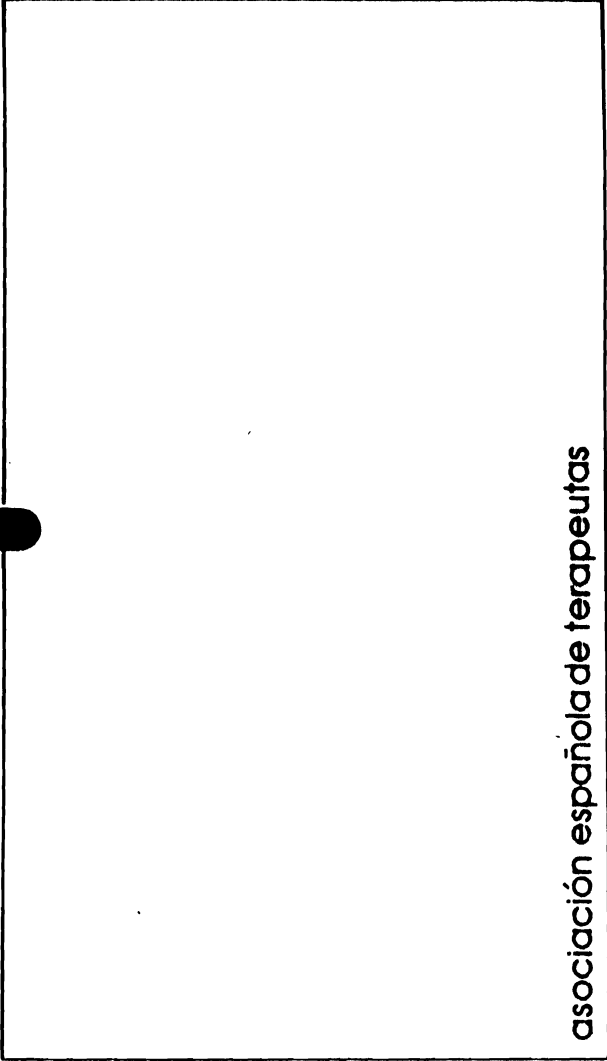


aetapi



asociación española de terapeutas
de autismo y psicosis infantiles

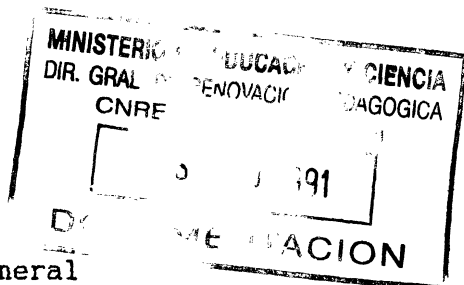
BOLETIN DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE TERAPEUTAS
DE AUTISMO Y PSICOSIS INFANTILES.

Año 1990 nº 5

Coordinadores: Javier Tamarit
Mercedes Belinchon

INDICE

1. Editorial
2. Información general
3. El Centro de interés... MAGUNAS
5. Agenda profesional.
6. Entrevista con... Benson Schaeffer.
7. Artículo: Intervención sobre una conducta interfiriente en el aprendizaje escolar: balanceo.
8. Bibliomanía
9. Varios



N.D. Las opiniones expresadas en este Boletín no tienen por qué ser necesariamente las mantenidas por los miembros de la Junta Directiva de AETAPI.

EDITORIAL

El Editorial de este nuevo Boletín no es tarea fácil. Ha pasado mucho más tiempo del que hubiéramos deseado desde el anterior número . Y han pasado muchas cosas desde entonces. Las uvas del nuevo año han traído sabores anteriores y han adelantado sabores nuevos. Uvas dulces, esperanza en el futuro, ... y uvas atragantadas por agrias e inesperadas.

Agridulce ha sido la uva del Congreso Mundial: trabajando por su gestión, y tener que decidir no llevarlo a cabo. Dulce es la noticia de un Congreso Nacional de AETAPI, quizá el otoño próximo. Dulce es la recuperación del Boletín. Uva mala, agria, era la que nos traía el recuerdo de que nuestra compañera y amiga Koro, Koro Iparraguirre, decidió abandonar su trabajo en el autismo, como así lo comunicó a la Junta Directiva de AETAPI, a la que pertenecía y en la que hemos admirado su honestidad y sólida ética profesional. ¡Gracias, Koro, -porque seguro que nos lees- y éxito en tu nuevo trabajo!. Buen sabor tiene - muy buen sabor- es primer artículo sobre tratamiento publicado en estas páginas. Sus autores, Margarita y José Miguel, merecen todo nuestro respeto profesional. Sabor agrio es el que acompaña la uva de las arcas de nuestra Asociación... pero ese sabor ya es viejo conocido, y lleva camino de ser solera.

Dulce..., agrio..., y novedades. Dos Boletines al año, servicios para los asociados -búsquedas bibliográficas, artículos traducidos, apoyo técnico, ...- ...No son solo deseos para este nuevo año, son ya trabajos emprendidos y en poco tiempo tendremos noticias concretas de todos ellos. Ahora, y mientras eso llega, puede ser una buena idea leer tranquilamente este Boletín.

INFORMACION GENERAL

IV CONGRESO NACIONAL.

- Organización del VI Congreso Nacional de AETAPI a cargo de Maribel Morueco, con propuesta de celebración hacia finales de 1990 en Palma de Mallorca. Se irá dando más información en este semestre y el próximo Boletín.

SERVICIOS TECNICOS DE AETAPI PARA LOS ASOCIADOS

- Confección de listados de artículos científicos traducidos al castellano, que los asociados pueden solicitar, abonando contrarreembolso los gastos de fotocopia y envío. Se mandará un primer listado de referencias a finales de febrero).

- Confección de búsquedas bibliográficas sobre temas concretos tras la petición del socio interesado.

- Confección de listados de socios para su distribución entre todos, de forma que se facilite el intercambio profesional. Próximamente se enviará un cuestionario para tal fin.

NUEVA DIRECCION DE AETAPI

Desde el uno de diciembre existe nueva sede, en la que se centralizará la gestión de la Asociación. El domicilio es:

AETAPI

C/ Jordán nº 9 - 4º Izda. (despacho 6)
28010 MADRID

(Esperamos contar pronto con teléfono).

AGENDA PROFESIONAL

Os rogamos nos enviéis información de todo curso, encuentro, congreso o symposium relativo al tema del autismo, del que tengais conocimiento.

Como toda otra gestión, la dirección a la que se ha de notificar es la correspondiente a la nueva sede

AETAPI

C/ Jordán nº 9 - 4º zda. Despacho 6

28010 MADRID

CENTRO DE INTERES

Dirección: C/ Bueso Pineda, 59. 28043 MADRID.
Directora: TRINIDAD LOPEZ ROMAN.

El centro "MAGUNAS" es uno de los pioneros en el campo de la educación de niños autistas. Como muchos otros centros específicos de este trastorno, es consecuencia directa del trabajo y de la constancia de profesionales que creen en la labor que realizan y que tienen una honestidad a toda prueba en su quehacer diario. Montse y Trini -Trini y Montse- han sido las que han hecho posible, contra viento y marea, que MAGUNAS haya superado sus quince años de funcionamiento.

En el informe que sigue a continuación Trinidad López Román nos abre sus puertas y nos describe su trabajo.

Durante los años 1974 a 1976 nuestro trabajo se llevaba a cabo en el Servicio de Psiquiatría infantil de la Cruz Roja de Madrid, llevando entonces, dos casos de autismo con una sesión diaria de una hora de duración.

Uno de los casos precisó hospitalización temporal debido a las conductas autoagresivas que presentaba. La problemática surgió al ingresar este niño en el hospital fue lo que nos hizo pensar en la necesidad de crear un Centro para niños autistas, donde pudieran tratarse no solo sus déficits cognitivos, sino también y sobre todo los problemas de conducta

y adaptación a las necesidades asistenciales y educativas para los niños autistas.

La puesta en marcha del Centro supuso un gran esfuerzo no solo personal sino también económico. En un principio la financiación corrió a cargo de las familias y de las dos terapeutas que aportaban su trabajo. Actualmente el Centro está acogido al Régimen de Concierto Pleno.

Después de varios domicilios definitivamente el Centro está situado en la calle Bueso Pineda núm. 59 de Madrid.

Su ámbito geográfico de actuación es toda la Comunidad de Madrid. La población atendida para tratamiento es de 2 a 7 años en el momento de ingreso y de 0 a 6 años para evaluación. El Centro satisface las necesidades de escolarización de los niños autistas, trastornos graves del desarrollo, problemas graves de comunicación y lenguaje y problemas graves de conducta asociada.

En casos de niños deficientes con rasgos autistas o importantes problemas de conducta, la estancia en el Centro es transitoria, siendo derivados estos casos a Centros más apropiados una vez que se han eliminado los problemas de conducta y/o autonomía.

El Centro consta de 5 unidades. El personal lo componen cuatro psicólogos, dos de ellos logopedas, dos pedagogos y dos auxiliares de educación, para un total actualmente de 20 niños de nivel de desarrollo profundo y medio.

El objetivo fundamental de Magunas es mejorar la calidad de vida del niño autista y su familia. Conseguir una comunicación mejor y más adaptativa con el medio físico y social, el máximo desarrollo de sus capacidades y lograr autonomía e independencia.

Se da especial énfasis al desarrollo de la competencia social dada la grave problemática que presentan estos niños en este área. Para ello se dedica un día y medio en semana a actividades que se realizan fuera del Centro y que suponen una posibilidad de aprendizaje social claramente diferenciado del que se produce dentro del aula en el Centro.

El objetivo de estas actividades será familiarizar al niño autista y saber actuar en los diferentes ambientes de la vida cotidiana. Para su logro vamos un día a la semana a una piscina pública y otro día en jornada de mañana o completa vamos a parques de la zona, al zoo, al circo, al teatro..., hacemos excursiones al campo, utilizamos transportes públicos, cafeterías y restaurantes, a este último vamos en pequeños grupos. Para final de este curso tenemos prevista una salida de fin de semana, actividad que se llevará a cabo por primera vez en el Centro.

Las actividades que se realizan dentro del Centro son:

- Sesiones individuales diarias para cada niño de 30 min. de duración. En caso de estimarlo conveniente un niño puede tener varias sesiones individuales al día.

- Sesiones de grupo: 3 niveles de desarrollo.
- Modificación de conducta.
- Orientación familiar: es uno de los aspectos más tratados en el Centro dada la problemática familiar que estos niños plantean y la necesidad de un trabajo conjunto entre familia y Centro. Este apoyo a la familia puede darse en el Centro o fuera de él, incluso en situaciones de diversión o cuando el niño ya está escolarizado en otro Centro.
- Colaboración con la Universidad Complutense y Autónoma como Centro de prácticas.
- Formación e investigación. Actualmente el personal del Centro se dedica a realizar una investigación financiada por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid: "Fomento de la interacción social de los niños autistas".

El marco teórico del Centro es el modelo de desarrollo normal, y el modelo de actuación que seguimos en el tratamiento es la modificación de conducta y el sistema alternativo de Comunicación basado en el programa de Comunicación Total de Schaeffer.

ENTREVISTA CON... BENSON SCHAEFFER

Realizada por Javier Tamarit y Juan Pedro Garacía-Cernuda.

Primavera de 1988, Madrid. Schaeffer visita por tercera vez nuestro país. La primera vez: en 1985, fue con motivo de asistir al Symposium sobre Investigación y Logopedia, organizado por Marcos Montfort. En este encuentro expuso las características de su programa "Comunicación Total: habla signada para niños no verbales". De entonces aquí este programa ha sido ampliamente debatido y aplicado no solo con niños autistas sino también con deficientes mentales en un buen número de centros de toda España. Aunque haya pasado un año y medio desde que mantuvimos esta conversación, creemos que sigue siendo interesante, actual y útil.

Benson Schaffer es, además de un gran profesional, una persona de una enorme calidad humana y que manifiesta un tremendo respeto por el trabajo de cualquier profesional, apoyando continuamente las ideas que se le plantean y ofreciendo su consejo y orientación de forma clara y eficaz. Más de veinticinco años de experiencia y múltiples trabajos le avalan. Desde 1962 ha trabajado con niños autistas, deficientes mentales, paralíticos cerebrales, afásicos y niños con diversos trastornos evolutivos. El foco central de sus esfuerzos clínicos y de investigación es la instrucción en el lenguaje. Ha estudiado, asimismo, los efectos que estos niños causan en la estructura familiar y ha estado desarrollando

procedimientos para tratar los problemas familiares que los niños con alteraciones en el desarrollo pueden a veces crear. Ha sido psicólogo investigador en el Centro de Ciencias Neurológicas "Buen Samaritano" en Portland (Oregón) y Profesor asociado de Psicología en la Universidad de Oregón. Recibió su doctorado en 1967 por la Universidad de California, Los Angeles (UCLA), donde había sido colaborador de Loovas. En 1980 se editó su libro "Comunicación Total". Su teoría se engrana directamente con las actuales concepciones de la teoría de la comunicación; y en este sentido, podríamos decir que su método de instrucción crea estrategias instrumentales mediante los signos que permiten al niño no oral pasar de esquemas lineales de incomunicación a una utilización espontánea de diversas herramientas lingüísticas como los signos, y, en mayor medida, el habla.

"Una de las primeras experiencias en niños autistas con el uso de Sistemas Alternativos de Comunicación fue la llevada a cabo, en 1973, por Margaret Creedon, quien desarrolló su programa al mismo tiempo en Chicago, Texas y Toronto..." Hemos partido de los recuerdos del comienzo. Schaeffer, pionero de estas experiencias, relata como llegó a ello: "Estuve trabajando con niños autistas, enseñándoles lenguaje desde 1962. Yo era capaz de enseñarles a hablar, pero ellos luego nunca usaban el lenguaje. En una ocasión vinieron a mí dos estudiantes que querían estudiar las causas del autismo y que habían trabajado con niños autistas en Chicago, en la Universidad, usando signos. Estos dos estudiantes eran las

dos personas que fueron coautores, junto conmigo, del libro de Comunicación Total. Empezamos un curso en el que hablábamos sobre las causas del autismo, y en el transcurso del mismo ellos hablaron sobre los signos. Esto era tan diferente de lo que yo había hecho que tenía que probarlo. Pensé que de alguna forma, la espontaneidad lograda a través de los signos podría trasvasarse a las palabras. Hicimos un proyecto, solicitamos una beca y empezamos a hacer anuncios para conseguir niños para el programa. Nos dieron la beca y empezamos a trabajar".

Era el verano de 1974. En 1977 se publica en la Revista "Sign Languages" el primer informe, en 1980 su libro, y dos años más tarde otros trabajos de corte teórico acerca del programa, y, aunque en los últimos años no ha desarrollado nuevos trabajos, su libro y su artículo de 1977 siguen citándose en informes de buen número de investigadores, en las revistas especializadas y en los libros que siguen apareciendo. Esto claramente significa que su trabajo tiene fuerza. ¿Dónde radica la fuerza de su procedimiento?

"Realmente, pienso que la fuerza proviene de los signos. Cuando ví a estos niños usando los signos espontáneamente, lo que luego hacían con las palabras, llegué a hacerme una idea más profunda sobre lo que era posible en el desarrollo psicológico de estos niños. Pienso que la importancia de focalizarse sobre la espontaneidad en el desarrollo es realmente la parte central".

En su trabajo se plantea, y quizá es una de las cosas que más llaman la atención, que el único prerrequisito para enseñar un signo es que el niño posea una intención de acción, haga el intento de alcanzar un objeto deseado. "No estoy seguro de que esto sea siquiera necesario. No lo sé". ¿Cómo se puede explicar que esto sea así?. "Pienso que hablando del lenguaje desde el modelo normal del desarrollo hay que tener en cuenta que emerge y se desarrolla a través de la interacción social entre el niño y los padres, esto es probablemente la mejor manera de explicar que no se crece a través de la interacción entre el niño y el maestro. En cuanto a porqué pienso que a lo mejor ni siquiera es necesaria la intención de acción para enseñar un signo, yo creo que si tienes un niño con parálisis cerebral que fuera capaz de hacer un solo movimiento, se le puede enseñar al niño a usar ese movimiento para hacer una elección, aunque ese movimiento no implique la intención de coger nada en un principio. De hecho esto se ha utilizado con paralíticos cerebrales con retraso mental".

Un problema que se encuentran los profesionales es la escasez de criterios para decidir si un niño ha de ser entrenado mediante sistemas alternativos de comunicación o bien mediante habla directamente. Schaeffer nos comenta su opinión: "Pienso que si el niño usa espontáneamente frases de dos palabras para expresar una variedad de significados y el mismo significado en una variedad de formas, haciendo alguna descripción, debe usarse lenguaje verbal. En niños no verbales siempre

se debería comenzar con signos. Los entrenamientos verbales no logran un adecuado nivel de espontaneidad con estos niños".

Trabajos como los de Schaeffer han supuesto un verdadero cambio de concepción en el tratamiento de los problemas de comunicación. Un cambio que ahora es vivido como bastante evidente el que se produjera pero que tuvo lugar en un momento en que la intervención se centraba en aspectos muy distintos. En opinión de Schaeffer, que compartimos, el avance en el conocimiento es un proceso en el que todos los profesionales deben participar a través del intercambio, análisis y discusión de experiencias e informaciones: "Pienso que, puesto que la mayor parte de los maestros no tienen porqué hacer investigación, el compartir métodos de enseñanza es probablemente la mejor idea que se puede dar. Deberían escribir, por ejemplo en un Boletín como éste, artículos sobre como enseñan tareas tales como signos, habilidades de autonomía, juego..."

BIBLIOGRAFIA

SCHAEFFER, B. (1972): "Teaching Spontaneous Sign Language to Nonverbal Children: Theory and Method" . Sign Language Studies, 21, 317-352.

SCHAEFFER, B. (1982): "Linguistic functions and language intervention. Part I: Concepts, evidence, and instructional sequence. The Journal of Special Education, 16, 3, 289-308/

SCHAEFER, B. (1982): "Linguistic Functions and Language Intervention. Part II: Special Topics". Journal of Special Education, 16. 4. 401-410.

SCHAEFFER, B. (1986): "Lenguaje de signos y lenguaje oral para niños minusválidos". En M. Montfort (Ed.) Investigación y logopedia. Madrid: CEPE. Pp. 271-286.

SCHAEFFER, B. , Kollinzas, G., Musil, A. y McDovell, P. (1977). Spontaneous verbal language for autistic children through signed speech. Sign Language Studies, 17, 287-328.

SCHAEFFER, B., Musil, A. y Kollinzas, G. (1980). Total Communication: A signed speech program for nonverbal children. Champaign, Illinois: Research Press.

GORTAZAR, P.; TAMARIT, J. (1989). "Lenguaje y comunicación". En (varios Ed.) Intervención Educativa en Autismo infantil. (Tema 5-6). Madrid: CNREE-MEC.

MARTOS, J.: MAYORDOMO, A.; PURAS, S. (1985). "Comunicación Simultánea: un modelo para enfrentar los déficits lingüísticos del niño autista". Estudios de Psicología, nº 19-20, pp. 63-72.

TAMARIT, J. (1986). Programa de Comunicación Total: Su influencia sobre el desarrollo general del niño. Actas del IV Congreso Nacional de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantiles. Valladolid.

TAMARIT, J. (1988): Sistemas Alternativos de comunicación en autismo: algo más que una alternativa. Alternativas para la Comunicación, 6. 3-5.

TAMARIT, J. (1988): Los trastornos de la comunicación en deficiencia mental y otras alteraciones evolutivas: intervención mediante sistemas de Comunicación Total. En C. Basil y R. Puig (Eds.): Comunicación Aumentativa. Curso sobre sistemas y ayudas técnicas de comunicación no vocal. Madrid: INSERSO. Col. Rehabilitación.

TAMARIT, J. (1989): "Uso y abuso de los Sistemas Alternativos de Comunicación". Comunicación, Lenguaje & Educación, 1.

**INTERVENCION ANTE UNA CONDUCTA
INTERFERIENTE DEL APRENDIZAJE ESCOLAR:
BALANCEO.**

**Autores: Margarita ALVAREZ RABADAN
José M. SAENZ DOMINGUEZ**

**I.- CARACTERISTICAS SOCIOAMBIENTALES Y
PSICOLOGICAS DEL NIÑO:**

J. es un niño de once años diagnosticado de "Autismo con retraso mental medio" por el correspondiente Servicio Psicopedagógico.

El medio familiar está formado por los padres (titulados superiores y con destinos laborales ubicados en distintas localidades, lo que ocasiona que durante la semana se encuentren separados) y cuatro hermanos, ocupando J. el cuarto lugar.

Lleva escolarizado tres años académicos, iniciando en la actualidad el cuarto año, en un Aula específica de autismo y/o trastornos graves del desarrollo enclavada dentro de la estructura de un Centro específico de Educación Especial.

El aula está regentada por una profesora-terapeuta y en ella se atienden cinco niños, incluido J., cuyas edades oscilan entre 11 y 16 años; los niveles académicos de todos ellos son similares.

II.- CONDUCTA: OBSERVACION Y DEFINICION.

A. Definición:

La conducta motivo de nuestra intervención, la podemos definir en términos conductuales de la siguiente manera: balanceo bilateral del cuerpo con oscilación aproximada de cuarenta grados respecto al eje vertical corporal.

B.- Motivos de selección de esta conducta.

Se ha elegido esta conducta para su intervención por diversas razones:

- 1.- Por lo que supone de perturbadora del aprendizaje académico.
- 2.- Es una conducta que por inapropiada y desadaptada no favorece la integración en su medio social.
- 3.- Porque es una conducta nunca intervenida sistemáticamente y que se remonta en su manifestación al primer estudio psicológico del que se tiene conocimiento (año 1983).

C.- Situaciones incompatibles en esa conducta.

En una observación primera y partiendo de la información con la que contamos, se aprecia una incompatibilidad de esa conducta con:

- 1.- Mantener los pies juntos, ya que normalmente el balanceo va unido a una apertura de los miembros inferiores.

2.- Actividades manipulativas: jugar con el balón, manipular objetos con actividad concentrada, ...etc/

3.- Ante una orden expresada de trabajo: al dar a J. una instrucción verbal imperativa el niño realiza la actividad solicitada pero es necesaria la repetición constante de dicha instrucción para que no vuelva a aparecer la conducta de balanceo.

D.- Situaciones más frecuentes en las que se da la conducta de balanceo:

Las situaciones en las que más frecuentemente se manifiesta la conducta de balanceo son:

1.- En el recreo, cuando no hay una actividad dirigida.

2.- En el medio familiar.

3.- Cuando escucha música o la produce él con algún instrumento.

Esta conducta aparece independiente de la posición en que se encuentre J.: de pie, sentado, de rodillas o tumbado.

III.- PROYECTO DE INTERVENCION.

A.- Medición de la conducta:

A esta conducta la llamaremos "balanceo" y como unidad de medida vamos a tomar cada vez que el tronco, en su desplazamiento bilateral, alcance el punto más distante correspondiente a su derecha.

Por cuestiones de operatividad y alta incidencia de la conducta de balanceo, decidimos medir la frecuencia en número de veces que se presenta por cada dos minutos a lo largo de cinco periodos observacionales durante el día. Dichos periodos son los siguientes:

Mañana;

- 10,15 s 10,17 horas: entrada en clase.
- 11,00 a 11,02 horas: periodo intermedio sin expectativas interfirientes previsibles.
- 12,30 a 12,32 horas: después del recreo.

Tarde

- 15,15 a 15,17 horas: después de comer.
- 16,20 a 16,22 horas: antes de finalizar la jornada escolar y expectativas de vuelta a casa.

La razón de elegir estas horas es analizar posibles influencias de situaciones antecedentes que puedan afectar la conducta del balanceo, bien sea aumentándola o disminuyéndola.

La línea base será de carácter múltiple. El registro del balanceo se llevará a cabo durante los periodos citados anteriormente a lo largo de cinco días de jornada escolar de una semana.

En los periodos observacionales la profesora-terapeuta no dará ninguna consigna respecto a la conducta en observación siguiendo, por lo demás, una situación habitual de aprendizaje.

Con estos registros se elaborarán gráficas separadas de los distintos periodos observacionales y una gráfica general en donde se pueden establecer comparaciones, hipótesis conductuales y posibles conclusiones.

B.- Abordaje terapéutico:

Tomando como punto de partida los métodos de "Refuerzo interrupción" de Azrin y Wesolowski y "Supercorrección por práctica positiva" de Azrin, Kaplan y Fox, nuestro abordaje será el siguiente:

Cada vez que J. muestre una conducta de balanceo, el profesor-terapeuta le sentará en la silla con los brazos sobre la mesa manteniendo la cabeza hacia adelante y los pies cruzados hacia atrás durante dos minutos al tiempo que se le dice una sola vez: "quieto J.".

La sesión de intervención se desarrollará por un espacio de 30 minutos; esta será fija todos los días y la vamos a determinar de acuerdo con el momento del día en que el balanceo es más frecuente según las observaciones de línea base.

Este sistema está basado en un programa de refuerzo combinado en el cual J. es reforzado al ocuparse en actividades dirigidas junto con la intervención referida que tiene claros componentes de relajación (posición de sentado) e incompatibilidades con el balanceo (cabeza hacia adelante y pies cruzados hacia atrás).

Cuando J. en la jornada anterior muestre dos o menos balanceos se reducirá el tiempo de intervención de treinta a quince minutos; si esto sucede durante dos días seguidos, se reducirá la sesión a cinco minutos y, posteriormente, a la instrucción verbal "quieto J.".

Cada día se registrarán los episodios de balanceo con la hora exacta de su producción dentro de la sesión de intervención.

El control de la generalización se hará cada 15 días hasta el final de la intervención y en los cinco periodos de dos minutos referidos inicialmente para la línea base.

Una vez el niño ante la instrucción de "quieto J." interrumpa su balanceo, se les darán instrucciones a los padres a fin de que intervengan oportunamente fuera de la jornada escolar.

IV: MODIFICACIONES AL ABORDAJE TERAPEUTICO.

A.- Con respecto al momento (sesión) de intervención:

Tal como venía previsto en el Proyecto, se determinó que la sesión de intervención se llevase a efecto según las observaciones de Línea Base. Por ello se eligió el momento de la tarde (16 a 16,20 horas) teniendo en cuenta que:

- En este espacio de tiempo no hay actividad académica programada: disponen de juegos a su elección, música, libertad de movimientos en el aula, recreo, coto escolar, patio, ... etc. Por tal motivo es un tiempo adecuado para los balanceos de J.

- Al llevarse a cabo en un momento sin programación estructurada permitía mayor control y observación de la terapeuta.

B.- Con respecto a la duración de las sesiones de intervención:

Se redujo el tiempo de observación previsto en el Proyecto de 30 a 20 minutos y la intervención total (inmovilización e instrucción verbal) de dos minutos a 30 segundos. Estas reducciones obedecieron a motivos meramente reales:

- El tiempo de observación era excesivo por la frecuencia del balanceo sin que aportase información suplementaria.

- La aplicación de hecho de la intervención total era altamente aversiva por su larga duración.

Dado que los balanceos redujeron su frecuencia con gran rapidez en vez de reducir la sesión de intervención de 20 a 15 minutos como estaba previsto en el Proyecto, siempre que J. el día anterior tuviese 2 ó menos balanceos, nos pareció más significativo aplicar esta reducción cuando se diesen tres sesiones consecutivas con 2 ó menos balanceos.

C.- Con respecto a la instrucción verbal:

La instrucción verbal "quieto J." se cambió por "J. no te balancees" dado que ésta última es más específica de la conducta objeto de esta intervención. El término "quieto" se utiliza habitualmente en el medio escolar y familiar ante conductas variadas, con lo que no resultaría suficientemente discriminativo.

D.- Con respecto a la postura de inmovilización se introdujeron modificaciones de tipo práctico:

Cada vez que J. mostró una conducta de balanceo, la terapeuta le sentaba en la silla o banco (teniendo en cuenta el lugar de observación-intervención) con las manos sobre las piernas manteniendo la cabeza hacia adelante y los pies cruzados hacia atrás.

Esta modificación en relación con el Proyecto inicial se debe a que el periodo de observación-intervención coincidía con lugares varios (patio, aula y coto escolar) en las que era difícil disponer de la mesa que se preveía.

V: RESULTADOS Y GENERALIZACION

A.- Línea Base:

Para determinar la incidencia de la conducta "balanceo" se llevó a cabo un registro-observación de carácter múltiple (en cinco periodos citados anteriormente) durante los cinco días lectivos de una semana. (ver figura A).

A.1.- De los resultados de Línea Base se obtuvieron las medias de balanceos en relación con los periodos observacionales (ver gráfica nº 1).

Periodos observacionales	Media de balanceos
10,15 a 10,17	22,2
11,00 a 11,02	6
12,30 a 12,32	18,2
15,15 a 15,17	1,8
16,20 a 16,22	17,25

Con estos resultados podemos extraer una primeras apreciaciones:

- En el primer período (10,15/10,17) se da el máximo número de balanceos que consideramos

obedece a una doble razón: por un lado, el hecho de pasar del ambiente familiar al escolar y, por otro, la correspondencia con la recepción de alumnos y lo que conlleva de no tener una actividad estrictamente programada (llegada al colegio, entrar en las aulas, quitarse los abrigos, saludarles, sentarse, ... etc.).

- En los periodos tercero y quinto (12,30/12,32 y 16,20/16,22) también observamos una alta frecuencia de balanceo que se corresponde, en ambos casos, con actividades de aseo personal después del recreo. Aunque dichas tareas están programadas, en los momentos de espera aparece el balanceo.

- Los periodos en que se aprecia un descenso muy importante del balanceo son el segundo y cuarto (11,00/11,02 y 15,11/15,17). En ambos, las actividades están muy organizadas, son concretas, están sentados y el niño tiene automatizado el ritmo de la clase.

A.2.- La relación de balanceos en consideración con el día de la semana aporta la siguiente información:

Día de la semana	Media de balanceos
Lunes	12
Martes	6,4
Miércoles	4,6
Jueves	6,8
Viernes	50,33

Viendo la gráfica nº 2 apreciamos una caída en la curva a medida que transcurre la semana. El lunes tiene una frecuencia relativamente alta posiblemente como consecuencia de haber permanecido dos días en un ambiente más relajado. Martes, Miércoles y Jueves se aprecia un descenso en los balanceos probablemente debido a la asimilación por parte de J. del ritmo y organización escolares.

El viernes, en la Línea Base, da un salto significativo en el aumento de la frecuencia de balanceos que obedeció a la presencia de la madre durante la primera hora del horario escolar. No se ha observado que aumente el balanceo en presencia de otros adultos.

B.- Intervención:

Después de una semana en que se llevó a cabo el registro para la Línea Base, pasamos a la intervención propiamente dicha que se efectuaba por espacio de 20 minutos (16 a 16,20 horas) al día. (ver figura B).

B.1.- Evolución del balanceo:

Comenzamos las sesiones de intervención el día 21 de noviembre de 1988, finalizando el 28 de febrero de 1989. En este espacio de tiempo se dieron interrupciones por diversas causas: vacaciones escolares, absentismo de J. y huelgas.

El número de sesiones, sin contar los 3 días de control de la generalización, fueron cuarenta.

En estas cuarenta sesiones la distribución de los balances han sido las siguientes:

Sesión	Nº de balances
1	8
2	7
3	2
4	5
5	1
6	1
7	4
8	1
9	2
10	0
11	3
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	0
18	0
19	0
20	0
21	0
22	0
23	1
24	0
25	0
26	0
27	0
28	0
29	0

30	0
31	1
32	0
33	0
34	1
35	0
36	0
37	0
38	0
39	0
40	0

Las diez primeras sesiones fueron de 20 minutos; la undécima y la decimoquinta hasta el final el tiempo de intervención de cada sesión fue de 15 minutos porque en las sesiones inmediatamente anteriores J. tuvo dos o menos balanceos.

Cuando se daba el balanceo se hizo intervención total (inmovilización e instrucción verbal) hasta la sesión duodécima. A partir de ahí únicamente se utilizó la instrucción verbal (J. no te balancees).

Si observamos la gráfica nº 3 apreciamos:

- Una rápida remisión (en sólo 12 sesiones) de la conducta de balanceo.
- Que la curva se ajusta a lo que habitualmente sucede cuando se implanta una técnica de modificación de conducta: aparecen picos que indican una alta frecuencia del balanceo alternados con depresiones significativas para continuar en un asentamiento constante y acabar con algún brote esporádico que no resulta significativo por no tener continuidad.

- Los momentos en que se llevaron a cabo los controles de generalización. Dichos controles no figuran numerados como sesión de intervención.

En el proceso de intervención terapéutica observamos diversas actitudes y cambios en J. a considerar:

a. Inicialmente presentaba una resistencia activa (hacer fuerza con la cabeza) ante la inmovilización; más adelante esa resistencia se redujo llegando a ser pasiva (llanto silencioso).

b. A partir de la octava sesión se detecta un aprendizaje de autocontrol basado en elementos de la inmovilización: sujetarse la cabeza, bajar la cabeza voluntariamente y colocar los pies cruzados. Dicho aprendizaje se observó tanto dentro como fuera de las sesiones de intervención.

c. La distribución temporal de los balanceos, en el primer periodo de intervención, se produce a lo largo de los veinte minutos y sin razón fija. Posteriormente esa distribución se da en los minutos iniciales.

d. Cuando la intervención pasó a ser una instrucción verbal, la reacción de J. era de sorpresa y paralización inmediata.

B.2.- Con respecto a la distribución de los balanceos, tras todo el periodo de intervención, en relación con el día de la semana, los datos son los siguientes:

Día de la semana	Media de balanceo
Lunes	1,875
Martes	1,000
Miércoles	0,375
Jueves	0,875
Viernes	0,500

No hemos utilizado números absolutos (nº de balanceos) dado que no coincidió el nº de sesiones con cada uno de los días de la semana.

En la gráfica nº 4 se detecta como significativo el lunes por su gran aumento de balanceos. El resto de los días sigue un descenso de frecuencia sin variabilidad significativa.

Esta observación viene a revalidar las apreciaciones obtenidas a este respecto con el registro de la Línea Base. (ver gráfica nº 2).

C.- Generalización.

En todo el proceso de intervención y para determinar si las sesiones terapéuticas tenían influencia generalizable en la conducta de J., realizamos tres observaciones (ver figura A "Generalización"). Dichas generalizaciones se efectuaron entre las sesiones terapéuticas

catorce y quince, entre la veintiseis y la veintisiete y al final del proceso (ver gráfica nº 3).

Cada "Generalización" constaba de los cinco periodos observaciones, de dos minutos cada uno, anteriormente referidos.

Haciendo las medias de cada uno de los cinco periodos observacionales (ver gráfica nº 5) apreciamos un notable éxito terapéutico (media 0) en todos los periodos menos en el comprendido entre 12,30 y 12,32. Esta alta frecuencia, intuida tras las observaciones iniciales de los terapeutas, corresponde con las actividades de aseo personal en las que participan alumnos de otra aula después de un recreo colectivo.

Visto el resultado positivo obtenido en las sesiones terapéuticas con J. en relación con el control del balanceo decidimos la intervención en el medio familiar. Para llevar a cabo esta intervención partimos de solicitar a la madre que nos hiciese un registro-observación del balanceo que tenía J. á lo largo de dos días (uno laboral y otro festivo). Dicho registro se llevó a cabo en periodos de 15 minutos repartidos en tres sesiones: el día laboral observación de 15 minutos por la tarde dado que la madre se reunía con su hijo a partir de las 19 horas; el día festivo tenía dos sesiones de 15 minutos, una por la mañana y otra por la tarde.

En el registro que nos remitió la madre observamos que el balanceo se da generalmente ante dos situaciones: cuando escucha música y cuando imita los gestos de tocar la guitarra. Con este registro-observación optamos por instruir a la madre en que cuando J. se balancee únicamente le diga "J. no te balancees". Hasta la fecha no hemos tenido más información sobre los resultados de esta intervención en el medio familiar.

VI: CONCLUSIONES FINALES

En este apartado queremos exponer a modo de conclusiones finales las observaciones hechas a lo largo de este trabajo.

El primer elemento que queremos resaltar es la rapidez con que ha remitido la conducta de balanceo: 12 días. Creemos que este éxito puede deberse a:

- Un control de las variables que afectan a la conducta.
- Sistemática y constancia en la intervención terapéutica.
- La constante evaluación de la evolución y el ajuste de los métodos de intervención iniciales.

La segunda observación que nos ha llamado la atención se refiere a las circunstancias y momentos en que el balanceo de J. aumenta de frecuencia. Encontramos como relevantes:

- a. La presencia de la madre y no ante otros adultos.
- b. La audición musical sin actividad.
- c. El periodo observacional de 12,30 a 12,32.
- d. Los lunes.

Con la eliminación de esta conducta disruptiva apreciamos:

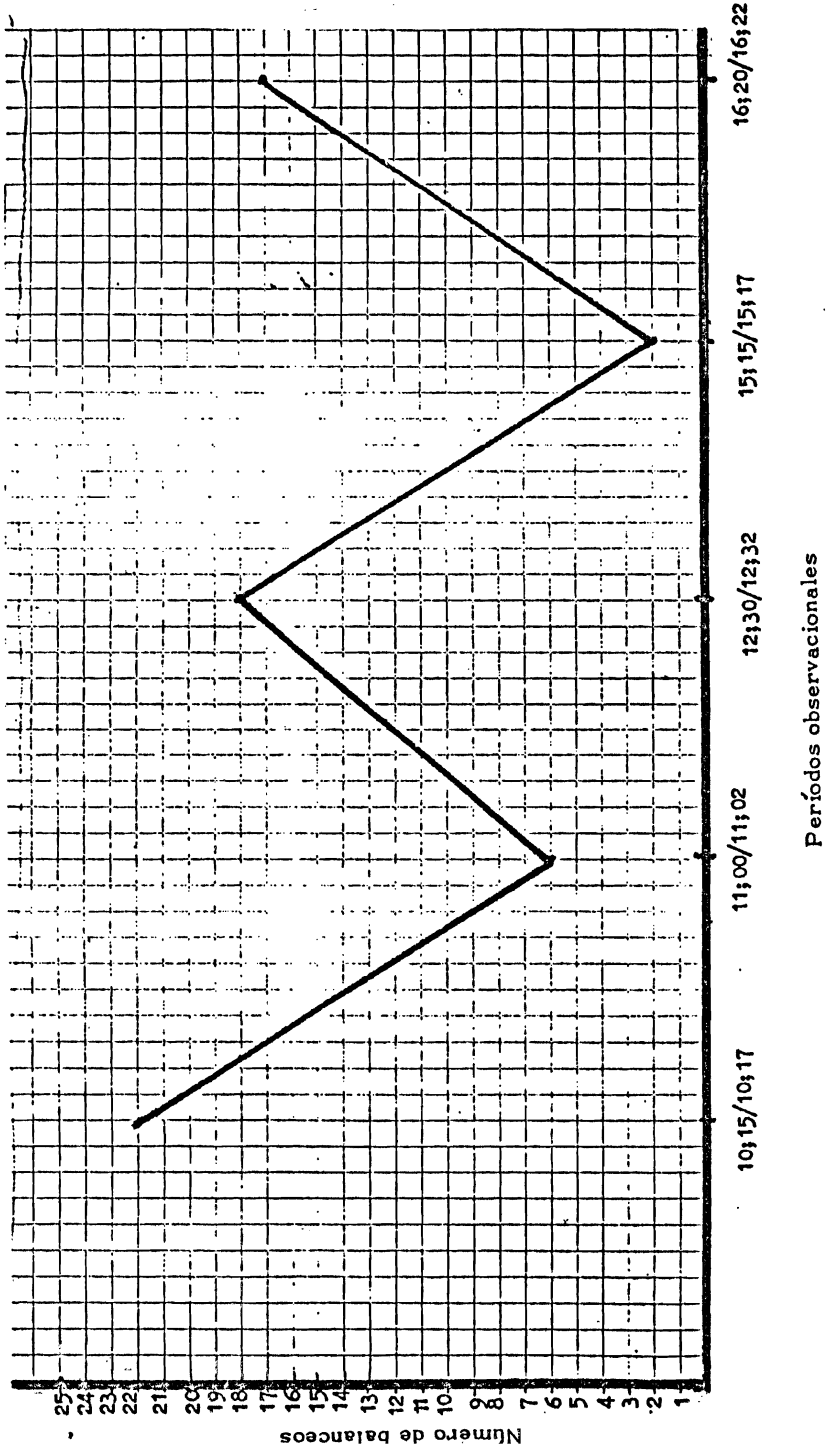
1. Aumento en la relación de J. con los objetos y las actividades exploratorias.
2. Mayor disposición para el juego con la terapeuta.
3. Menor aislamiento.
4. Aumento en la intención comunicativa.
5. Disposición mejor para la resolución de tareas de aprendizaje.
6. Una conducta social más normlizada.
7. Aprendizaje en el autocontrol del balanceo.

Al iniciar este programa nos cuestionábamos si el balanceo de J. era una conducta de aprendizaje vicario o por el contrario respondía a una actividad autoestimuladora porque aparece siempre en condiciones de actividad libre, no programada.

Una pregunta nos queda: ¿porqué J. aumenta su balanceo con la presenvia de la madre en el centro escolar?. Dos hipótesis de respuesta encontramos a esta cuestión:

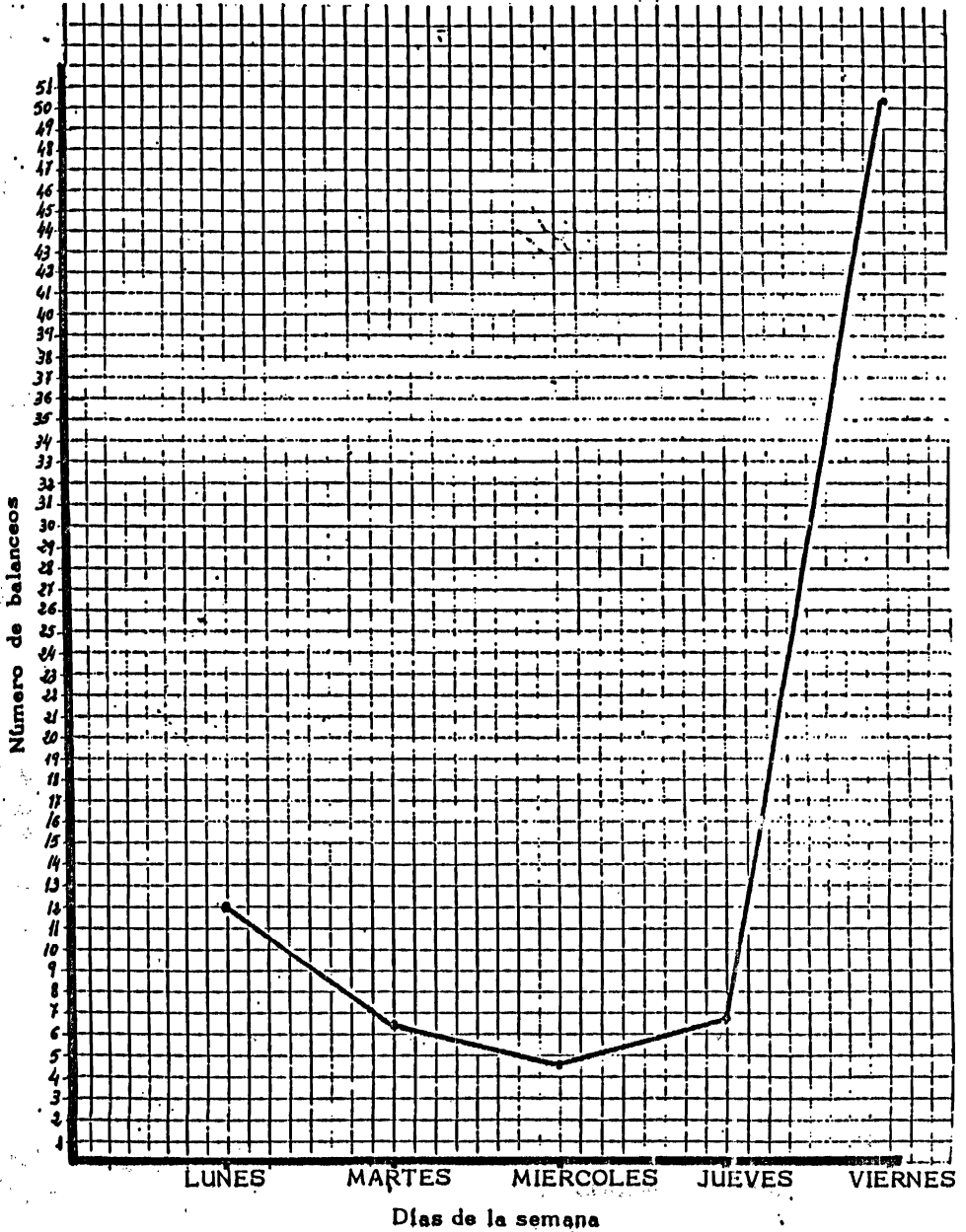
GRAFICAS

Gráfica Nº 1: LINEA BASE
Media de balances según los períodos observacionales



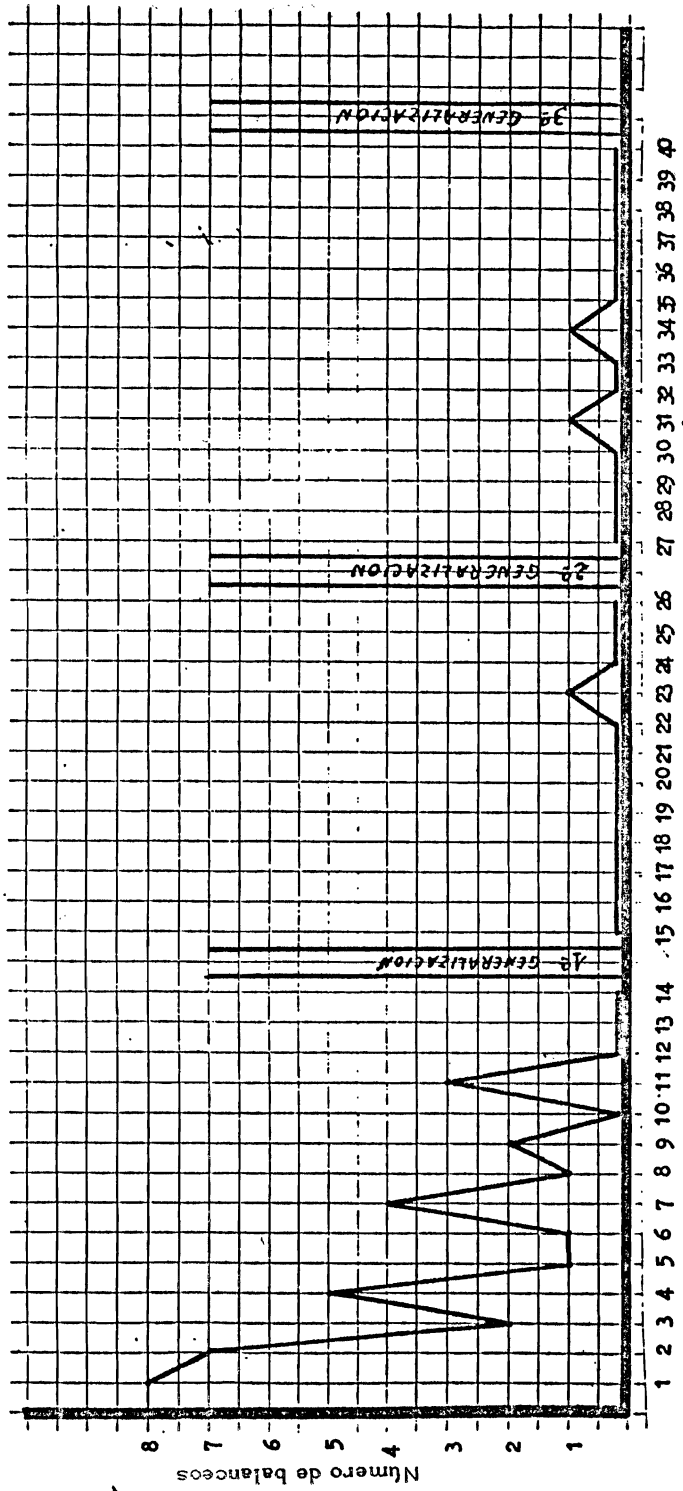
Gráfica Nº 2 : LINEA BASE

Media de balanceos según el día de la semana



Gráfica Nº 3: SESIONES DE INTERVENCION

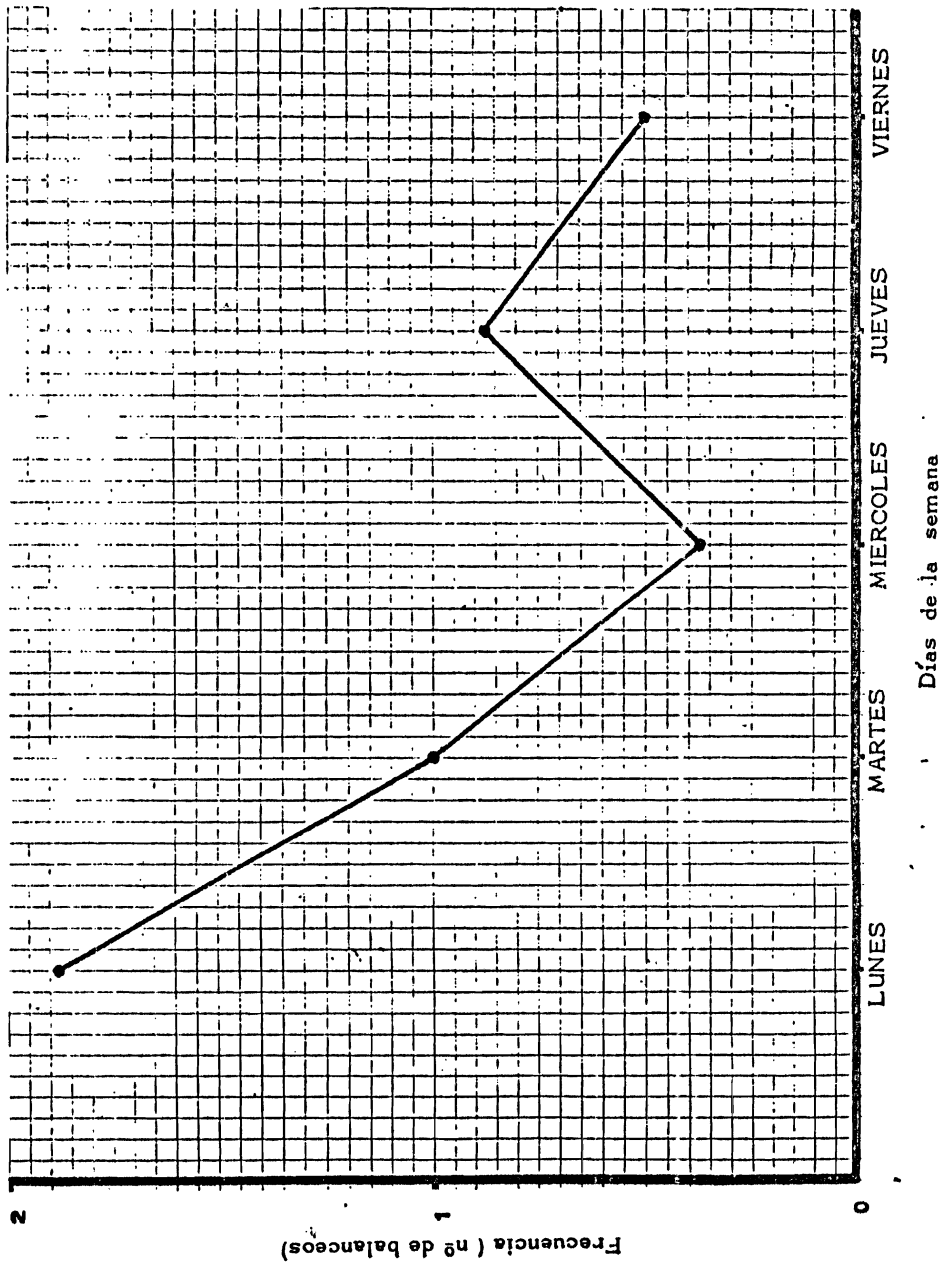
Evolución del balanceo durante las 40 sesiones de intervención



Sesiones de intervencion

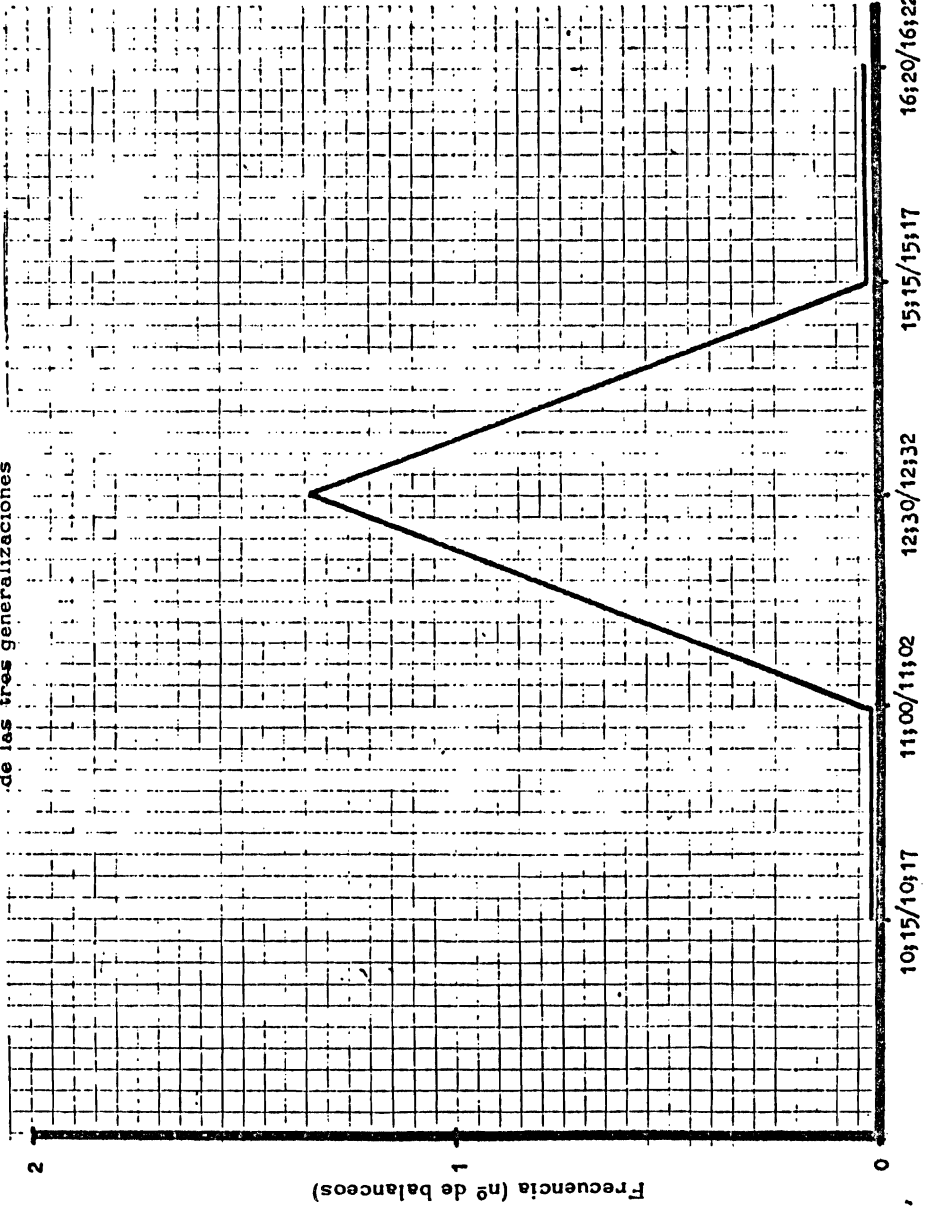
Gráfica Nº 4 : SESIONES DE INTERVENCIÓN

Media de balances en relación con el día de la semana en toda la intervención



Gráfica Nº 5 : GENERALIZACION

Media de balances según los periodos observacionales a lo largo de las tres generalizaciones



Periodos observacionales

BIBLIOMANIA

RESUMENES DE JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS, VOL. a3, nº 3, septiembre 1989.

- Autism diagnostic interview (ADI) (Entrevista para el diagnóstico de autismo): Un instrumento estandarizado basado en el investigador.
Ann Le Couteur; Michael Rutter; Catherine Lord; Patricia Ríos; Sarah Robertson; Mary Holdgrater; John McLennan. (pag. 363-387)

Se describe el desarrollo de una nueva entrevista estandarizada basada en el investigador para ser usada en el diagnóstico diferencial de trastornos generalizados del desarrollo, junto con un algoritmo de diagnóstico (usando los criterios de la ICD-10) basado en su uso. Se obtuvo buena fiabilidad interobservadores para los items del algoritmo entre cuatro evaluadores, dos en Canadá y dos en el Reino Unido, quienes evaluaron 32 entrevistas grabadas en video. Los items también discriminaban significativamente entre 126 autistas y 16 retrasados no autistas. El algoritmo basado en la ICD-10 identificó a los 16 autistas y a ninguno de los 16 no autistas.

- **Fiabilidad y validez en la Escala de Calificación de Autismo Infantil. Versión Tokyo (CARS-IV).** Hiroshi Kurita; Yuko Miyake; Kauro Katsuno. (pag. 389-396).

Se usó una traducción japonesa de CARS (CARS, versión Tokyo) en 176 niños con retrasos del desarrollo, menores de 16 años. El coeficiente alfa de Cronbach era de ,89. La fiabilidad interobservadores (r) para cada una de las 15 escalas basada en 128 niños fluctuaba entre .43 y .77 con una media de .62/ Basándose en los 167 niños, el total de la escala de CARS-TV demostró un nivel satisfactorio de validez taxonómica (Thronkike, 1982) sobre los grupos de diagnóstico de la DSM-III. La escala total discrimina más eficientemente que el CI entre autismo infantil (y otros trastornos generalizados del desarrollo) y retraso mental sin un diagnóstico adicional de trastorno generalizado del desarrollo. La escala total también mostró una validez concurrente satisfactoria sobre la calificación global de autismo.

- **Niveles elevados de serotonina en sangre en una muestra de autistas y sus parientes de primer grado.** Ruth K. Abramson; Harry H. Wright; Richard Carpenter; William Brennan; Osvaldo Lumpuy; Elisabeth Cole; S. Robert Young. (pag. 397-407).

Se obtuvieron los niveles de serotonina en sangre y recuento de plaquetas en 14 familias, que representaban 57 miembros familiares y 15 probados que cumplían los

criterios de autismo de la DSM-III. El alto nivel de serotonina parecía diferenciar a las familias. Cuando los dos padres tenían serotonina alta, el nivel de serotonina en sus hijos era de dos veces el nivel parental. Cuando uno de los padres tenía serotonina alta, el nivel de serotonina en los hijos se aproximaba al nivel de serotonina o bien al del padre de serotonina alta o bien al de serotonina baja. Para el caso en que ambos padres tenían serotonina baja, en una familia los hijos tenían serotonina baja y en una segunda familia se presentaban altos niveles de serotonina en el hijo autista y en un hermano con retraso mental severo. Los niveles medios de serotonina eran más altos, tanto en varones como en mujeres, autistas y miembros familiares, en el caso de cuatro familias de raza negra en comparación con diez familias de raza blanca.

- Autismo Infantil: ¿Un síndrome de déficits primarios múltiples?. Robert Goodman. (pag. 409-424).

Los intentos de explicar el autismo infantil en términos de un solo déficit psicológico o neurológico subyacentes pueden ser poco afortunados. Al igual que en el caso de muchos síndromes neurológicos, el autismo puede implicar déficits funcionales debidos a múltiples déficits neurológicos coexistentes. La comparación con el síndrome de Asperger y las disfasias del desarrollo sugiere que el síndrome autista es el resultado de la coexistencia de al menos dos constelaciones

distintas de alteraciones funcionales: déficits en las habilidades mecánicas del lenguaje, al igual que en las disfasias del desarrollo; y déficits en la relación social, juego y comunicación no verbal, como en el síndrome de Asperger. Se consideran posibles apuntalamientos neurológicos,1 incluyendo la relativa contribución de los dos hemisferios cerebrales. Se discuten implicaciones de cara a la etiología y la investigación.

- Momento del destete en niños con autismo infantil. Yoko Tanoue; Sususu Oda. (pag. 425-434).

Puesto que se ha conocido que el destete temprano en la infancia trae como resultado vulnerabilidad a la infección, se compararon estadísticamente los momentos de destete de 145 niños diagnosticados de autismo por la DSM-III con los de 224 niños normales del mismo área: el 24,8 % de los pacientes y el 7,5 % de los controles dejó el pecho al final de la primera semana, lo cual es una diferencia significativa. El dejar de mamar por circunstancias de la madre y no del hijo ocurría con el 17,9 % de los pacientes y con el 5,8 % de los controles, también una diferencia que es significativa. Estudios históricos de autismo infantil revelaban que la enfermedad se desarrollaba con mayor prevalencia en el estatus socio-económico donde la incidencia de dar el pecho era menos frecuente. Estos resultados sugieren que el destete temprano puede contribuir a la etiología del autismo.

- Variables asociadas con la frecuencia de rumiación en un muchacho con retraso mental profundo. Frederick J. Humphrey II; Susan Dickers Maves; Edward O. Bixler; Carl Good. (pag. 435-447)

Se investigaron, mediante recolección y análisis de datos durante todo el periodo de vigilia durante cuatro semanas, las relaciones entre la frecuencia de rumiación en un muchacho con retraso mental profundo y diversas variables ambientales, interpersonales y temporales. Los niveles bajos de rumiación se asociaban a periodos de programación de educación especial (versus horas no escolares), atención individual (versus actividades de grupo y juego independiente), y tiempo en que el chico permanecía con cuidadores que le gustaban (versus aquellos que le agradaban menos). Los hallazgos también revelaron un efecto de tiempo comida (disminuyendo la rumiación conforme transcurría el tiempo tras de comer), y un efecto del momento del día (aumentando la rumiación conforme el día avanzaba). Se discuten direcciones para futuras investigaciones y posibles implicaciones para el tratamiento ambiental de la rumiación.

- Efectos de diseñar de nuevo el entorno físico sobre la autoestimulación y la conducta de atención a la tarea en tres personas con retrasos del desarrollo de tipo autista. Pieter C. Duker; Eef Rasing. (pag. 449-460).

Se llevó a cabo un estudio para evaluar los efectos de un nuevo diseño del entorno físico (es decir, la clase) sobre la ocurrencia de autoestimulación, conducta de atención a la tarea, conducta inapropiada e inactividad. Participaron tres varones con retraso del desarrollo, diagnosticados como tipo autista. Los datos se recogieron usando un diseño A-B-A-B. Los resultados mostraron una disminución de la autoestimulación y la inactividad, y un incremento en la conducta de atención a la tarea. La conducta inapropiada permaneció sin cambios en el transcurso de las condiciones experimentales.

REVISTAS

Damos la bienvenida a la recién nacida Comunicación, Lenguaje y Educación (C, L & E), "hermana" de Infancia y Aprendizaje y Estudios de Psicología, entre otras. Es una revista amena en sus planteamientos y referida muy directamente a cuestiones de la práctica educativa y rehabilitadora. Para suscripciones dirigirse a:

APRENDIZAJE
Carretera de Comillas, 138
28043 MADRID

LIBROS

- PATRICIA HOWLIN y MICHAEL RUTTER (1987). *Treatment of Autistic Children*. Chicherser: John Willey & sons. Libro de estilo claro, muy útil para los diversos aspectos prácticos sobre educación y tratamiento de niños autistas.

- DONALD COHEN: ANNE DONNELLAN y RHEA PAUL (Edit) (1987). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Willey & sons. Manual de más de setecientas páginas que consta de 54 capítulos agrupados en cuatro grandes secciones: Características de los Síndromes Autistas; Intervenciones; Autismo y Sociedad; Perspectivas. Las dos primeras tienen, cada una de ellas, dos subsecciones referidas a aspectos biológicos y aspectos conductuales.

- LORNA WING (Edit.) (1988). *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Gaskell. Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society. Librito de 120 páginas básicamente referido a aspectos biológicos (opiáceos endógenos, serotonina, citomegalovirus, etc.) con algún capítulo referido a aspectos psicológicos, y a la perspectiva de los padres.

- MESIBOV, G.; SCHOPLER, E; SCHAFFER, B; LANORUS, R. (1988). *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children: Vol. 4. Adolescent and Adult Psychoeducational Profile (AAPEP)*. Austin, TX: Pro-Ed. Es la nueva prueba (AAPEP) del grupo de Carolina del Norte para adolescentes y adultos autistas, con similar orientación a la prueba para niños PEP.

- UTA FRITH (1989) *Autism. Explaining the Enigma*. Oxford: Baril Blackwell. Libro escrito de forma muy clara y amena, muy actual en sus planteamientos. Y una buena noticia es que Alianza Editorial ha adquirido los derechos para la edición castellana. Así que dentro de poco podremos todos admirar esta obra. ¡Merece la pena!

- GEREALDINE DAWSON (Edit.) (1989). *Autism. Nature, Diagnosis & Treatment*. New York: Guilford Press. Libro de más de 400 páginas, de muy cuidada edición y muy buenos trabajos en la mayor parte de sus 17 capítulos. Está dividido en dos grandes secciones;: 1. Perspectivas sobre la naturaleza del autismo. Subdividido a su vez en dos: a. Desarrollo social, cognitivo y del lenguaje de personas autistas; y b. Aspectos neurobiológicos en autismo: Investigación y Teoría. 2. Nuevas direcciones en el diagnóstico y tratamiento de personas autistas. A buen seguro será un libro muy citado, a través de algunos de los capítulos que contiene.

- BABIO, M.; CALLEJA, C.: CAPILLAS, M.:
CASTELLANOS, J.L.: DIEZ CUERVO, A.: ESCRIBANO,
L.: ESPINOSA, A.: GALAN, M.L.: GALLARDO, J.:
GORTAZAR, P.: HERNANDEZ, J.M.: IPARRAGUIRRE,
K.: LOPEZ, T.: MARTOS, J.: MATEOS, M.: NAVARRO,
J.: OSORIO, I.: PURAS, S.: SANCHEZ, M.C.:
TAMARIT, J.: VALDEMOROS, L.: VAZQUEZ, J. Y
VENTOSO, R.

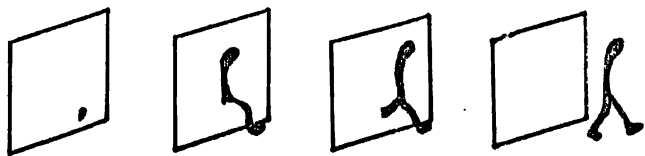
Intervención Educativa en Autismo Infantil.
Madrid: Centro Nacional de Recursos para la
Educación Especial. Serie Formación.

Por fin algo más que un libro y hecho por
autores españoles. La primera felicitación que
debemos hacernos es que gran parte de estos
autores son asociados de AETAPI (sino todos).
La segunda que, hecho por personas muy
directamente vinculadas a la práctica, está
pensado y dirigido a la formación de terapeutas
(maestros, psicólogos, pedagogos, etc.). Consta,
en un formato muy atractivo, de un estuche con
diez módulos, una guía funcional y un video que
recoge una grabación original para este trabajo
por cada uno de los módulos. Estos son:

- Tema 1: Definición y etiología.
- Tema 2: Evaluación.
- Tema 3: Alteraciones sociales.
- Tema 4: Alteraciones cognitivas.
- Tema 5 y 6: Lenguaje y comunicación.
- Tema 7: Alteraciones de Conducta.
- Tema 8: Habilidades de Autonomía
- Tema 9: Tratamiento motriz
- Tema 10: La familia en el tratamiento del
niño.

Este paquete, libro-video, especialmente pensado para trabajar con él en grupo (seminarios, equipos, etc.) ha sido enviado a los Centros de Profesores y a los Colegios con aulas de autismo. Para información sobre su adquisición hay que dirigirse a:

Centro Nacional de Recursos para la
Educación Especial
Departamento de Información
C/ General Oraá, 55
28006 MADRID



La más larga caminata comienza con un paso.

(Proverbio hindú)