiden la sociabilización del infante. Lo que llevo al trabajo conjunto de la unidad de Equitación y Remota para mejorar sociabilización en los niños

Artículo 2:

Actividades recreativas y terapéuticas mediante la expresión corporal del baile para (NNA) niño, niño y adolescente con problemas de autismo

Autor: Ortega Villamar, Liliana Lourdes

Resumen: La tesis ha sido ejecutada haciendo referencia a la importancia de diferentes casos de fundaciones o rincones existentes en diversas escuelas de la ciudad y su entorno. Baile y danza. Para ello, con anterioridad al dominio del lenguaje y a la difusión de la expresión oral tuvo que recurrir a sus propias limitaciones y a su propio cuerpo, para contactar con las divinidades, rendir culto a la naturaleza y poder expresar a sus congéneres de forma instintiva y espontánea sus propios sentimientos, necesidades o temores. Por eso con unos movimientos corporales rítmicos que siguiendo un patrón, acompañados generalmente con música sirvieron como forma de comunicación o expresión ya que los seres humanos se expresan a través del movimiento.

Artículo 3:

Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo

Autor: Cuesta Gómez, José Luis

A partir del modelo multidimensional de calidad de vida, propuesto por Schalock y Verdugo (2003), se enmarca el proyecto Red para la Calidad de Vida, liderado por Autismo España, cuyo objetivo es determinar las condiciones que favorecen la calidad de vida en personas con Trastorno del Espectro del Autismo para orientar el desarrollo de los servicios de apoyo. Se parte del análisis de cada dimensión de la calidad de vida, desde la perspectiva directa de las personas con TEA, familias y profesionales. Este trabajo se centra en el bienestar físico como dimensión clave de la calidad de vida. La muestra quedó constituida por 276 personas pertenecientes a diferentes localidades de España. Se utilizó un diseño transversal empleando una metodología mixta de recogida de información. Se aplicaron varios cuestionarios validados; Cuestionario de Calidad de Vida en la Infancia (Sabeh, Verdugo, Prieto y Contini, 2009); Cuestionario de evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes (Gómez-Vela y Verdugo, 2009), Cuestionario ISMAP- Mapa de Importancia y Satisfacción- (The Council on Quality and Leadership, 1997). La información de familias y profesionales se obtuvo a través de grupos de discusión y cuestionarios sobre cada uno de los factores de las distintas dimensiones. Se realiza una codificación y análisis cualitativo de las

respuestas. Los resultados proporcionan una descripción estratégica de las condiciones que favorecen la calidad de vida, objetiva y subjetiva, de las personas con TEA, así como orientaciones prácticas para aplicar el modelo de calidad de vida en el ámbito del autismo, relacionado especialmente con la actividad física. Las familias y profesionales consideran la actividad física como un factor importante en la calidad de vida, así como motivo de salud, disfrute y socialización. Este proyecto se constituye como la primera investigación de amplio alcance sobre Calidad de Vida y TEA en España.

Artículo 4:

Juego y Autismo: El lugar que ocupa lo recreativo en la vida social de las personas con TEA desde una perspectiva de derecho.

Autor: Sebastián Klein

Resumen: La ponencia presentará los avances en el proceso de investigación enmarcado en una producción de Tesina de Grado en Educación Física (UNSAM). La misma se propone indagar el papel que desempeña el juego en la vida social de las personas con TEA desde una perspectiva de derecho. Partiendo de la noción de juego como motor de cultura y la constitución del lazo social con el otro, abordaremos la -hipotética- vulneración del derecho al juego, al ocio y al tiempo libre consagrado en la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad en el contexto de la CABA, tomando como referencia un estudio de caso de un Taller de Juegos y Habilidades Sociales. Para tal fin, en primer lugar se introducirá brevemente en el tema y problema de investigación; en segundo lugar, se realizará un recorrido sintético del estado del arte del problema a investigar; en tercer lugar, se desarrollarán las hipótesis de trabajo del que parte la tesina en cuestión; finalmente, se desarrollarán algunas cuestiones vinculadas a los avances empíricos -y su devenir teórico- del trabajo de investigación (que revelará algunas cuestiones vinculadas al nivel de cumplimiento del derecho al juego, deporte y esparcimiento para personas con discapacidad) y algunas nociones afines de la cuestión del juego, tal cual se abordará conceptualmente en el presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

Los TEA, constituyen un grupo de alteraciones del neurodesarrollo que afectan de manera global a distintas funciones cerebrales superiores del individuo, como la inteligencia, la capacidad del lenguaje y la interacción social. (Mulas et. al., 2010). Se podría decir que los TEA, están definidos por una tríada de trastornos.

Esta tríada de trastornos recibe el nombre de “tríada de Wing”, y está compuesta por los siguientes: Alteración de la interacción social recíproca, alteración de la comunicación y del lenguaje y actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados (Mulas et. al., 2010).

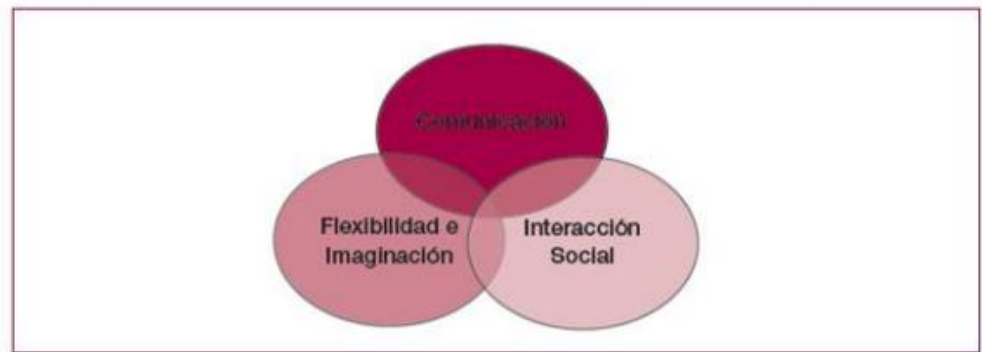


Figura 1: Tríada de Wing (Abad et al, 2009)

Se podría definir también a los TEA como un conjunto de alteraciones del desarrollo neurológico. Estas alteraciones varían de un niño a otro y por eso se habla de “espectro”. Este se refiere a la amplia gama de síntomas, habilidades y niveles de deterioro o discapacidad que pueden tener los niños con el TEA. Por lo tanto el TEA engloba tanto a los casos más leves como a los más graves. El TEA, aunque no existe como término clasificatorio dentro de los manuales DSM-IV o CIE-10, es el término utilizado actualmente, para referirnos a los TGD. Los años han demostrado que no es del todo correcto utilizar el término precursor, ya que el desarrollo no está afectado de manera “generalizada” sino que varía de unos sujetos a otros. Es por eso la incorporación del término “espectro”, explicado anteriormente. El término TEA, agrupa cinco cuadros clínicos según DSM-IV-TR, y ocho si seguimos la CIE-10 de la OMS. Estos serán

desarrollados en otro punto de esta revisión bibliográfica, pero por el momento aparecen reflejados en la tabla uno.

Tabla 1: Clasificación según CIE-10 y DSM-IV-TR

CIE-10	DSM-IV-TR
Autismo infantil.	Trastorno Autista
Síndrome de Rett	Trastorno de Rett
Otros trastornos desintegrativos infantiles	Trastorno desintegrativo infantil
Síndrome de Asperger	Trastono de Asperger
Autismo atípico	Trastornos generalizados del desarrollo no especificado (incluido autismo atípico).
Otros trastornos generalizados del desarrollo	
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico.	
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados.	

De todas formas la palabra “autismo” es utilizada comúnmente para referirse a este tipo de trastornos. El inicio del estudio científico del autismo, se considera a manos de Kanner en 1943, en su obra “Alteraciones autísticas de contacto afectivo”. A pesar de esto, existen informes muy anteriores a Kanner en los que se hablan de comportamientos en personas que se pueden relacionar con el autismo, es cierto pues, que este trastorno ya lleva muchos años circulando a lo largo de nuestra historia aunque no se le pusiera nombre.

En el siglo XVIII y XIX, se empezó a manifestar interés por los niños con perturbaciones severas de las capacidades de interacción y contacto afectivo (López Gómez, Rivas Torres & Taboada Ares, 2009). Y ya a principios del siglo XX, los psiquiatras empezaron a designar algunos síndromes. Aunque el estudio científico del autismo se considera a manos de Kanner, este término, proviene ya de Bleuler en 1913, que lo aplicaba para referirse a pacientes que presentaban un fracaso en las relaciones interpersonales y un aislamiento en su entorno.

En 1944, el pediatra Hans Asperger, escribe un trastorno muy parecido al de Kanner, caracterizado sobre todo por una limitación de las relaciones sociales, por extrañas pautas comunicativas y por un carácter obsesivo en pensamiento y acciones.

ETIOLOGÍA

Factores psicológicos o sociales: Los científicos no conocen las causas exactas del TEA y se trata pues de un auténtico enigma que provoca la aparición de numerosas teorías para intentar explicar sus orígenes. Probablemente el TEA no se deba a una sola causa (Rutter, 1978). Seguramente varios factores biológicos se combinen con los psicosociales para producir los comportamiento tan inusuales que observamos. (Durand & Barlow, 2007).

- Los padres: Antiguamente se creía que el comportamiento o personalidad de los padres de los niños con TEA eran los responsables de sus conductas. Las investigaciones posteriores contradicen estos puntos de vista, al señalar que varias medidas de la personalidad de los progenitores de personas con autismo, pueden no diferir mucho de las obtenidas de progenitores de hijos sin discapacidades (Koegel, Schreibman, O'Neil y Burke, 1983; McAdoo & DeMer, 1978). También surgió una teoría en donde destacan la influencia de las interacciones de los padres con el hijo en la patogénesis del síndrome autista, teoría la cual ha sido descartada por estudios posteriores. Sin embargo esta visión como dice Mackowiak (2000), ha cambiado en los últimos años siendo los factores biológicos los principales culpables de este trastorno.

- Carencia de conciencia personal: Algunos teóricos también se pararon a pensar si el trastorno se debe a una carencia de conciencia ya que en los autistas había una carencia de empleo de los pronombres de primera persona. Las investigaciones posteriores han demostrado que algunas personas con el TEA, parecen tener conciencia personal (Dawson y McKissick, 1984, Spiker & Ricks, 1984) y que sigue un proceso de desarrollo.

Existen numerosas teorías más, pero actualmente pocos expertos del campo del autismo están convencidos de que factores psicológicos o sociales influyen en el desarrollo del trastorno.

Factores biológicos:

- Influencias genéticas: Las teorías genéticas están cobrando cada vez más importancia debido a su amplio soporte empírico (Barón- Cohen & Bolton 1994; Cook, 1998, 2001; Folstein, 1999) y en la actualidad sabemos que el autismo tiene un componente genético. Se considera que el autismo es la consecuencia de la alteración de un conjunto de genes interdependientes, distribuidos en distintos puntos del genoma, siendo necesaria la participación de un número mínimo de genes, aunque no siempre coincidentes, para su desarrollo y aparición. Es decir, son varios los genes que actúan de manera independiente para causar el autismo o los trastornos generalizados del desarrollo (Estecio, Fett, Varella, Fridman & Silva, 2002). Los resultados sobre las exploraciones genoma completo apoyan la hipótesis de que la persona debe heredar al menos de 15 a 20 genes, que interactúan de manera sinérgica para expresar el fenotipo completo del autismo. La hipótesis dice que cada uno de los genes que intervienen aporta una pequeña cantidad de riesgo para el trastorno y sólo cuando esa cantidad supera el umbral determinado, la persona presenta el fenotipo completo.

Las familias con un hijo con autismo tienen entre el 3 y el 5% de riesgo de que otro de sus hijos también tenga ese trastorno. (Durand & Barlow, 2007). Dentro del grupo de condicionantes genéticos, que pueden producir o hacer evidente su asociación con el autismo, encontramos una serie de patologías relacionadas con el mismo (Barón- Cohen & Bolton, 1994; Cook, 1998; Gillberg & Billstedt, 2000), destacando la fenilcetonuria, neurofibromatosis (Williams & Hersh, 1998), esclerosis tuberosa (Bolton, Park Higgins, Griffiths & Pickles, 2002; Gutiérrez, Smalley & Tanguay, 1998; Smalley et al., 1988), síndrome de X-Frágil (Estecio et al., 2002; Rogers, Wehner & Hagerman, 2001; Turk & Graham, 1997) y otros síndromes congénitos.

-Influencias neurobiológicas: Existe una evidencia de que el trastorno se relaciona con alguna clase de daño orgánico, ya que la mayoría de autistas presentan también un retraso mental (Durand & Barlow, 2007). Además entre el 30 y el 75% de ellos manifiestan alguna anormalidad neurológica como torpeza o desorden de la postura o la marcha (Tsai y Ghaziuddin, 1992). Las nuevas tecnologías han permitido realizar barridos de cerebro y ver posibles disfunciones neurológicas (Peterson, 1995). Algunos investigadores han comprobado un tamaño menor en el cerebelo de una persona con autismo en comparación con una que carece del mismo. Pero este tipo de anormalidad no se encontró en todos los estudios que utilizaron imágenes de cerebro.

-Factores neuroquímicos:

Numerosos factores neuroquímicos pueden afectar a la maduración del SNC en algunas etapas del desarrollo temprano (serotonina, oxitocina, dopamina, noradrenalina y acetilcolina) (Abad et al., 2009)

Diversos estudios (Bailey et al., 1995, 1996; Sahley & Panksepp, 1987) relacionan el exceso de péptidos con el comportamiento aislado autista, además de observarse grandes mejoras sintomáticas si se bloquean sus efectos (Cazzullo et al., 1999; Sandman, Spence & Smith, 1999; Willemsen, Buitellar, Van-Berckelaer & VanEngeland, 1999).

La serotonina y la dopamina son los dos neurotransmisores que más se han estudiado en el autismo (Mardomingo, 1994).

- Serotonina: La serotonina es un regulador del sueño, el humor, la temperatura, el apetito y la secreción de hormonas, y se encuentra periféricamente en la sangre el intestino y en las plaquetas (Mardomingo, 1994). Ya en el año 1961 Shaim y Freedman detectaron un incremento de los niveles periféricos de serotonina en un grupo de pacientes autistas, resultado que se ha confirmado en estudios posteriores (Yuwiler et al., 1985). Se considera pues, un aumento de los niveles de serotonina en sangre como eje fundamental del autismo (Aman, Arnold & Armstrong, 1999; Cook, 1990; Leckman & Lombroso, 1998; McDougale, Kresch & Posey, 2000; Strauss, Unis, Cowan, Dawson & Dager, 2002) y que se asocian con el retraso mental y determinados síntomas conductuales del autismo. Los niveles plasmáticos de serotonina están más elevados en la tercera parte de los niños con autismo, sobre todo en aquellos que tienen un retraso mental más grave (Yuwiler et al., 1985).

Es casualidad pues que la sintomatología del autismo se manifiesta en los tres primeros años de vida, coincidiendo con la inervación serotoninérgica de la corteza cerebral y del sistema límbico. Precisamente la amígdala es una de las estructuras límbicas que despierta actualmente un mayor interés en la investigación de este trastorno.

Otras investigaciones apuntan que no es real que al ajustar los niveles de serotonina se mejore realmente los síntomas de los déficits sociales ni comunicativos. Por lo tanto continúa sin quedar claro el mecanismo metabólico responsable, además que

cuando se reducen los niveles de serotonina no siempre se produce una mejora de la conducta.

- Dopamina: El posible papel de la dopamina en el autismo se manifestó cuando se utilizaron algunos fármacos que la bloqueaban la función dopaminérgica y que producían una mejoría en los comportamientos estereotipados y en las autoagresiones entre otras cosas.

Se ha observado que el ácido homovanílico, (metabolito de la dopamina), está elevado en niños autistas con estereotipias intensas (Cohen & Donnellan, 1987), un aumento elevado cuando se comparan los resultados con niños sanos, niños con trastornos psicóticos o niños y niñas con retraso mental (Gillberg et. al., 1983).

Aunque la dopamina y la serotonina son los más estudiados podemos mencionar también a la noradrenalina.

- Noradrenalina: Tiene un papel importante en el despertar (después de un sueño profundo), en la actividad onírica y en la regulación del estado de ánimo. (Tórtora y Derrickson, 2010; 2006). Aún no se sabe en qué medida interviene en el autismo, aunque los niños autistas tienen una excesiva respuesta a los estímulos estresantes (Anderson & Hoshino, 1997) y no hay que olvidar que la noradrenalina tiene una acción reguladora del estado de alerta, la ansiedad, la respuesta al estrés, la memoria y la actividad autonómica (Mardomingo, 1994).

Continúa pues, sin quedar claro el mecanismo metabólico responsable, al igual que el motivo por el cual no siempre que se produce una disminución de los niveles de serotonina se produce una mejora de conducta (López Gómez, et. al., 2009). El DSM-IV-TR (APA, 2002), indica, que existen diferencias de grupo en algunas medidas de la actividad serotoninérgica, pero no constituyen un criterio diagnóstico del trastorno autista.

Factores ambientales:

Los científicos están estudiando la forma en que ciertos factores ambientales pueden afectar a ciertos genes, activándolos o desactivándolos o aumentando o disminuyendo su actividad normal. Se ha sugerido pues que deben existir factores ambientales, que actuando sobre el genotipo, dan lugar al fenotipo característico de los

TEA (Abad et al., 2009). La realidad es que se han planteado diferentes hipótesis tales como:

- Complicaciones en el parto: Estas, pueden ser consecuencia de anomalías en las primeras semanas del desarrollo embrionario y por lo tanto desencadenar trastornos en la conducta, discapacidad intelectual, trastornos que posiblemente se asocien con el autismo.

- Afecciones médicas: Tales como la rubéola congénita (sarampión). Las madres que estuvieron expuestas al virus han procreado niños con autismo pero no siempre ha sido así.

- Enfermedades tóxicas: Se ha estudiado la exposición intra-útero a diversos agentes tóxicos, que pueden alterar el neurodesarrollo y generar fenopatías de tipo autista. Estos agentes pueden ser, alcohol, cocaína, exposición crónica de la madre y el feto a niveles bajos de monóxido de carbono etc.

Son muchas más las hipótesis de que factores ambientales podrían colaborar en la etiología del autismo, pero en realidad, ninguna de ellas han sido siempre coincidentes en el análisis de los diferentes resultados.

Factores de riesgo:

La mayoría de los estudios publicados llevan a la conclusión de que los factores de riesgo examinados no son específicos del autismo, pero son importantes como precursores de los trastornos y participan como factores etiológicos (López Gómez et. al., 2009; Bujas Petkoviae, s.f.)

La doctora Zorana Bujas Petkoviae, ha realizado la siguiente clasificación:

Tabla 2: Trastornos en la familia (Madres, Padres, Hermanos, Hermanas y Parientes cercanos)

Psicosis
Neurosis y alcoholismo
Epilepsia
Retraso mental

Tabla 3: Factores de riesgo durante la gestación

Abortos espontáneos antes del nacimiento (0, 1, 2 o más)
Edad de la madre en el parto (menor de 16, mayor de 35)
Enfermedades crónicas de la madre.
Infecciones bacterianas y víricas
Consumo de medicamentos durante la gestación.
Trastorno psíquicos durante la gestación.
Hemorragias
Anemia
Vómitos
Tabaquismo
Embarazo múltiple
Aumento de peso (menos de 4,5 kg, más de 13,6)
Control ginecológico.
Duración del embarazo (menos de 37 semanas, más de 42)

Tabla 4: Factores de riesgo durante el parto

Tipo de parto (espontáneo, cesárea, suero, extracción por vacío)
Duración del parto (menos de una hora más de 12)
Presentación del feto (cefálica, nalgas)
Vueltas del cordón umbilical alrededor del cuello
Llanto del niño en el parto
Aspecto
Reanimación
Peso al nacer

Tabla 5: Factores de riesgo después del parto

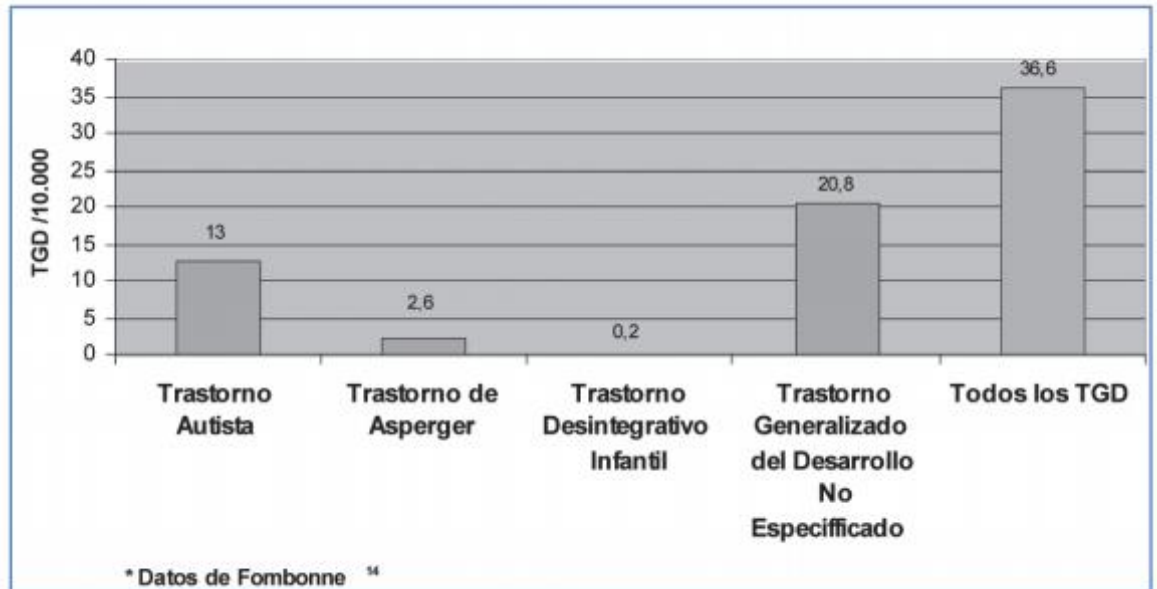
Problemas respiratorios
Problemas dispépticos
Ictericia
Anemia
Reacción a la vacunación
Tendencia a la fiebre alta
Convulsiones
Alergias
Hospitalización durante los tres primeros años de vida
Separación de la madre durante más de cuatro semanas en los primeros años de vida
Nacimiento de otro hermano en los tres primeros años

Prevalencia.

Desde a finales de la década de los 90, se ha venido describiendo un incremento en la prevalencia, pasando de 2/10.000 para TEA, a cifras que oscilas según los últimos estudios en un rango entre 2 y 6,7/1000 (1 caso de TEA por cada 150-500) (Ruiz Lázaro, Posada de la Paz & Hijano Bandera, 2009).

En la gráfica 1, podemos ver la prevalencia global estimada de los TGD o TEA.

Grafica 1: Prevalencia de los TGD/10.000 (Abad et al., 2009)



El aumento de la prevalencia puede ser debido al cambio en los criterios de diagnóstico.

Además se ha observado que los hombres tienen más riesgo que las mujeres de padecer este trastorno (4:1), no encontrándose diferencias significativas en la proporción de casos de autismo entre las diferentes clases sociales y culturas estudiada.

La edad de inicio de los trastornos es muy temprana; en algunos casos se han podido observar las primeras manifestaciones durante el primer año de vida, de ahí la importancia de un seguimiento exhaustivo del desarrollo infantil.

Los síntomas del autismo, generalmente están presentes a los 18-24 meses de edad y se mantienen estables durante la etapa preescolar y escolar. (Ruiz Lázaro et. al., 2009). En ocasiones los padres no son conscientes de los comportamientos característicos de los niños o al menos no los atribuyen con ningún TEA. Por eso es importante una detección precoz, ya que desembocará en una intervención temprana en estos niños, y en sus familias. Lo cual contribuirá a reducir el estrés familiar, aumentar su capacidad de afrontamiento y el desarrollo de la adaptación del niño en el futuro.(Abad et al., 2009).

CLASIFICACIÓN DEL TEA

Los TEA hace referencia a los TGD, siendo utilizado el primero por su amplia flexibilidad dimensional, como ya hemos dicho anteriormente.

Cuando hablamos de clasificación de los TEA, podemos referirnos según dos criterios: CIE-10 y DSM-IV-TR.

En la tabla 1, podemos ver reflejada la clasificación de ambos. Pero en este caso, procederé a desarrollar la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR:

1. Trastorno autista: También conocido como síndrome de Kanner (Ruiz Lázaro et. al., 2009). Es un trastorno infantil que se caracteriza por una deficiencia significativa en las interacciones sociales y en la comunicación, además de mostrar patrones limitados de conducta, de intereses y actividades (Durand, 2004).

2. Trastorno de Asperger (SA): Consiste en un deterioro importante de la capacidad de entablar una interacción social significativa y en comportamientos limitados repetitivos y estereotipados, pero sin los severos retrasos en el lenguaje ni en otras habilidades cognitivas que caracterizan al autismo (American Psychiatric Association, 2000a).

3. Trastorno de Rett: Es un trastorno neurológico progresivo que se presenta casi exclusivamente en las mujeres. La mayoría obedecen a una mutación en el gen MECP2 (Ruiz Lázaro et. al., 2009). Se caracterizan por apretarse las manos sin cesar; que es sustituido por movimientos estereotipados, por un retardo mental cada vez más severo y por el deterioro de las habilidades motoras (Durand & Barlow, 2007). Estas características se manifiestan después de un inicio aparentemente normal del desarrollo (Van Acker, 1991). Las capacidades motoras se deterioran de manera progresiva con el tiempo; en cambio, las capacidades sociales se desarrollan normalmente en un principio; declinan después entre el año y los 3 años de edad para mejorar luego en forma parcial (Durand & Barlow, 2007).

4. Trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller: Involucra una severa regresión del lenguaje, del comportamiento adaptativo y de las habilidades motoras tras un periodo de desarrollo normal durante 2 a 4 años (Malhotra & Gupta, 1999).

5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NOS): Se observa un deterioro severo y generalizado en las interacciones sociales, pero sin presentar todo el conjunto de manifestaciones de este (Durand & Barlow, 2007; Ruiz Lázaro et. al., 2009). Los afectados no siempre evitan a interacción social a edad temprana, pero sí pueden manifestar problemas sociales importantes. Éstos se hacen más evidentes después de cumplir los tres años.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TEA

Para referirnos a las características de los TEA, podemos volver a la Tríada de Wing (Figura 1). - Alteraciones en la interacción social: Las deficiencias en la interacción social son importantes y duraderas. La mayoría de los TEA tiene problemas para entablar las interacciones sociales diarias.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª ed., algunos niños con TEA pueden:

- Hacer poco contacto visual
- Tienden a mirar y escuchar menos a la gente en su entorno o no responder a otras personas.
- No buscan compartir su gusto por los juguetes o actividades, señalando o mostrando cosas a los otros.
- Responden inusualmente cuando otros muestran ira, aflicción o cariño.

Puede existir una incapacidad para desarrollar relaciones con otros niños coetáneos, apropiada al nivel de desarrollo, adoptando diferentes formas en función de la edad (Toth, Dawson, Meltzoff, Greenson & Fein, 2007). Es probable que los sujetos de menor edad tengan muy poco o ningún interés de establecer lazos de amistad mientras que los mayores pueden estar interesados por relaciones amistosas, pero carecen de la comprensión de las normas convencionales implícitas en la interacción social. (López

Gómez et. al., 2009). Investigaciones recientes sugieren que los niños con el TEA no responden a señales emocionales en las interacciones sociales humanas, ya que no pueden prestar atención a señales sociales que típicamente otros suelen notar.

Alteraciones de la comunicación y del lenguaje: Esto afecta tanto a las habilidades verbales como a las no verbales (Iverson & Wozniak, 2007).

- Puede producirse un marcado retraso del desarrollo del lenguaje o incluso en muchos casos su ausencia total. En los sujetos con habla se limitan durante una conversación, a utilizar lenguaje repetitivo o estereotipado.
- Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales (López Gómez et. al., 2009).
- La comprensión del lenguaje, en muchas ocasiones, está muy retrasada y el sujeto puede ser incapaz de comprender algunas preguntas u órdenes sencillas (Russo, Nicol, Trommer, Zecker & Kraus, 2009).
- Son incapaces de comprender aspectos humorísticos o no literales del lenguaje, como la ironía o significados implícitos.

En ocasiones no responden o son lentos en responder a su nombre o a otros intentos verbales para obtener su atención.

- No desarrollan o son lentos en desarrollar gestos, como señalar y mostrar cosas a otros.
- Hablan solamente con palabras sencillas o repiten ciertas frases una y otra vez, pareciendo incapaces de combinar las palabras para formar oraciones con sentido.
- Repiten palabras o frases que escuchan, patología llamada ecolalia. Aunque no todas estas características tienen que aparecer explícitamente en un niño autista, sí muchas de ellas o la mayoría se muestran. - Actividades e intereses

restringidos, repetitivos o estereotipados: Con frecuencia los movimientos de los niños con el TEA son repetitivos y sus comportamientos inusuales. Estas conductas pueden ser extremas y notorias o leves y discretas.

- Despliegan una gama de intereses notablemente restringida y suelen preocuparse por alguno muy limitado y concreto, que se puede observar en edades muy tempranas (Loh et al., 2007; Zwaigenbaum et al., 2005).
- Es habitual que en lo relacionado a los juguetes se pasen un largo rato alineándolos una y otra vez en lugar de jugar con ellos.
- A menudo se observa un exagerado interés por rutinas o rituales no funcionales.
- Realizan también movimientos corporales estereotipados que incluyen las manos (aletear, dar golpecitos con un dedo...) o con todo el cuerpo (balancearse, inclinarse o mecerse).
- Habitualmente muestran una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos como botones, partes del cuerpo, faros de coches...
- Arrebatos emocionales cuando están enfadados o frustrados o cuando se encuentran en un entorno nuevo

Se podrá decir que de todas estas características sacamos algo bueno y es que la tendencia a realizar siempre lo mismo, a sus comportamientos repetitivos hace que estos niños se desenvuelvan mejor con las rutinas en sus actividades diarias y en su entorno. Pero la inflexibilidad extrema, como es en la mayoría de los casos, puede causar serias dificultades como por ejemplo, querer realizar siempre las mismas comidas, poner siempre la misma ropa.

Vega (2005), resume las características de los TEA de la siguiente manera: “Se caracterizan por una alteración social recíproca, en la comunicación, el lenguaje y la imaginación, por conductas rígidas e intereses y actividades muy restringidas y estereotipadas. Estos síntomas con frecuencia se acompañan de comportamientos

anormales, estereotipias motoras y obsesiones hacia determinados objetos o sucesos, pudiendo aparecer también, conductas autoagresivas y heteroagresivas”.

En esta parte del trabajo se va a colocar las instituciones que trabajan con el Autismo en las actividades recreativas en la República Argentina:

Fundación Abrazo de Gol



Es una ONG formada por profesionales de la salud, la educación y el deporte. Junto con estudiantes y voluntarios trabajamos por la inclusión de jóvenes, niños y niñas con discapacidad a través de las actividades deportivas, recreativas y culturales. Nuestro objetivo es generar un espacio de crecimiento y desarrollo personal y de habilidades sociales. Para eso elegimos el deporte, destacando la importancia del trabajo en equipo y el compañerismo.

Talleres

Cuentan con los recursos humanos especializados para desarrollar talleres, cursos y actividades desde profesores de educación física a psicólogos, psicopedagogos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales entre otros profesionales.

Taller Deportivo

El objetivo es el desarrollo de una propuesta integral, que incluya diversos aspectos de la vida de las personas. Nos proponemos construir un espacio que tenga como eje la Educación para la Salud y el deporte.

Estos encuentros, estarán centrados en un enfoque psicológico-educativo, y pretenden,

estimular la participación de los niños y jóvenes en la práctica deportiva, como así también en hábitos y conductas saludables y participativas.

Sede

Sede en **Av. San Martín 2288**, Capital Federal.

Tercer tiempo



OTRO TIEMPO

UNA PROPUESTA DIFERENTE

DEPORTE Y JUEGOS DE RECREACIÓN Y EXPRESIÓN

La persona con discapacidad tiene derecho a ser parte de nuestra sociedad con todo lo que esto implica. Si la apoyamos, si le brindamos la posibilidad de ejercer acciones con responsabilidad, disfrute y autonomía en el futuro, cambiaremos su presente.

Trabajaremos por su dignidad de Ser.

Una persona con discapacidad no tiene “capacidades especiales” o tiene “capacidades diferentes”. Es una persona con su propia personalidad, deseos, intereses y habilidades.

COMO ES EL TRABAJO

En Tercer tiempo, se diseñan estrategias y herramientas para lograr lazos, encuentros y aprendizajes. Con exigencias propias del Juego, con riesgos, propios de la vida en relación. El Jugar reconoce la Inclusión Social, alegrías, frustraciones, esfuerzo, intercambio en un marco alegre y distendido, sin presiones de ningún tipo.

La vida puede ser divertida, creativa, y convertirse en un desafío cada día.

Por consiguiente se propone dejar de lado, las evaluaciones inmediatas o juicios, y se aventuramos a comprender a las personas, asumiendo el compromiso que significa ponerse en el lugar del otro. Tal comprensión puede modificarnos a todos, y producir cambios individuales y sociales.

Construyen un Espacio de Aceptación de los Talentos dando lugar a un proceso educativo de habilidades deportivas, lúdicas, creativas, artísticas, sociales, partiendo de las competencias emocionales, elemento central del desarrollo integral de la persona.

EJE LÚDICO-DEPORTIVO

Reúne aquellas prácticas deportivas formales y continuadas de actividades que mejoren la condición física y el bienestar emocional que se desarrollen en el tiempo libre y que se busque el disfrute personal: Se excluyen aquellas actividades cuyo fin principal sea la rehabilitación. Los resultados se medirán principalmente analizando la satisfacción del participante en la actividad.

EJE RECREACIÓN/CREACIÓN

(Ocio compartido) El objetivo es la relación de amistad y el encuentro con el otro además de la actividad creativa/artística que se realice y de su contenido temático.

Fundación Brincar por un Autismo Feliz



Fundación brincar trabaja por la calidad de vida de las personas con autismo desde la detección temprana hasta la vida adulta.

Lo hace acompañando a las familias, brindando formación profesional y generando espacios, actividades y oportunidades amigables de inclusión social.

Misión

Mejorar la calidad de vida de personas con autismo desde la detección temprana hasta la vida adulta, centrando la mirada en sus habilidades, intereses y sueños, y creando redes de contención para su grupo de apoyo.

Visión

SER una organización modelo referente del autismo en Latinoamérica.

Creen que las personas con autismo tienen derecho a tener una vida feliz y de calidad.

Desde Fundación Brincar la construyen día a día mirando a la persona desde todas sus posibilidades, intereses y motivaciones. Están convencidos que todos pueden aprender, desarrollarse y alcanzar sus metas a lo largo de su vida, sin importar el tiempo que tome.

Trabajamos por una mejor calidad de vida de las personas con autismo y sus familias.

Lo hacen generando espacios y oportunidades de inclusión social que les permitan desplegar todo su potencial y el valioso aporte que pueden brindar a la sociedad.

Brincar es una Fundación que trabaja por la calidad de vida de las personas con autismo desde la detección temprana hasta la vida adulta. Lo hace acompañando a las familias, brindando formación profesional y generando espacios, actividades y oportunidades amigables de inclusión social.

Fundación Brincar tiene puesta la mirada en la persona y sus posibilidades, más allá del diagnóstico. Una de las maneras que tenemos de identificar que nuestros hijos están felices es cuando los vemos brincar.

El acto de saltar nos eleva, nos iguala, nos aleja de los diagnósticos.

¿QUÉ QUIEREN LOGRAR?

El objetivo es mejorar la calidad de vida en el autismo, con una mirada centrada en la persona, sus habilidades, capacidades, sueños, intereses y motivaciones. Para ello, crean redes de contención y capacitación para todo su entorno y grupo de apoyo: familiares, profesionales, amistades y vínculos con la comunidad. En el mundo, cada vez más, se habla del Trastorno del Espectro Autista como Neurodiversidad.

Sueñan con una sociedad consciente de su propia diversidad, capaz de transformarse y construir redes sociales que permitan una vida plena y digna en ejercicio de los derechos de una ciudadanía activa para todas las personas con Trastorno de Espectro Autista.

Fundación Asemco



Intervención terapéutica

Nuestros tratamientos tienen como objetivo mejorar conductas socialmente significativas con el fin de favorecer la calidad de vida de los niños y su inserción a entornos sociales naturalizados.

La modalidad y las características de los programas se diseñan de manera individualizada, en función de las necesidades de cada niño y su familia.

Todas las intervenciones cuentan con un respaldo científico en relación a su eficacia.

Tipo de Programa:

Programa Intensivo

El programa intensivo es el tipo de programa indicado para niños con TEA, de acuerdo a lo demostrado en numerosos estudios de investigación científica. Se estipula una carga horaria de entre 20 y 40 horas semanales, y un programa de formación familiar que consista en un 20% de las horas de trabajo como mínimo.

Programa Semi-intensivo

Este programa está destinado para niños con dificultades en el desarrollo, aprendizaje y/o comportamiento (Sd. de Down, ADHD, Trastornos del Lenguaje, Hipoacusia, etc.), que por sus características particulares se benefician de un abordaje basado en ABA, pero no requieren de un programa intensivo. Se estipula una carga horaria de entre 8 y 20 horas semanales.

Programa a Distancia

Este programa está destinado a familias que viven fuera de CABA y el Gran Buenos Aires. Los padres del niño forman un equipo local de profesionales y/o voluntarios para trabajar con el niño. Se asigna un Supervisor quien viaja al domicilio del niño a capacitar al equipo local. Esta capacitación se realiza a través de un taller de trabajo de dos días de duración. El equipo local y la familia llevan a cabo el plan de intervención estipulado por el Supervisor, quien monitorea el trabajo vía mail/ videoconferencia y viajará al domicilio del niño de manera mensual o bimestral.

Características de la Intervención:

Conductual:

Los procedimientos conductuales están centrados en la motivación y en el uso de reforzadores positivos y tienen como objetivo aumentar la frecuencia y calidad de conductas en déficit (ej.: habilidades de autonomía, lenguaje), enseñar nuevos repertorios de comportamiento y disminuir conductas que se encuentran en exceso (ej.: agresiones, auto-estimulaciones).

Entorno Naturalizado:

La intervención se lleva a cabo en el hogar de los niños, permitiendo trabajar directamente en el espacio donde ellos necesitan poner en práctica las habilidades aprendidas, y a la vez favoreciendo la involucración de familiares y figuras de crianza.

En caso de ser necesario, se programan intervenciones específicas en diferentes espacios de la comunidad.

Inicio Temprano:

La edad ideal de inicio es tan pronto como se presente el diagnóstico.

La historia del niño y de su familia establece patrones conductuales que son más difíciles de modificar cuanto más tardío es el inicio del tratamiento, derivando en un pronóstico más desfavorable. Por otra parte, a medida que el niño crece, la diferencia con respecto a sus iguales se acrecienta, disminuyendo las posibilidades de una integración social y escolar.

No obstante, es importante aclarar que inicios más tardíos no son incompatibles con mejoras substanciales, y que en esos casos una intervención conductual puede mejorar de forma significativa la calidad de vida de una persona y de su familia.

Individualizado:

En la medida que la sintomatología es tan variada e individualizada para cada niño, su tratamiento debe ser diseñado de forma específica teniendo en cuenta de sus fortalezas, dificultades y perfil de aprendizaje. Las sesiones de estos programas se llevan a cabo en un formato uno a uno.

Intensivo:

El hecho de que nuestra conducta se ve afectada por el ambiente y las consecuencias que recibe del mismo es algo que está fuera de discusión. Asimismo, el comportamiento del niño en tratamiento se ve afectado por el entorno no sólo durante las sesiones sino también fuera de ellas. Es por esto que, para posibilitar el impacto de la intervención, se establecen programas de carga horaria intensiva. A la vez se trabaja junto a la familia para transformar la casa y los contextos más inmediatos del niño en un ambiente educativo, como lo haríamos con todos los niños de desarrollo típico.

De esta manera podremos:

- Aprovechar la mayor cantidad de posibilidades para aumentar la frecuencia de práctica de conductas que se encuentren en proceso de aprendizaje
- Prevenir prácticas de conductas no deseadas
- Favorecer la generalización del aprendizaje
- Proveer el mayor número posible de interacciones satisfactorias para el niño, sus padres y hermanos mejorando la calidad de vida familiar

Compromiso Parental:

Los padres son los verdaderos expertos en el niño con el que trabajamos y son las figuras más importantes en su crianza. Su involucración es una condición fundamental para garantizar la eficacia de la intervención. Por esto se diseñan programas personalizados para que puedan adquirir herramientas e implementar estrategias que les permitan enseñar a su hijo de la forma en la que se vea más beneficiado.

Globalidad:

El plan de trabajo abarca todas las áreas del desarrollo, evaluando y diseñando programas de enseñanza sobre habilidades de comunicación y lenguaje, cognitivas, de autovalimiento, socialización, juego y motricidad.

Dentro de cada área se estipulan objetivos concretos y se diseña una intervención específica que abarque el trabajo tanto en las sesiones individuales, como en la escuela y el hogar, estableciendo criterios de logro que permitan ajustar los procedimientos a medida que sea necesario.

Cada programa cuenta con los siguientes servicios:

Evaluación integral del niño

Se realiza una evaluación estandarizada inicial y posteriores evaluaciones de seguimiento en base a la cuales se diseña y se ajusta el plan de trabajo individualizado.

Sesiones individuales

Se conforma un equipo de terapeutas para trabajar con el niño según la carga y distribución horaria estipulada en cada caso. Todos los terapeutas llevan a cabo la programación establecida por el Supervisor, que abarca habilidades de diferentes áreas del desarrollo, y un enfoque general conductual individualizado.

Supervisión

El equipo cuenta con un Supervisor cualificado que dirige el tratamiento del niño, estipula los objetivos a trabajar y junto con el Coordinador programa las intervenciones específicas. Realiza un seguimiento mensual del tratamiento, y supervisa el trabajo individual, la integración escolar y el programa de formación a padres.

Coordinación

El Coordinador observa de manera semanal las sesiones terapéuticas del niño. Tiene como objetivo transmitir al equipo terapéutico lo estipulado en las reuniones de Supervisión, capacitarlos en la aplicación de las pautas específicas, evaluar la evolución de los programas, y detectar información clínica relevante en el desarrollo del niño, garantizando la eficacia de la intervención.

Sesiones Clínicas

Se trata de reuniones de equipo quincenales dirigidas por el Coordinador en las que: se evalúan los aprendizajes del niño en las diferentes áreas trabajadas, se estipulan nuevos objetivos concretos para la próxima quincena, y se trabaja con el niño a fin de ajustar las intervenciones y garantizar una aplicación consistente por parte de todos los terapeutas.

Coaching a padres

Los padres realizan sesiones de formación en las que trabajan con su hijo junto a un terapeuta sobre objetivos específicos, acompañándolos con la formación necesaria, la práctica supervisada y un seguimiento que facilite que tengan éxito en la intervención.

Integración Escolar

Cuando el niño concurre a la escuela, es asistido por un acompañante formado en el Análisis Aplicado del Comportamiento quien participa de las Sesiones Clínicas

quincenales, aplica las intervenciones relacionadas al enfoque clínico general, y trabaja sobre objetivos individualizados dentro del entorno escolar.

Espacio terapéutico para padres

Contamos con un espacio terapéutico a cargo de psicólogos especializados ideado para brindar apoyo a la familia en su totalidad, entendiendo que la intervención con el niño impacta tanto en él como en todo su núcleo familiar.

Dicho servicio pretende cumplir con la doble función de, por un lado, ayudar a ajustar el tratamiento al estilo particular de su familia y al momento vital que la misma se encuentra atravesando, y por otro, dar apoyo y sostén emocional a la familia tanto en el comienzo del tratamiento como a lo largo del mismo, según se considere que pueda ser de utilidad.

MÉTODO

Esta tesis se encuadra dentro del campo de las investigaciones aplicadas, con un enfoque cualitativo, donde la variable independiente son las estrategias que usan los profesores y profesionales para trabajar con nenes con autismo y la dependiente las entrevistas. La muestra estuvo formada por 10 profesionales y 10 profesores de Educación Física. Se aplicó una serie de preguntas en una entrevista, tomando todo los aspectos posibles para trabajar con nenes con autismo en actividades recreativas. Estos cuestionarios han permitido evaluar los cambios producidos en los niños. El acompañamiento de un cuestionario es la mayoría de las veces, algo beneficioso que complementa a un método cuantitativo y permite una mayor fiabilidad de los resultados obtenidos.

Características de la muestra:

Se aplicaron dos entrevistas a: 10 Psicólogos especialistas en el Síndrome del espectro Autista

10 profesores de Educación Física (tanto varones y mujeres)

Instrumentos de medición

Aquí se van a colocar las dos entrevistas hechas a los profesionales de la salud y a los profesores de Educación Física.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES:

- 1 ¿A qué edad comienzan los primeros síntomas de autismo?
- 2 ¿Cómo se empieza la terapia para ayudar a los niños con autismo?
- 3 ¿Que estrategias utilizas?
- 4 ¿Obtenés ayuda de los padres?
- 5 ¿Tenes un staff integrado con otros profesionales?
- 6 ¿Cuántas veces por semana van a terapia los chicos?
- 7 ¿Pensás que el deporte ayuda a los niños con autismo?
- 8 ¿Que pensás de las instituciones que trabajan profesores de Educación Física y psicólogos, ayuda a los niños con autismo?
- 9 ¿Pensás que algún día el autismo pueda tener una cura?
- 10 ¿Pensás que los profesores de Educación Física son aliados a los Psicólogos para ayudar a los nenes con autismo?

ENTREVISTAS A PROFESORES

- 1 ¿Cuántos alumnos tenes con esta discapacidad en tus horas de Educación Física?
- 2 ¿Cómo se desempeñan los alumnos con autismo en el colegio?
- 3 ¿Puede realizar las mismas actividades pedagógicas que los compañeros en el aula?
- 4 ¿Y en las clases de educación física? ¿Cómo se desempeñan?
- 5 ¿Cómo es el espacio donde realizan actividad?
- 6 ¿Realizas algún tipo de adaptación a las actividades que haces para que esos niños se puedan integrar más?
- 7 ¿Qué es lo que hacen esos niños en tus clases si no participan de estas?
- 8 ¿Los chicos tienen APND? ¿Puede ayudar consultar al apnd?
- 9 ¿Que es el autismo para vos?
- 10 Vos como docente, ¿crees que esos chicos al estar integrados a las clases de Educación Física los ayuda en algo?
- 11 ¿Tuviste alguna capacitación sobre el autismo?
- 12 ¿Pensás que a los profesores de Educación Física les hace falta tener más capacitaciones en cuestiones de discapacidad?

ANÁLISIS DE DATOS

Primero se van a analizar los datos referidos a los profesores según varios criterios tomado desde las entrevistas propuestas.

Los criterios son:

- Cantidad de alumnos con autismo en las escuelas desde 1º a 7º grado.
- Espacios de las escuelas.
- Capacitación de los profesores.
- Adaptación de los nenes.
- Si tiene APND los alumnos.

Cantidad de alumnos con autismo en las escuelas desde 1° a 7° grado.

Profesores	Cantidad de alumnos con autismo
Agostina Rossi	5
Javier Mazzone	3
Cristina Robledo	3
Martín Boquete	3
Luciano Olivera	5
Roció Sosa	2
Marisol Oranges	4
Facundo Stefano	5
Alejandro Munin	3
Lucas López	2
TOTAL	35

Tabla 1 Cantidad de alumnos en las escuelas porteñas de los Distritos Escolares 2, 15, 16, 17 y 18

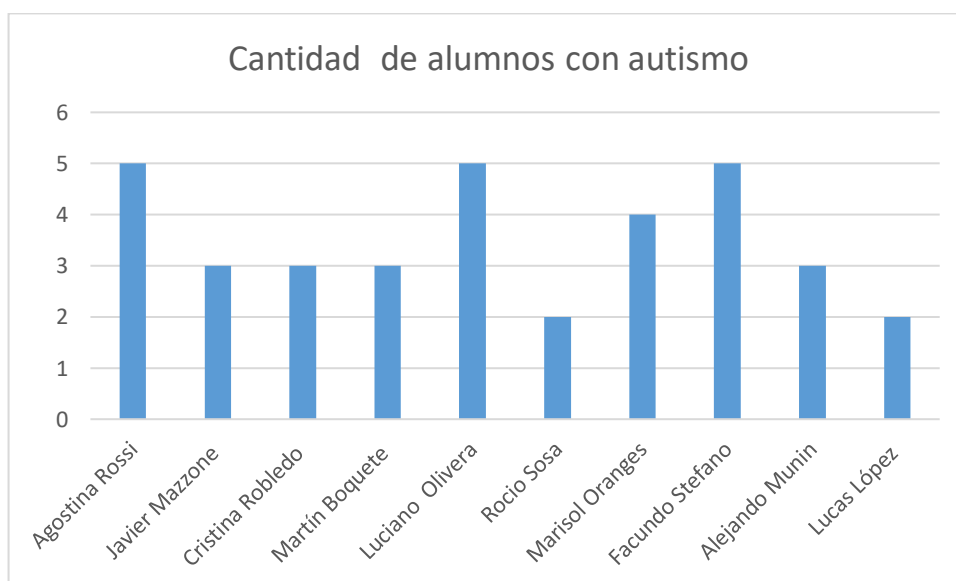


Grafico 1

Lo primero que se les pregunto a los profesores la cantidad de chicos y chicas que tenían autismo en las escuelas porteñas de los distritos 2, 15, 16, 17 y 18. Estoy chicos están una Escuela no se especializa en discapacidad sino que están con chicos que no poseen ninguna discapacidad. Son escuelas que se dice en la jerga Escuelas Normales. Lo que se vio es que hay más varones que mujeres con autismo en las escuelas.

Lo segundo que se les consulto a los profesores es como son los espacios que poseen las Escuelas. De los 10 profesores que se entrevistaron, 6 contestaron que tenían espacios grandes y 4 respondieron que tenían espacios chicos. Los espacios grandes son patios y salones donde se pueden realizar las clases de educación física, sin obstáculos para que las clases tengan el menor grado de accidentes. Estos patios permiten desarrollar las clases con mayor apertura ya que se pueden realizar muchas actividades y permitir que los nenes puedan moverse con más libertad sobre todo los chicos y chicas con autismo, ya que requieren mayor libertad de movimiento.

Las escuelas con espacios chicos resultan que son poco beneficiosos para los chicos con autismo, ya que algunos patios o salones presentan obstáculos como pueden ser columnas, gradas elementos que se colocan ahí para ser guardados como bancos. Por eso se les dificulta realizar ciertas actividades y que no poseen suficiente espacio para desarrollar las actividades y eso a los chicos y chicas que poseen esta discapacidad como es el autismo les genera un estorbo para mejorar su condición. Los profesores con estos espacios tratan de adaptar las actividades para sacar más provecho de utilizar espacios reducidos y además tratan de lo posible poder ayudar a esos chicos y chicas para que sean más amena las clases.

Las escuelas con espacios amplios contaban con materiales diversos para poder realizar las clases con chicos con autismo, pelotas, aros, bastones y otros elementos que se utilizan en las clases para desarrollar las propuestas del docente.

En cambio, en las escuelas con espacios más reducidos no contaban con tantos materiales para la ejecución de las clases, ya que el material era escaso y a veces se tenía que compartir con los demás alumnos y alumnas. Eso generaba conflicto con los chicos con autismo ya que no comprenden porque tienen que compartir el material.

En las escuelas porteñas de Buenos Aires, los alumnos y los profesores de Educación Física tiene que adaptarse a los espacios de las escuelas ya que algunas son antiguas y no poseen un gimnasio o un patio grande para poder realizar las clases y eso impacta en las mentes de los niños y niñas con autismo.

En tercer lugar se consultó sobre la capacitación que tuvieron los profesores durante el profesorado y después de terminar el mismo. De los 10 profesores, solo

tuvieron 3 dicha capacitación. La capacitación fueron asignaturas especiales que fueron elegidas por el alumnado sobre temas de discapacidad durante los años de formación en el Profesorado. En dichas asignaturas se abordó el tema del Autismo. Se enseñaba como tratar a los nenes con autismo, adaptaciones de las actividades y como se podían insertar en una clase con nenes de condición normal.

En esas clases del profesorado, se jugaba a poder saber cómo poner en el lugar del nene con esta discapacidad y ver el mundo a través de los ojos de estas criaturas. También en esas clases, adaptaban los materiales para poder ser más fácil de manipular el objeto. En esas clases se les indicaba a los futuros profesores, como lidiar con las distintas patologías que tiene el autismo y a detectarlas cuando el niño se movía motrizmente en las clases. En las clases, las estrategias utilizadas fueron que el niño explore los elementos y de alguna forma tratar de explicarles cómo funcionan esos objetos, la forma de hablar y el tono de la voz para no incomodar al niño.

Los profesores que no tuvieron dicha capacitación en sus años de estudio se ven limitados en poder entablar la relación con esos niños, de cómo poder adaptar las actividades para estos alumnos y en ciertas ocasiones si dificulta el manejo de las clases ya que los alumnos con autismo pueden molestar a sus compañeros y generar conflictos entre sus pares.

Después de terminar sus estudios, los profesores indicaron que hay muy pocos cursos o postgrados en discapacidad sobre todo para especializarse en Autismo. Entonces cuando esto ocurre las diferencias entre los profesores capacitados y los que no hay un gran abismo en cómo se adaptan las clases con personas capacitadas y las clases de personas que no tuvieron capacitación alguna sobre esta discapacidad en los niños y niñas con Autismo.

En cuarto lugar se les consulto a los profesores las adaptaciones de los nenes en las clases de educación física. De los 10 profesores entrevistados, 6 realizan adaptaciones a los nenes, tratando de insertarlos a los demás nenes y poder llevar a cabo las propuestas del docente. Esas propuestas enriquecen las clases porque los nenes con autismo se ven motivados para ejercer un papel dentro de las clases. Se los ve más animados cuando se adaptan actividades y pueden llegar incluso a poder entablar una relación con sus compañeros, si se trabaja arduamente. Los profesores que no hacen adaptaciones se les dificultan trabajar con estos niños ya que a veces se pueden ver vagando por el patio, diseminado el material por el mismo, no se pueden integrar, no comprenden las propuestas y a su vez se encuentran apartados del desarrollo de las clases. Esos profesores se ven frustrados en poder llegar a integrar a esos chicos ya que no poseen las

herramientas para poder acondicionar los materiales para estos alumnos con esta discapacidad. Las estrategias que usan estos profesores no capacitados en tema de adaptaciones es averiguar en Internet, preguntar a otros profesores un poco más instruidos e incluso consultan a Psicólogos especialistas en la materia de Autismo como desarrollar las clases con estos niños.

Por ultimo lo que se va a analizar es si los APND (Acompañantes Personales No Docentes) aportan ideas, estrategias para fomentar la inclusión de estos niños en las clases. Muchos chicos poseen estos Acompañantes que ayudan al Docente a poder relacionarse con el niño hacerle llegar los contenidos de las materias. De los 10 profesores que se entrevistaron y que cada uno apor to la cantidad de alumnos que tenían APND, de los 35 chicos solo tenían 32 este tipo de ayuda, los otros 3 niños no poseían esta persona a su lado para ayudar.

Las estrategias que se utilizan para tratar a estos chicos es primero comunicarle al APND, lo que se va a realizar en las clases, que material se dispone para la misma y como el APND puede ayudar al niño a poder ejecutar las consignas propuestas por el docente. Ejemplo: se dice que se va usar una pelota y el APND se la muestra y con gestos le indica como manipularla y poder completar la consigna dada.

Estas personas están capacitadas para poder ayudar a los docentes que no están capacitados en temas de discapacidad y se entabla una relación docente-acompañante para poder mejorar al niño e insertarlo en las clases de educación física en las escuelas normales.

Finalizando sobre las temáticas analizadas, las estrategias se van utilizando a medida que el proceso del niño avance , pero a la vez es complicado ya que los docentes no poseen las herramientas adecuadas y eso puede llegar a entorpecer el avance del niño, ya que a veces el ADPN no acompaña, la familia no hace su parte y la escuela no está en condiciones de poder aceptar a estos niños que requieren de un trato especial, para poder mejorar su calidad de vida y su posible mejoría en las clases de Educación Física.

PROFESIONALES

Se van a analizar los datos referidos a los Psicólogos que se especializan en Autismo según varios criterios tomado desde las entrevistas propuestas.

Los criterios son:

- Obtención de ayuda por parte de los padres.
- A qué edad comienza la terapia.
- Estrategias utilizadas.
- Ayuda del deporte a los nenes con Autismo.
- Son aliados los Profesores de Educación Física a los Psicólogos.
- Cantidad de sesiones por semana que concurren los niños con Autismo.

Lo primero que se analizo fue la ayuda de los padres, de los 10 psicólogos que se entrevistaron solo 6 reciben ayuda de los padres, porque entienden la problemática de estos niños y quieren lo mejor para sus hijos. Los otros 4 tienen dificultades ya que esos padres, niegan la discapacidad de sus hijos alegando que ellos están bien y que no tiene que tener un tratamiento psicológico. Eso es un gran problema ya que puede afectar el manejo de esos chicos en las escuelas normales, porque no poseen un APND que ayude al docente. Los padres que comprenden la situación de sus hijos, ayudan a dentro de sus hogares que sean estimulados y poder ir disminuyendo los síntomas de Autismo. Los padres más receptivos, ayudan a los docentes y a los psicólogos para unir esfuerzos para mejorar la calidad de vida de estos niños con esta capacidad diferente. La obtención de ayuda es fundamental para obtener resultados prometedores en este trabajo tan complicado.

Lo segundo que se va a analizar es el momento que comienzan la terapia estos niños. Según lo que se recopiló es que muchos psicólogos prefieren que se empiece la terapia entre los 0 y 2 años de vida, que alegan que en esta etapa los niños pueden ser estimulados de una forma más rápida, poder mejorar la calidad de vida y que se pueden insertar en una escuela normal. Otros psicólogos informaron que la terapia comienza entre los 2 y 4 años, ya que se pueden ver a simple vista los síntomas del autismo y poder corregirlos durante este periodo de tiempo. Y por último otros psicólogos dicen que la terapia se debe comenzar entre los 4 y 6 años, porque así alegan que la escuela ayuda a mejorar los síntomas y poder relacionarlos con otros chicos sin discapacidades.

Tercero, lo que se pudo distinguir son las estrategias utilizadas para estimular a estos chicos. De los 10 psicólogos, 6 utilizan las estrategias de estimulación a través del juego con distintos objetos, con desplazamientos o sin ellos, a través de lo sensorial, dicese con música, sonidos y diferentes tipos de textura de materiales. A esto se lo llama la estimulación temprana que es un conjunto de técnicas de intervención educativas que pretende impulsar el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño durante la etapa infantil (de 0 a 6 años) y así poder aliviar los síntomas más profundos del Autismo.

Por el contrario los otros psicólogos (los otros 4 entrevistados) ponen el recurso de la motivación, que es el siguiente: Para esto sea importante que los padres den información sobre los gustos y preferencias del niño. De esta manera, el psicólogo puede asociarse a esos reforzadores, presentarlos durante la terapia y así aumentar el nivel de motivación y respuesta del niño. Esto pone énfasis en conocer al paciente y que los padres conozcan al niño para estimular la motivación y poder llegar a una meta en concreto.

La motivación y la estimulación por el juego son herramientas válidas para tratar este tipo de patologías y aumentar las posibilidades del niño para que su vida sea lo más cercano a lo normal posible y así insertarse en una escuela normal y mostrar su potencial en las clases de Educación Física por ejemplo.

Lo que se va a analizar en cuarto lugar es si el deporte ayuda o no a estos niños a mejorar su calidad de vida. De los 10 psicólogos, 8 alegaron que el deporte ayuda a los niños y solo 2 se mostraron en contra.

Primero analizaremos los que están a favor, se crea una rutina que beneficia al sujeto, ya que se puede anticipar lo que se viene en el deporte por seguir un patrón de clase, ir diciendo con anterioridad lo que se va a hacer en las clases. El uso de agendas visuales para este alumno es de vital importancia, debido al uso tan limitado que posee del lenguaje. Una agenda visual es un material el cual describe cada momento del día y la acción correspondiente de forma visual (a través de dibujos o fotografías). Luego es desarrollar nuestras sesiones siempre en lugares conocidos por el alumno/a con autismo. Debemos saber que cualquier cambio en el espacio, romperá la rutina, algo que afectará sin duda a este alumno/a. Para evitar cualquier tipo de crisis, será necesario que informemos con anticipación al alumno/a del cambio que se producirá, mediante su agenda visual. Por eso se tiene que cumplir ciertos requisitos para poder llevar a un niño con autismo a los lugares donde hacen deporte.

Los que están en contra del deporte en niños con autismo argumentan esto:

- Que los profesores no están capacitados para trabajar con esos chicos
- El lugar donde se practica deporte no este con las instalaciones apropiadas para poder trabajar con esos niños
- Que el deporte puede generar frustración en esos niños
- Que el entorno donde se practica deportes no sea beneficioso para ese chico ya que puede sufrir discriminación por su discapacidad.

Esto puede crear un conflicto entre los padres que desean llevar a sus hijos a un deporte pero el psicólogo fundamente que el deporte no es una herramienta que sea beneficiosa para esos niños.

En quinto lugar se les consulto si los Profesores de Educación Física son aliados en la terapia de estos pequeños. De los 10 psicólogos especialistas en esta discapacidad, 8 confirmaron que son aliados los profesores y solo 2 alegaron que no. El trabajo de los docentes de Educación Física es muy importante en el desarrollo de los niños con autismo. Se espera que puedan brindar una propuesta adecuada a las posibilidades y recursos de cada niño/a en particular, en cada clase, en base a lo conversado junto al acompañante escolar, docente de grado, familia quienes también proporcionarán información valiosa de los demás ámbitos por los que transita el/la alumno/a. Los que alegaron que no es por no estar capacitados en la tarea de la discapacidad. Que no tiene en claro cómo saber estimular a estos niños y poder conducirlos a través de las actividades y propuestas. También los psicólogos son muy exigentes de cómo se estimulan los niños en las clases porque temen un retroceso en sus terapias y empeorar los síntomas del autismo y profundizarlos más en sus pacientes.

Por ultimo lo que se va a poner enfoque es la cantidad de veces por semana tiene terapias estos pacientes. 4 de ellos aprueban 3 veces por semana, otros 3 psicólogos dicen 4 veces por semana y por último 3 especialistas dicen 5 veces por semana. Los especialistas fundamentan que es depende de la condición del niño y cuan profundo es su autismo. La veces por semana es de acuerdo a cada especialista ya que puede observar cuanto tiempo de terapia necesita los pacientes con autismo, dependerá de cuan profundo sea los síntomas y su forma de poder relacionarlo con otros chicos en una escuela normal.

Finalizando este análisis, es que los psicólogos y los profesores de Educación Física deberían trabajar en forma conjunta para sacar adelante a estos pacientes con esta patología y tratar de insertarlos en una escuela normal y que se puedan relacionar de la

mejor forma con otros niños y sacar el mayor provecho, tanto a las clases de Educación Física como en el momento que van a las terapias.

Discusión

Desde mi punto de vista como profesional en el área de Educación Física, esta investigación me ha servido para dimensionar el trabajo de los profesionales y colegas en tema de discapacidad, logrando un avance en tema de trabajar con niños con autismo. En tanto que existe una retroalimentación que vincula a los niños con los docentes y profesionales que los ayudan a transitar la discapacidad.

Conclusiones

Las actividades recreativas contribuyen a un mejoramiento social de las personas con TEA, puesto que como ya se ha mencionado con anterioridad, a ellos se les dificulta entablar una relación o una conversación con otras personas. Por lo tanto, la realización de actividades recreativas va mucho más allá de una actividad común, puesto que es un beneficio para ellos al poder estar al aire libre y poder estar rodeado de otras personas.

Las entrevistas realizadas a profesionales sobre el tema, ha dado como resultado un importante aporte a esta investigación. Debido a que, se obtuvo diferentes opiniones y comentarios acerca de cómo se ha manejado, o que se ha hecho sobre este trastorno en el país. La inclusión y aceptación de las demás personas hacia estos individuos con TEA es uno de los factores más relevantes que se debe modificar. El cambiar la cultura y la mentalidad de las personas para poder entender que todos somos iguales y merecemos el mismo trato, pero en diferentes circunstancias.

En conclusión, lo que se espera con la propuesta es que las escuelas con un integrante con TEA, sepan que pueden realizar actividades recreativas en conjunto. Asimismo, que tengan conocimiento de qué actividades pueden realizar en dichas escuelas y que sepan que esto será en beneficio, principalmente, para sus alumnos con este trastorno. Y por último, se anhela que existan más propuestas de inclusión para aquellas personas con TEA dentro de los establecimientos educativos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Anexos

ENTREVISTAS A PROFESORES

Profesor: Javier Mazzone

1 ¿Cuántos alumnos tenes con esta discapacidad en tus horas de Educación Física?

Tengo 3 alumnos

2 ¿Cómo se desempeñan los alumnos con autismo en el colegio?

Depende el autismo, hay algunos que tienen determinada sensibilidad a la frustración, ruidos altos, pero comprenden consignas, a otros le tenes que hablar de forma unipersonal directa y otros directamente no entienden y solo imitan lo que hacen los compañeros y en otras ocasiones lo que sienten.

3 ¿Puede realizar las mismas actividades pedagógicas que los compañeros en el aula?

En el aula podría explicarlo mejor la maestra de grado, pero ahí colabora la maestra de recuperación.

4 ¿Y en las clases de educación física? ¿Cómo se desempeñan?

En la mayoría de los casos no, salvo algunos tipos de autismo, donde perciben más y buscan realizar la actividad, igual la frustración está latente.

5 ¿Cómo es el espacio donde realizan actividad?

Bastante amplio, el patio/cancha destechado, permite realizar la actividad correctamente, el sector techado es medianamente chico y con muchos elementos alrededor que pueden causar accidentes (sillas, gradas, piano, colchonetas, etc.)

6 ¿Realizas algún tipo de adaptación a las actividades que haces para que esos niños se puedan integrar más?

Trato de realizar una adaptación con colaboración de sus compañeros y buscando que su APND colabore.

7 ¿Qué es lo que hacen esos niños en tus clases si no participan de estas?

Si no quieren participar, busco que realicen una actividad que lo atraiga y ahí, la APND participa para realizar la actividad

8 ¿Los chicos tienen APND? ¿Puede ayudar consultar al apnd?

En todo momento busco que colaboren, es necesario.

9 ¿Que es el autismo para vos?

Es un trastorno que afecta el cerebro, afectando de alguna manera la percepción, la sociabilización entre otras cosas.

10 Vos como docente, ¿crees que esos chicos al estar integrados a las clases de Educación Física los ayuda en algo?

Para nada, considero que, para integrar verdaderamente a un niño con autismo, no hay que solo permitirle que comparta su educación en una escuela convencional, sino que a la escuela que vaya haya personal calificado que colabore con los docentes de planta, sean de grado o curriculares, porque los docentes de escuelas convencionales no tienen capacitación al respecto y muchos quizás no desean especializarse en esa área, por tal razón no se inscriben en especial.

11 ¿Tuviste alguna capacitación sobre el autismo?

Ninguna capacitación.

12 ¿Pensás que a los profesores de Educación Física les hace falta tener más capacitaciones en cuestiones de discapacidad?

Sin dudas, lo ocurre es que hay una incoherencia, en la inscripción docente, porque al inscribirte tenes la opción de hacerlo en el escalafón de escuela especial y muchos por una cuestión de no sentirlo no se inscriben en ese escalafón, pero después se ve en la tarea de compartir la clase con algún alumno con una discapacidad, lo cual dificulta la tarea con él y el grupo por no tener herramientas, ni el acompañamiento de un profesional acorde con el cual apoyarse en una clase diferente.

En esto, desde supervisión para arriba dejan todo librado al azar y al esfuerzo del docente para poder resolverlo como pueda.

ENTREVISTA A PROFESIONALES

Psicóloga: Noelia De Marco

1 ¿A qué edad comienzan los primeros síntomas de autismo?

Los primeros signos que podrían indicar riesgo de TEA pueden comenzar a observarse alrededor de los 12 o 18 meses con claridad: falta de contacto visual, falta de respuesta a estímulos, ausencia del gesto de señalar, falta de interés por otros. En casos severos, pueden detectarse algunos signos incluso antes. Por eso consideramos fundamental que los pediatras puedan tener formación en desarrollo, y realizar pruebas de pesquisa en los controles durante los primeros meses de vida.

2 ¿Cómo se empieza la terapia para ayudar a los niños con autismo?

Si bien no hay recetas, porque cada niño tiene sus características y necesidades, en líneas generales puede decirse que los primeros pasos en la terapia tendrán que ver con lograr el control instruccional: que el terapeuta se asocie al reforzador, y pueda ser motivante para el niño. Se busca que pueda seguir instrucciones y así comenzar el proceso de enseñanza. Si el niño no las tiene, las primeras habilidades a trabajar son: aumentar el contacto visual, aprender a imitar y seguir instrucciones simples.

3 ¿Que estrategias utilizas?

Fundamentalmente la motivación. Para esto es importante que los padres den información sobre los gustos y preferencias del niño. De esta manera, el terapeuta puede asociarse a esos reforzadores, presentarlos durante la terapia y así aumentar el nivel de motivación y respuesta del niño.

4 ¿Obtenés ayuda de los padres?

Sí. Considero que los tratamientos con niños requieren sí o sí de la participación de los padres. En mi trabajo, ellos son convocados mensual o quincenalmente a sesiones de orientación, intercambio y devolución.

5 ¿Tenes un staff integrado con otros profesionales?

Trabajo en equipo con otros profesionales. Fundamentalmente psicopedagogía, terapia ocupacional y fonoaudiología.

6 ¿Cuántas veces por semana van a terapia los chicos?

Depende el plan de tratamiento diseñado para cada niño en función de sus características y necesidades. Pero la mayoría de los niños tienen terapia al menos tres veces por semana.

7 ¿Pensás que el deporte ayuda a los niños con autismo?

Sí, pero dependiendo del tipo de actividad y sus características. Por ejemplo, es probable que un niño pequeño con autismo tenga muchas dificultades en participar de deportes en equipo (por ejemplo, fútbol), porque quizás aún tiene dificultades para comprender reglas, tanto explícitas como implícitas; además dadas sus dificultades en la socialización, probablemente presenten problemas al momento de “trabajar en equipo”. Todas estas habilidades deben trabajarse previamente, de manera que cuando se decide que un niño se inserte en un deporte de este tipo, estemos seguros que tiene los recursos para hacerlo.

Sin embargo, otras actividades como natación, circuitos motores, o deportes individuales en general, pueden resultar favorables, en tanto el área motriz muchas veces presenta también una demora en el desarrollo.

8: ¿Que pensás de las instituciones como Abrazo de gol, ayuda a los niños con autismo?

Creo que es muy positivo que existan instituciones que favorezcan actividades grupales para niños con autismo. En general, presentan muchas dificultades para participar de grupos o actividades sociales. De manera que crear un espacio liderado por profesionales idóneos puede ser positivo en tanto les brinden recursos para insertarse socialmente. Creo que ese debe ser uno de los fines últimos de todos los tratamientos.

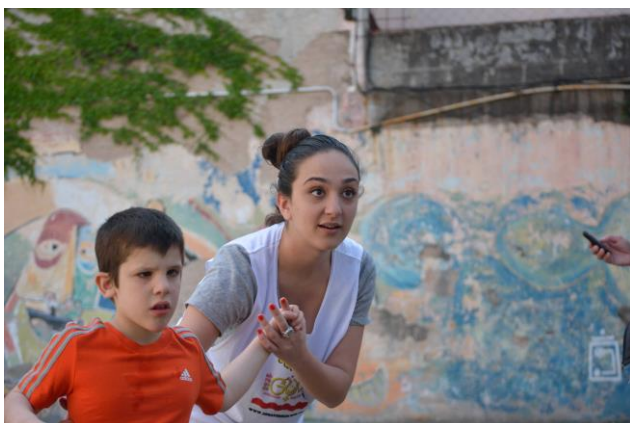
9 ¿Pensás que algún día el autismo pueda tener una cura?

No, el autismo no tiene cura. Es una condición que acompañará a la persona durante toda su vida. Por eso considero fundamental la intervención temprana y el acceso a tratamientos de calidad, para que el niño se pueda convertir en un adulto con la mayor cantidad de recursos posibles para insertarse socialmente.

Paralelamente creo que la sociedad debería estar más informada para llegar a ser en algún momento, más inclusiva.

10 ¿Pensás que los profesores de Educación Física son aliados a los Psicólogos para ayudar a los nenes con autismo?

Si. Considero que todos los docentes deberían ser aliados del equipo terapéutico de cada niño, para poder trabajar en conjunto. Cuanto más se trabaje en red, apoyándose entre docentes y profesionales, más se podrá ayudar a cada niño con TEA.









Bibliografía

- Abad et al., (Ed.). (2009). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria (2009th ed.). Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Aman, M. G., Arnold, L. E. & Armstrong, S. C. (1999). Review of serotonergic agents and perseverative behavior in patients with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 279-289
- Barón-Cohen, S. & Bolton, P. (1994). *Autism, the facts*. New York: Oxford University Press
- Dawson, G. y McKissick, F. C. (1984). Self- recognition in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 383-394
- Durand, V. M. (2004). Past, present and emerging directions in education, en D. Zager (editor), *Autism: Identification, Education, and Treatment* (3a. ed.). Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2007). In Rocio Cabañas Chávez, R. Alberto Tinoco Huicochea (Ed.), *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. (4ª ed.). México: Thomson.
- Estecio, M., Fett, A., Varella, M., Fridman, C. & Silva, E. (2002). Molecular and cytogenetic analyses on Brazilian youths with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 32, 35-41
- Iverson, J. M. & Wozniak, R. H. (2007). Variatin in vocalmotor development in infant siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 158-170
- Koegel, R. L., Schreibman, L., O`Neil, R. E. y Burke, J. C. (1983). The personality and family interaction characteristics of parents of autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 683-692
- López Gómez, S., Rivas Torres, R. M. y Taboada Ares, E. M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 41(3), 555-570.
- Malhotra, S. y Gupta, N. (1999). Childhood disintegrative disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 29, 491-498.
- Mulas, F. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista De Neurología*, 50(3), 77-84.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Chilhood Schizophrenia*, 8, 139-161
- Ruiz Lázaro, P. M. (2009). Trastornos del espectro autista. *Pediatría Atención Primaria*, 11(17), 381-397.
- Russo, N., Nicol, T., Trommer, B., Zecker, & S. Kraus, N. (2009). Brainstem transcription of speech is disrupted in children with autism spectrum disorders. *Developmental science*, 12(4), 557-567

- Toth, K., Dawson, G., Meltzoff, A. N., Greenson, J. & Fein, D. (2007). Early social, Imitation play, and language abilities of young non-autistic siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 145-157
- Van Acker, R. (1991). Rett syndrome: A review of current knowledge. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 381-406
- Zwaigenbaum, L., Bryson, E., Rogers, T. S., Roberts, W., Brian, J. & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23, 143-152
- ABRAZO DE GOL, <https://www.abrazodegol.org/nosotros.html>
- FUNDACION ASEMCO, <https://www.asemco.org/asemco.php>
- BRINCAR POR UN AUTISMO FELIZ, <https://www.brincar.org.ar/conocenos/quienes-somos/>
- TERCER TIEMPO, <http://www.tercertiempo.org/>