

**INTERVENCIÓN EN UN SÍNDROME DE ASPERGER PARA EL
DESARROLLO DE HABILIDADES DE LENGUAJE,
SOCIALIZACIÓN Y ALGUNOS ASPECTOS DE LA MOTRICIDAD**

MÉXICO

Exponentes: Teresa de Jesús Mazadiego Infante; Alejandro Vera Pedroza; Saralina Ruiz Carús

Investigación

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue lograr a través de la intervención, el desarrollo de habilidades de lenguaje, socialización y algunos aspectos de la motricidad. Se trabajó con un niño de 10 años, de nivel socioeconómico medio y Síndrome de Asperger. Para ello se inició a partir del conocimiento de su expediente donde estaba diagnosticado con el Síndrome de Asperger, por lo que se evaluaron las habilidades adquiridas y se le aplicó una Tabla de Habilidades (preprueba) proporcionada por el propio Centro de Educación Especial de Poza Rica, Veracruz México, para determinar si el diagnóstico era el correcto y de ahí iniciar las actividades programadas en esta investigación. El desarrollo del lenguaje, comunicación y habla articulada correctamente se trabajó mediante juegos. Las habilidades para la socialización se trabajaron desde el momento en que se saludaba y se le acompañaba por todo el Centro de Educación Especial para que saludara tanto a maestros como a sus condiscípulos, así como para jugar en el patio y la ludoteca dónde podía tener juego libre o dirigido y se establecían reglas sociales tanto en el juego como para solicitar cualquier cosa que quisiera. Las habilidades de motricidad gruesa se trabajaban primero en el patio a través de juegos y/o ejercicios y posteriormente, se le llevaba a la ludoteca a colorear o a un cubículo para ejercicios de motricidad fina, como pegado de semillas, estrujado de papel china, ensartado de sopas de pasta formando collares, pulseras, cadenas de papel, rehiletes, entre algunas actividades. También se trabajó con sus padres, para enseñarles a establecer límites con su hijo y ser monitores de otras actividades del lenguaje e intercambio social con el niño en su hogar, debiendo reportar las actividades logradas y las dificultades encontradas, las cuales se retomaban en la escuela y se trabajaban. Los resultados indicaron un incremento en las habilidades trabajadas, sin embargo es necesario continuar trabajando el lenguaje, la socialización y todas las habilidades que le permitan llegar a ser autosuficiente (Adams, Green, Gilchrist y Cox, 2002; Paul, 2003; Sevilla, 2008). Una gran limitante de la investigación fue no haber establecimiento de límites y reglas comportamentales en su hogar, siendo un obstáculo inicial para el avance del niño en el Programa, sin embargo, al haber trabajado con los padres del niño, ésto facilitó el

seguimiento de instrucciones, se incrementó la obediencia, la atención y se observó un mejor aprendizaje en beneficio del niño con Síndrome de Asperger.

DESCRIPTORES: Síndrome de Asperger, Programa de habilidades para un niño con síndrome de Asperger, facilitación de habilidades en el Síndrome de Asperger

INTRODUCCION

Actualmente el síndrome de Asperger es relativamente nuevo y bastante raro. Es por ello que muchos niños con un grado leve de estos síntomas no reciben ningún diagnóstico o son considerados "especiales", "diferentes" o con déficit de atención o problemas emocionales. Hay un importante grado de error en el diagnóstico con respecto a este trastorno. Cientos de niños son etiquetados como autistas o como pacientes con déficit de atención y no lo son, pues el Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno generalizado del desarrollo que implica alteraciones cualitativas de la comunicación, de la interacción social e intereses y actividades restringidos y repetitivos, pero a pesar de que se inicia en la infancia, muchas veces el diagnóstico correcto o tardío, puede darse en etapas posteriores (Alonso, Miralles, Mulet y Serret, 2007). Esto es preocupante, porque los pacientes reciben un tratamiento inadecuado, que incluye estimulantes y otros fármacos. En los estratos económicamente más vulnerables, el niño con Síndrome de Asperger es maltratado, por ser considerado exageradamente travieso y con lenguaje limitado (Briceño, 2004). Maristany (2005) reporta que recientemente se sitúa la prevalencia de este síndrome en 3 –5 por 1000 como una proporción encontrada en los varones; en las mujeres es de 4:1, esta proporción posiblemente cambiará cuando las características que presentan las mujeres estén mejor definidas.

Con frecuencia es fácil escuchar y confundir a los distintos trastornos o síndromes actuando de manera equívoca ante la presencia de un niño con capacidades diferentes o incluso evadiéndolos por esta misma razón que es la ignorancia (Klin y Volkmar, 2003). En décadas anteriores era muy difícil encontrar alguna institución con docentes capacitados para trabajar con niños especiales, ésto podría explicarse porque no se tenía conocimiento de que estos niños tenían la posibilidad de tener una mayor calidad de vida, siendo apartados o escondidos de la sociedad por miedo a ser juzgados por tener un hijo o familiar con estos padecimientos, debido a una falta de cultura y a la inaccesibilidad que se tenía a los centros médicos y/o educativos (Freeman, Cronin y Candela, 2002). Sobre todo a estos últimos, ya que se tenían la creencia que mediante la continua convivencia los alumnos “normales” tendrían un retroceso en su aprendizaje (Maristany, 2005).

Sin embargo, a medida en que la sociedad va avanzando en diversos ámbitos también lo ha hecho en materia de educación y enseñanza, abriéndose la gran posibilidad de insertar a personas con capacidades diferentes dentro de un programa educativo basado en promover, desarrollar y potencializar las capacidades y habilidades que cada alumno posee, esto para que sean capaces de integrarse y adaptarse a la comunidad misma (Tsatsanis, 2003).

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

En la actualidad existen diversas instituciones y asociaciones públicas o privadas que se enfocan en esta necesidad de independizar lo más posible a cada persona con capacidades especiales, sobre todo a los niños para que en un futuro no sea totalmente dependientes de sus familiares y lleven una vida similar a la de los demás ciudadanos. Así mismo, estas diversas instituciones están conformadas por distintos niños con diversas discapacidades, conviviendo unos con otros siendo atendidos la mayoría de las veces con escaso personal no teniendo una atención personalizada (Sevilla, 2008).

Recientemente el Síndrome de Asperger ha sido clasificado como un trastorno generalizado del desarrollo (Tirado, 2003; Toth y Bryan, 2008). Es un trastorno neurobiológico, generalmente considerado como perteneciente al espectro del autismo. Los pacientes con síndrome de Asperger tienen capacidad intelectual dentro del rango normal, sin embargo, posee un perfil distinto de habilidades aparentes desde la temprana infancia. Pueden mostrar conductas y deficiencias marcadas en habilidades sociales que implican la autorreferencia, la empatía, la determinación de las emociones en los demás o deducir los pensamientos de otros; además de la comunicación. El síndrome de Asperger es un trastorno poco común y la información sobre la prevalencia es limitada pero parece ser más común en varones. No hay ningún tratamiento o cura específicos para el Síndrome de Asperger, todas las intervenciones son sintomáticas y/o rehabilitacionales (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortés-Hernández, 2008).

Las personas con Síndrome de Asperger (SA) no poseen la habilidad de ser empáticas; se puede decir que tienen una especie de "ceguera emocional", sin presentar algún sentido en la exhibición voluntaria de sonrisas y alguna muestra de estados anímicos, por lo que la educación emocional ha de empezar en el hogar. Es esencial la coordinación entre los padres, e incluso con los profesionales si es preciso, al establecer normas y consecuencias a esas normas. Las intervenciones descoordinadas del padre y la madre confunden al niño (Sofronoff y Farbotko, 2002) pero si se construye una imagen con el reflejo de lo que los demás les ofrecen, los mensajes que se les envía han de ser optimistas y positivos haciéndole ver que es una persona digna de cariño al mirarse en el espejo de una interacción con él (Blacher, Kraemer y Schalow, 2003).

Sin embargo este trastorno posee una severidad variable por lo que algunos pacientes pueden aproximarse a un nivel de normalidad en sus habilidades de comprensión e interpretación de las señales no verbales. Con respecto al lenguaje, estos niños tienen lo que se denomina un trastorno disfásico. Eso afecta su capacidad de comprensión del lenguaje oral y la elocución. No captan detalles, les cuesta entender cosas que no están explícitas y a veces también tienen dificultades en la pronunciación. El otro aspecto es su pobre destreza social (Gutstein y Whitney, 2002). Como tienen dificultad para comprender el lenguaje corporativo del grupo, tienden a aislarse. A estos niños les resulta difícil establecer una relación con otras personas. Con respecto a la conducta, los niños con síndrome de Asperger se caracterizan por tener rasgos obsesivos compulsivos (Myles, 2003). Son pacientes que desarrollan una estereotipia de conducta y no salen de eso. Son muy rígidos en sus patrones de comportamiento el que asociado a la dificultad de comprensión, hace que se aisle del grupo. Y por último, la dificultad motora fina, que se traduce en torpeza

corporal (Adams, Green, Gilchrist y Cox, 2002; Bauminger, 2002; Smith, Lovaas y Lovass, 2002).

Es por ésto que el presente estudio se realizó con el interés de querer brindar una propuesta de intervención encaminada a una integración individual y normalización para beneficio del propio sujeto, lo cual le ayudará a desarrollar sus capacidades, integrarse a la sociedad mediante una atención educativa donde sus características singulares lo requieran siendo tratado desde su originalidad y para ello se realizará un programa de desarrollo individual que se llevará a cabo con el mayor respeto, responsabilidad y ética que el mismo sujeto demanda por ser uno de sus principales derechos (Paul, 2003).

El resultado para los niños con el desorden de Asperger es generalmente más prometedor que para aquéllos con autismo. Debido al alto nivel de funcionamiento intelectual, muchos de estos niños terminan la escuela superior y asisten a la universidad. Aunque los problemas con la interacción social y la percepción persisten, ellos pueden también desarrollar relaciones duraderas con la familia y los amigos.

Algunas características de las personas con Síndrome de Asperger son que la aparición de los problemas suele aparecer cerca de los 3 años. Problemas y dificultades en el aprendizaje, trastornos de conducta, suelen ser motivo de problemas en los colegios, pues este tipo de niños no se abren a contar sus problemas, tienen un CI global sensiblemente normal o incluso un poco por encima de la media normal, pero no es suficiente para la relación social por vincularse a otros problemas.

Los castigos no son estrategias útiles de mejora, pues además de producir alteraciones emocionales negativas (como rabia, frustración, desencanto, ira, deseos de revancha), no dan ninguna idea de cómo mejorar la conducta. El castigo informa de lo que se ha hecho mal, pero no de cuál es la actuación correcta. La utilización de refuerzos positivos es una técnica más útil de adquisición de conductas adecuadas, siendo una medida válida el reforzamiento de conductas incompatibles con las inapropiadas. Se han de reservar los castigos únicamente para conductas peligrosas. Por último, si las emociones son contagiosas, si se construye una imagen con el reflejo de lo que los demás les ofrecen, los mensajes que se les envían han de ser optimistas y positivos. De esa forma, esa imagen se irá impregnando en su ser, haciéndole ver que es una persona digna de cariño al mirarse en el espejo de una interacción con él (Shamay-Tsoory, Tomer, Yaniv y Aharon-Peretz, 2002)).

En algunas circunstancias se le ha confundido con el autismo (Joseph, Tager-Flusberg y Señor, 2002), puesto que el autismo infantil es un trastorno en el desarrollo de las funciones cerebrales del niño, que afecta a sus posibilidades de comunicación emocional con otras personas y a la organización de la conducta en su vida diaria. Por lo que a continuación se resumen las características de ambos síndromes:

Tabla 1. Comparación entre el Síndrome de Asperger y el Autismo

Síndrome de Asperger	Autismo
----------------------	---------

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

C.I. generalmente por encima de lo normal	C.I. generalmente por debajo de lo normal
Diagnóstico general después de los 3 años	Diagnóstico general antes de los 3 años
Aparición del lenguaje en tiempo normal	Retraso en la aparición del lenguaje
Todos son verbales	Alrededor del 25% son no-verbales
Gramática y vocabulario por encima del promedio	Gramática y vocabulario limitados
Interés general en las relaciones sociales	Desinterés general en las relaciones sociales
Incidencia de convulsiones igual que en la población general	1/3 presenta convulsiones (principalmente adolescentes)
Torpeza General	Desarrollo Físico Normal
Intereses obsesivos de “alto nivel”	Ningún interés obsesivo de “alto nivel”
Padres detectan problemas alrededor de los 2,5 años de edad	Padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad
El diagnóstico se hace a una edad media de 11,3 años	El diagnóstico se hace a una edad media de 5,5 años
Las quejas de los padres son problemas de lenguaje, o en socialización o conducta	Las quejas de los padres son los retardos del lenguaje

El **objetivo** de la presente investigación fue lograr a través de la intervención, el desarrollo de habilidades de lenguaje, socialización y algunos aspectos de la motricidad en un niño con Síndrome de Asperger.

MÉTODO

Sujeto

La presente investigación esta basada en un caso de Síndrome de Asperger, diagnosticado en un niño de 10 años que acude al Centro de Entrenamiento de Educación Especial de Poza Rica, Veracruz México (C.E.E.E.PoR) trabajando tres áreas: el desarrollo de la habilidad del lenguaje, la socialización y la motricidad, mediante la técnica de juego, dibujo, coloreado y rehabilitación motriz

El niño posee un CI normal, sexo masculino, con un nivel socioeconómico medio. Pertenece a una familia en la cual están presentes ambas figuras paternas con tres hermanos siendo él, el segundo hijo. Su padre es quién está a cargo de la familia, ya que la madre está al cuidado de los hijos; su relación y convivencia es cordial, además que tratan de realizar actividades que permitan incluir al niño. Sin embargo no hay reglas y le dan total libertad.

Esta propuesta de intervención está fundamentada en la Teoría Conductista, que en materia de enseñanza-aprendizaje es la que mas resultados positivos ha arrojado, mediante la teoría estímulo-respuesta, por lo que se trabajó utilizando los principios de esta teoría.

El estudio se efectuó a lo largo de cinco meses con técnicas de juego en ludoteca encaminada a la socialización para su mayor adecuación y reacción ante situaciones distintas, ésto mediante la estimulación de la atención y juegos que permitieron el desarrollo de las habilidades propuestas, lo que permitió el incremento de la atención, seguimiento de instrucciones, decremento de su agresividad, mayor tolerancia a la frustración y mejoramiento de sus hábitos alimenticios buscando una mejor comunicación entre el niño y sus compañeros, maestros y familiares, partiendo desde las habilidades básicas, como el coloreado, pasando a la memoria que en su mayoría de los casos esta normalmente desarrollada en niños con Asperger y que lo hace mas factible para el desarrollo de las habilidades propuestas. La actividad eje, sobre la cual se trabajó por ser altamente reforzando fue la actividad del coloreado, puesto fue la actividad preferida del niño; dicha actividad estaba registrada en su historial clínico y de ahí se inició para el establecimiento del raport inicial y que sin duda sirvió como un estímulo de enlace con las actividades programadas.

Lugar

Dentro del mismo Centro se utilizaron los siguientes espacios:

- Ludoteca: es un espacio que se encuentra a la derecha de la entrada del centro, con dimensiones aproximadamente de 3 x 5 metros. Está decorada acorde a las necesidades de cada alumno, siendo vistosa para ellos, en ella se encuentran

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

diversos tipos de juguetes tanto rompecabezas, pelotas, libros para colorear y leer, muñecos, cubos de ensamble, crayolas, pinceles, entre otros, los cuales son ocupados de acuerdo a la actividad que se le aplicara a cada estudiantes, así como a que área irá enfocada la actividad. La iluminación y la ventilación son suficientes, aunque indudablemente el espacio no es suficiente para trabajar con varios niños en esta área al mismo tiempo.

- Consultorio Dental: este espacio esta al fondo del centro, con dimensiones de 5 x 4 metros, es atendido por una prestadora de servicio social de Odontología, el sitio está adornado con dibujos muy llamativos y cuenta con muebles especializados para el servicio odontológico, cuenta con lavabo y es donde todos los niños se lavan los dientes, cada uno tiene su cepillo y su pasta dental. La iluminación es natural, ya que tiene dos ventanas muy amplias y la ventilación de igual manera, solo cuenta con un ventilador de techo y lámparas de luz blanca.
- Cubículo: estos espacios se encuentran en la estancia principal que está en forma circular y alrededor de ella se encuentran los cubículos que son unos pequeños espacios donde se trabaja de manera individualizada con cada niño de acuerdo con sus necesidades educativas. Cuenta con una mesa y dos sillas, el alumno se sienta dando la espalda a la parte central para que no se distraiga y se enfoque en la actividad que esté realizando, su dimensión es de 2 x 2 metros, tiene sola una lámpara para iluminar y no tiene muy buena ventilación.
- Patio: este espacio está ubicado al fondo del centro, está al aire libre tiene buena ventilación e iluminación y cuenta con dimensiones de 6 x 10 metros aproximadamente, cuenta con un tablero de basketball y dos bancas que son insuficientes para la cantidad de niños que acuden a ese espacio.

Materiales

Los materiales que se utilizaron fueron de gran diversidad dependiendo de las actividades que se realizaban como: crayolas, hojas blancas, papel bond, papel china de colores, juguetes como: rompecabezas, cubos de construcción, letras, pelota etc., libros, tarjetas con figuras, pegamento y cuadernos y hojas con dibujos para colorear.

Instrumento

El instrumento que se utilizó en la investigación fue elaborado en base a una tabla de habilidades tipo likert cuyas alternativas eran: a) no lo puede realizar, b) lo hace con ayuda, c) lo hace sin ayuda y torpeza, d) lo hace sin ayuda y se esfuerza en hacerlo bien. Las subáreas trabajadas fueron:

1. Desarrollo del lenguaje, comunicación y habla articulada correctamente.
2. Habilidades para la socialización
3. Habilidades de motricidad gruesa y fina.

Procedimiento

I Fase: Se inició a partir del conocimiento de su expediente donde estaba diagnosticado con el Síndrome de Asperger, por lo que únicamente se evaluaron las habilidades logradas y se le aplicó una Tabla de Habilidades (preprueba) proporcionada por el propio Centro de Educación Especial para determinar si el diagnóstico era el correcto y de ahí iniciar las actividades programadas en esta investigación.

II Fase: Se comenzó a trabajar en las áreas en las que está basada esta investigación que son el lenguaje, socialización y motricidad gruesa, la intervención se realizó en diferentes espacios físicos según fuera la actividad a realizar, como el desarrollo del lenguaje, comunicación y habla articulada correctamente en que se ocuparon principalmente los cubículos, pero en el patio también se aprovechaba para realizar juegos en donde el niño podía desarrollar el lenguaje.

Las habilidades para la socialización se trabajaron desde el momento en que se saludaba y se le acompañaba por todo el Centro de Educación Especial para que saludara tanto a maestros como a sus condiscípulos, así como para jugar en el patio y la ludoteca dónde podía tener juego libre o dirigido y se establecían reglas sociales tanto en el juego como para solicitar cualquier cosa que quisiera.

Las habilidades de motricidad gruesa se trabajaban primero en el patio a través de juegos y/o ejercicios y posteriormente, se le llevaba a la ludoteca a colorear o a un cubículo para ejercicios de motricidad fina, como pegado de semillas, estrujado de papel china, ensartado de sopas de pasta formando collares, pulseras, cadenas de papel, rehiletes, entre algunas actividades. A la par, se citaba a sesión a sus padres al finalizar el trabajo con el niño, para enseñarles a establecer límites con su hijo y ser monitores de otras actividades del lenguaje e intercambio social con el niño en su hogar, debiendo reportar las actividades logradas y las dificultades encontradas, las cuales se retomaban en la escuela y se trabajaban.

III Fase de Cierre: Como última actividad se realizó el festival del Día de las Madres donde el niño bailó. Durante el intermedio la madre del niño agradeció la intervención que se realizó con su hijo ya que se pudo observar un avance en sus habilidades. Al finalizar el acto, la maestra encargada también agradeció y felicitó el trabajo realizado.

IV Fase: Evaluación de los resultados.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación confirman que se logró el objetivo en el desarrollo de las habilidades lenguaje, socialización y motricidad fina y gruesa del sujeto diagnosticado con Síndrome de Asperger, mismas que son fundamentales para facilitar su integración a la vida diaria de la mejor manera posible.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

El trabajo realizado con los padres de familia del niño, fue difícil pues al principio no habían establecido límites ni reglas de ningún tipo con su hijo, por lo que hubo toda una labor de convencimiento y de no existir, se logró un avance de un 30%.

Cabe hacer mención que aparte de las habilidades planeadas a desarrollar, también se incrementó su atención en un 15% a las instrucciones que se le daban; y al incrementar su socialización, su agresividad disminuyó en un 20%. Así mismo, aunque no era uno de los objetivos planeados, sus hábitos de la vida cotidiana se modificaron, puesto que al inicio del programa, su conducta al momento de comer sus alimentos, era masticar con la boca abierta haciendo ruido y al finalizar esta propuesta se logró que masticara con la boca cerrada y lentamente sin atragantarse.

Entre los logros importantes alcanzados se muestran en las siguientes figuras:

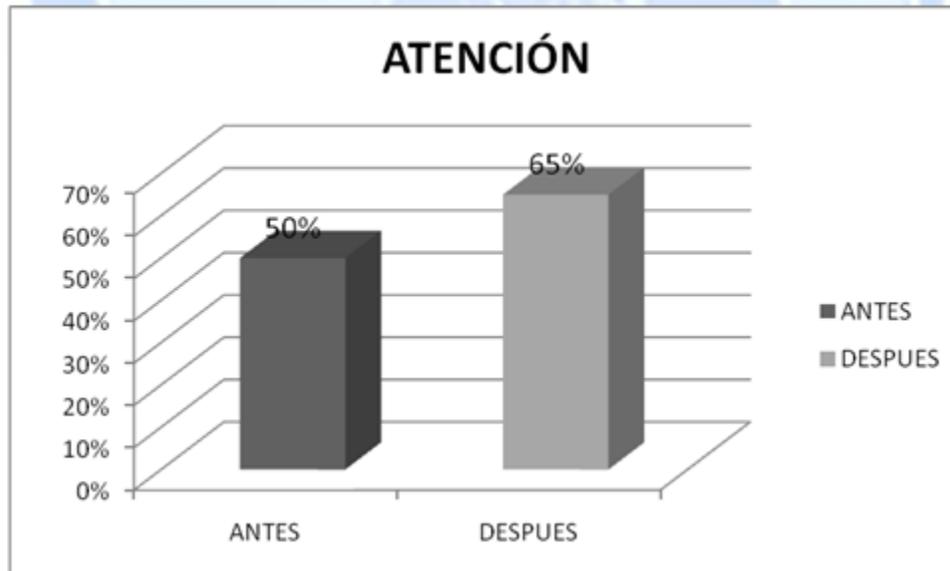


Fig. 1 En esta figura se muestra el incremento que se obtuvo en el área de atención.

Se observa en la figura 1 un ligero incremento en el área de atención de un 15%, ya que al inicio el sujeto presentó un nivel de atención en un 50% y al finalizar la intervención se mejoró hasta alcanzar un 65%, lo cual indudablemente se ve reflejado en el desenvolvimiento de los contextos en que se trabajó.

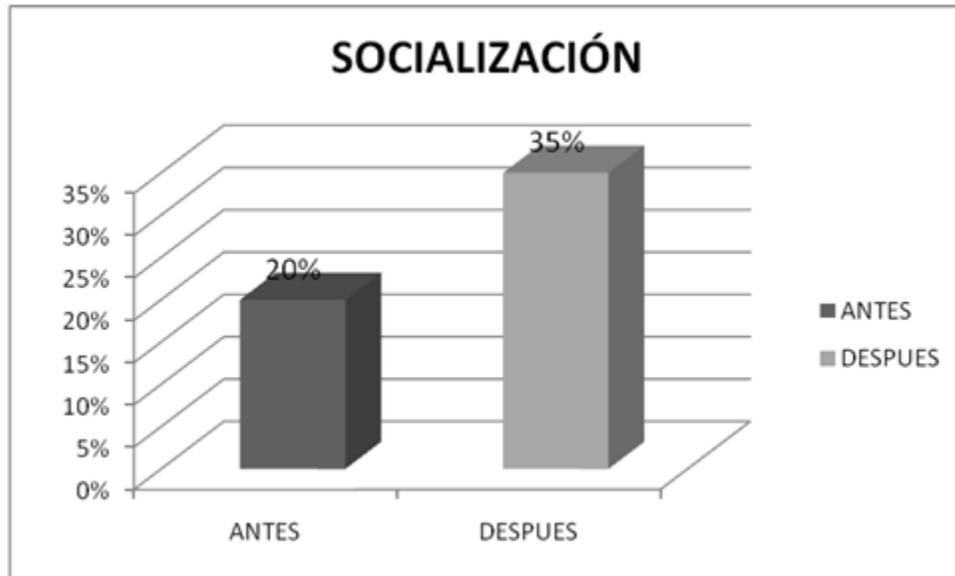


Fig. 2 Se muestra el incremento que obtuvo el sujeto en el área de socialización.

En la figura 2, se presenta el avance que se obtuvo con el sujeto en el área de socialización que en total fue de un 15%, ya que al comenzar con la intervención el sujeto contaba con tan solo un 20% en esta área y al concluirla presentó un 35%, permitiendo la mejora de actividades que se le asignaban. Además de disminuir su agresividad.

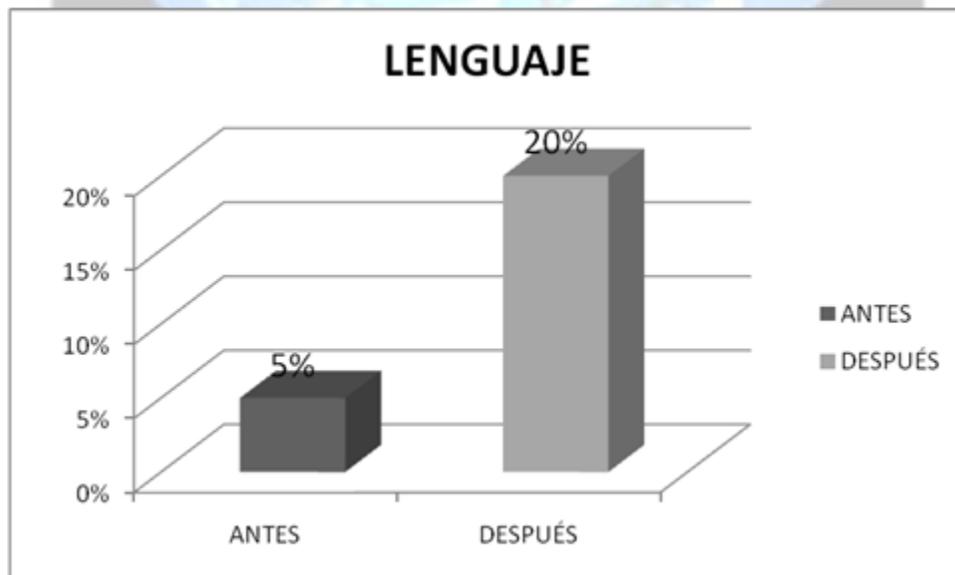


Fig. 3 Se muestra en la parte superior el incremento que presentó el sujeto en el área de lenguaje

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

En la figura 3, se muestra el avance que se logró con el niño de un 5% al 20%, presentando un desarrollo de 15% mejorando la capacidad de identificación con vocales y algunas palabras.



Fig. 4. Se muestra el decremento de agresividad después de la intervención terapéutica.

La figura 4, muestra como el niño al inicio de la intervención mostraba una agresividad de un 60% una vez que se trabajó con él, el grado de agresividad que presentaba se logró disminuir un 20%, así, al término de la intervención su agresividad empezó a ser autoregulada, y aunque le fue difícil autocontrolarse, se registró el seguimiento de reglas y normas disciplinarias.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

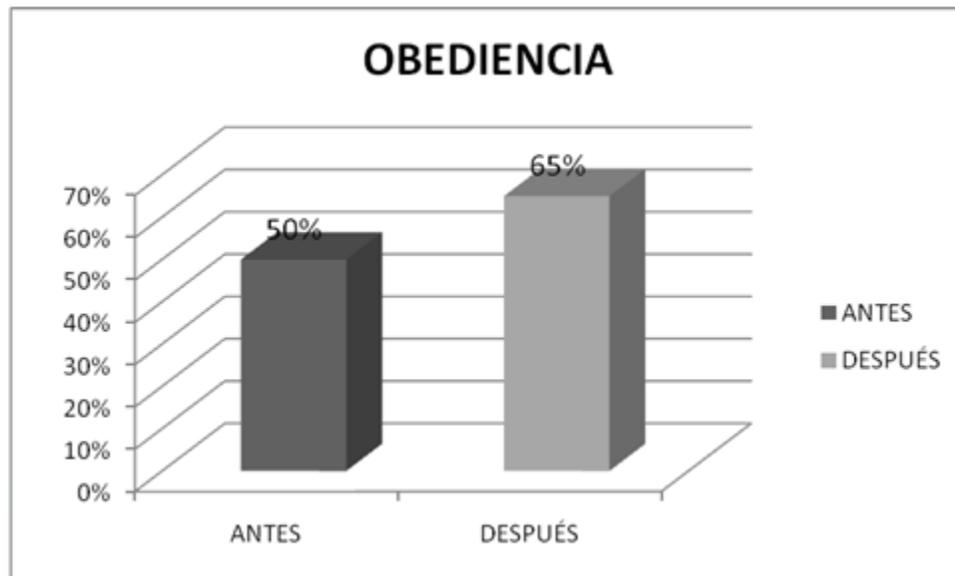


Fig. 5 Se observa el incremento que se obtuvo en la obediencia.

En la figura 5, se muestra el incremento de un 15% en su obediencia ya que al inicio mostraba un 50% y después de trabajar con normas, reglas, instrucciones, su capacidad de obediencia se elevó a un 65%.

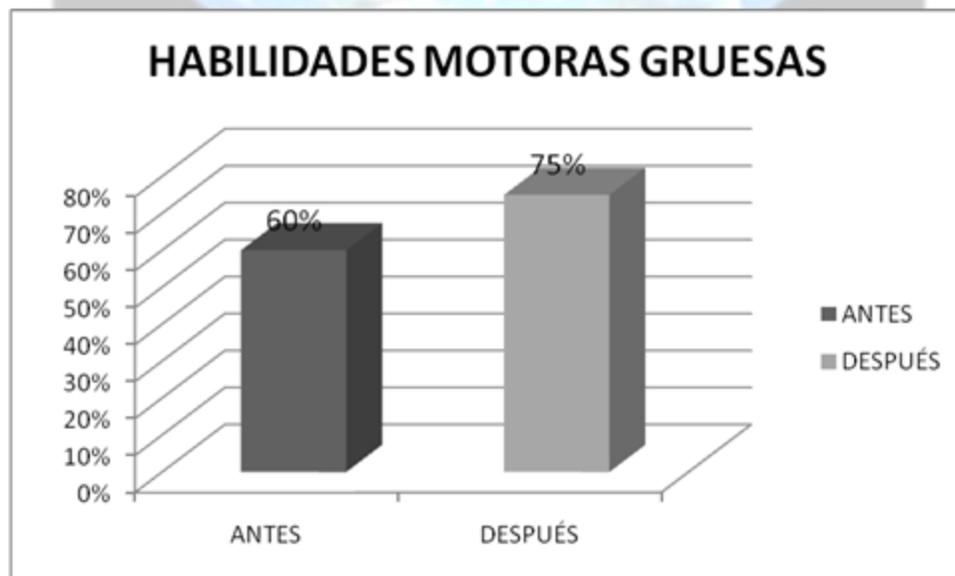


Fig. 6. En esta figura se muestra que se obtuvo un incremento en sus habilidades motoras gruesas

En la figura 6, se observa un 60% de las habilidades motrices gruesas incrementando un 15% en el mejoramiento de la postura al caminar y al sentarse por lo tanto al finalizar la intervención terapéutica presentó un 75% de mejoría en su coordinación motora gruesa al caminar y en su postura al sentarse.

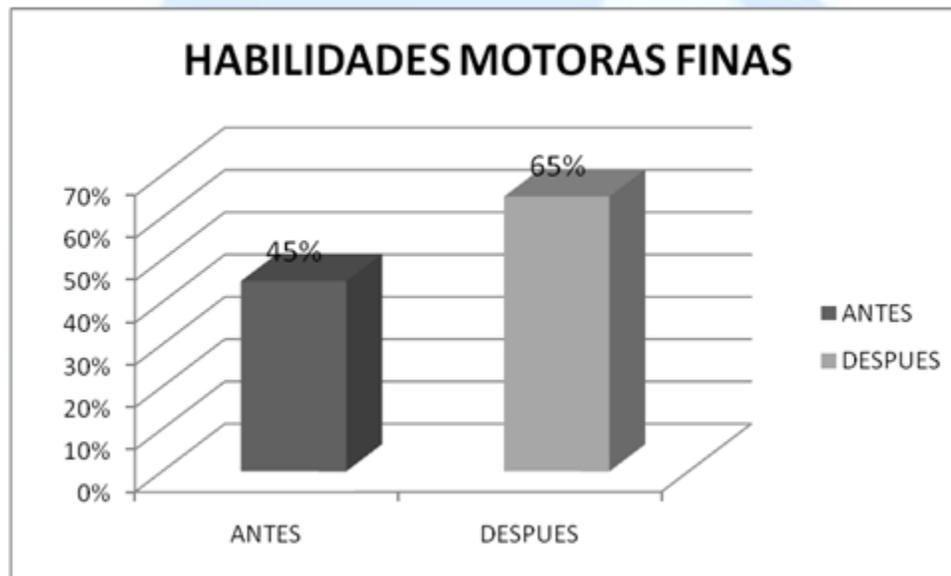


Figura 7. Incremento de la motricidad fina

El incremento de la motricidad fina fue de un 20%, pues al niño le agradaba más realizar ejercicios de motricidad fina que de motricidad gruesa que, aunque eran juegos, se cansaba con facilidad pero le ayudaban a tener una mejor coordinación ojo-mano.

DISCUSION

El diagnóstico y evaluación del Síndrome de Asperger es difícil de realizar por la confusión que en ocasiones se da con el autismo, sin embargo, la existencia de instrumentos fiables y válidos permite la detección oportuna y temprana para una intervención exitosa (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortés-Hernández, 2008; Gutstein y Whitney, 2002; Klin y Volkmar, 2003; Tirado, 2003; Toth y Bryan, 2008; Tsatsanis, 2003).

Se logró el objetivo planteado al inicio de la investigación, tal vez no en el grado esperado pero sí se observó una mejora a comparación del estado inicial en el que inició este programa de intervención. Entre los logros alcanzados se encuentran los siguientes: se desarrolló la habilidad de atención, de socialización; en su motricidad fina tuvo un avance significativo que permitió incrementar su atención y a pesar de que no fue capaz de pronunciar todas las palabras cortas que se le decían, sí se reforzó ampliamente las que

logró decir, mismas que identificó en la lectura y relacionó con su comunicación emocional y su imagen, mejorando su postura y movimiento. Sin embargo es necesario continuar trabajando el lenguaje y todas las habilidades que le permitan llegar a ser autosuficiente (Adams, Green, Gilchrist y Cox, 2002, Paul, 2003; Sevilla, 2008).

Así mismo, durante el desarrollo de la intervención, se disminuyeron factores importantes como la agresividad y la falta de obediencia las cuales se tuvo que atender en forma simultánea, reportando un decremento en ambas conductas al establecerse reglas y normas dentro del Centro de Educación Especial, pues la intervención incluyó personas sociales vinculadas al niño como profesores del Centro, compañeros y sus padres; siendo muy importante el papel de los padres, ya que éstos le permitían cualquier actividad sin establecer límites; la participación de los padres para iniciar el establecimiento de reglas dentro de su hogar, fue difícil pues uno de los obstáculos principales que se tuvieron fue la desobediencia, ya que la sobreprotección que sus padres le daban, lo hacían berrinchudo, agresivo, desobediente, sin límites tanto en su forma compulsiva de comer como en sus actos, misma que se traducían en agresividad contra las personas que le daban indicaciones que lo contradecían, por lo que se trabajó en forma más autoritaria, para que aprendiera a respetar límites, reforzando a través de las técnicas conductuales, las respuestas correctas. Y a los padres se les trabajó en varias sesiones para enseñarles a ser eficientes en el establecimiento de límites con su hijo y disminuir los problemas de conducta (Bauminger, 2002; Myles, 2003; Sofronoff y Farbotko, 2002).

La estrategia de juego arrojó resultados importantes porque permitió establecer una comunicación ya fuera verbal y/o físico-facial y que por las características del Síndrome de Asperger, al niño le era muy difícil establecer encontrándose inicialmente con grandes problemas para expresar sus necesidades y se confundía. Además la interacción durante el juego libre con sus compañeros, le proporcionaron señales frecuentes de interacción y comportamiento social, así como de respuesta, manteniendo una interacción social que le permitió disminuir su agresividad (Bauminger, 2002; Joseph, Tager-Flusberg y Señor, 2002; Smith, Lovaas y Lovaas, 2002; Shamay-Tsoory, Tomer, Yaniv y Aharon-Peretz, 2002).

Por otro lado, Klin y Volkmar (2003), reportan que las personas que presentan Síndrome de Asperger cuentan con un Coeficiente Intelectual sensiblemente normal o incluso un poco por encima de la media normal, pero no es suficiente para la relación social debido a diversos factores abordándose la necesidad de contar con oportunidades de educación y programas adecuados para su mejoría; esto se observó con el propio sujeto puesto que a pesar de sus limitaciones y habilidades pobremente desarrolladas, tiene un CI normal, lo cual no afectaba sus conocimientos, sin embargo, éstos no han sido adecuadamente estimulados por lo que se encuentra en un estadio o un nivel inferior al que debería estar (Freeman, Cronin y Candela, 2002).

Por último se coincide con Gutstein y Whitney (2002) pues es preciso mencionar que el desarrollo de la competencia social trabajada en esta investigación es clave no solo para desarrollarse en sus interacciones sociales en la escuela, en la familia, sino en un futuro trabajo para evitar dificultades sociales y mantener sus relaciones sociales en cualquier contexto social donde se ubique.

CONCLUSIONES

El no haber establecimiento de límites y reglas comportamentales en su hogar, fue un obstáculo inicial para el avance del niño en el Programa, sin embargo, al haber trabajado con los padres del niño, éste facilitó el seguimiento de instrucciones, se incrementó la obediencia, la atención, se observó un mejor aprendizaje en beneficio del niño del Centro de Educación Especial de Poza Rica, Veracruz México.

En cuanto al desarrollo de las habilidades trabajadas se puede concluir que el niño presenta todavía un bajo desarrollo en su habilidad de lenguaje y socialización, la implementación de programas como el presente permiten la estimulación de sus habilidades y a través del apoyo de los padres se pueden lograr avances significativos que le permitan un alto funcionamiento en sus actividades escolares e integrarse a la sociedad laboral en un futuro cercano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, C. Gree, J., Gilchrist, A. y Cox, A. (2002). Comportamiento conversacional de los niños con síndrome de Asperger y el trastorno de la Conducta. *Child Adolesc Psychiatry Clin N. Am*; 43: 679-690

Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J.A. y Cortés-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*. Vol 31, Issue1, p 37-44

Alonso, Y., Miralles, M.C., Mulet, B. y Serret, V. (2007). Síndrome de Asperger en la edad adulta: a propósito un caso. *Actas Españolas Psiquiátricas*; 35 (5): 338-341

Bauminger, N. (2002). La facilitación de la comprensión social y emocional y la interacción social en niños de alto funcionamiento con autismo: Los resultados de la intervención. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 32: 283-298

Blacher, J. Kraemer, B. y Schalow, M. (2003). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: afecta a la investigación y los incipientes focos. *Curr Opin Psychiatry*;16 (5)

Briceño, R. (2004). Síndrome de Asperger. Rechazo social por desconocimiento. México: Paidós

Freeman, B.J., Cronin, P. y Candela, P. (2002). El Síndrome de Asperger o el autismo?. *Enfoque en el autismo y otras discapacidades del Desarrollo*.17: 145-151

Gutstein, S.E. y Whitney, T. (2002). Síndrome de Asperger y el desarrollo de la competencia social. Enfoque en el autismo y otras discapacidades del Desarrollo. 17: 161-171

Joseph, R., Tager-Flusberg, H. y Señor, C. (2002). Perfiles cognitivos, sociales y funcionamiento comunicativo en niños con trastorno del espectro autista. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 43: 807-821

Klin, A. y Volkmar, F.R. (2003). El síndrome de Asperger: Diagnóstico y validez externa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N. Am*; 12:1-13

Maristany, M. (2005). El alumno con síndrome de Asperger en la escuela primaria. Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Myles, B.S. (2003). Formas de comportamiento de la gestión del estrés para las personas con síndrome de Asperger. *Child Adolesc Psychiatr Clin N. Am*; 12: 123-141

Paul, R. (2003). Promoción de la comunicación social en personas de alto funcionamiento con trastornos del espectro autista. *Child Adolesc Psychiatr Clin N. Am*; 12:87-106

Sevilla, C. R.A. (2008). Síndrome de Asperger. Monterrey., N. L. México.

Shamay-Tsoory, S.G., Tomer, R., Yaniv, S. y Aharon-Peretz, J. (2002). Déficit de empatía en el Síndrome de Asperger: un perfil cognitivo. *Neurocase*. 8: 245-252

Smith, T. Lovaas, N.W. y Lovaas, O.I. (2002). Comportamientos de los niños con autismo de alto funcionamiento si se combina con un desarrollo normal en comparación con sus compañeros con retraso: un estudio preliminar. *Child Adolesc Psychiatr Clin N. Am*; 17: 129-143

Sofronoff, K. y Farbotko, M. (2002). La eficacia de la formación de los padres de gestión para aumentar la auto-eficacia en los padres de niños con Síndrome de Asperger. *Autismo*. 6: 271-286

Tirado, T.O. (2003). Síndrome de asperger: criterios y cuestionario para facilitar el diagnóstico. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Vol 36, Issue 4, p 190-194

Toth, K. y Bryan, H.K. (2008). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *American Journal of Psychiatry*. Edición Española, Vol 11, Issue 10, p 590-596

Tsatsanis, K.D. (2003). De investigación de resultados en síndrome de Asperger y el autismo. *Child Adolesc Psychiatr Clin N. Am*; 12: 47-63

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

RESEÑA AUTORES

TERESA DE JESÚS MAZADIEGO INFANTE

Doctorado en investigación psicológica. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, Zona Poza Rica-Tuxpan, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI- Nivel I), Maestro Decano, Coordinador del Sistema Institucional de Tutorías de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana y Coordinador del Seguimiento de Egresados. Actualmente publica en diversas Revistas especializadas tanto nacionales como internacionales, Co-autor de 4 libros. Miembro del Cuerpo Académico Procesos Sociales, educativos y de Salud.

ALEJANDRO VERA PEDROZA

Candidato a Doctor en Educación por el Instituto Veracruzano de Educación Superior (RVOE ES/192/2004), Profesor de tiempo completo en la Facultad de Pedagogía de la Universidad Veracruzana, Zona Poza Rica-Tuxpan; Profesor de Tiempo Completo Perfil Deseable PROMEP de la Facultad de Pedagogía de la Universidad Veracruzana. Asesor académico por asignatura de la Unidad 303 UPN Poza Rica, Veracruz. Cuenta con los estudios en Diplomado en competencias de habilidades del pensamiento crítico y creativo, Universidad Veracruzana. 2005; Diplomado en competencias de la lengua española, en la Universidad Veracruzana, poza rica, ver. 2004; Diplomado en enseñanza superior a distancia, en la Universidad Veracruzana, Xalapa, Ver. 2002-2003; Especialidad en investigación educativa, en la Universidad Pedagógica Veracruzana 1990 a 1992, Xalapa, Ver.; Especialidad en gestión educativa, por la Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F. 2003; Maestría en investigación educativa en la Universidad Iberoamericana. Puebla, Puebla. (titulado con mención honorífica). Actualmente publica en diversas Revistas especializadas tanto nacionales como internacionales, Miembro del Cuerpo Académico Procesos Sociales, educativos y de Salud,

SARALINA RUIZ CARÚS

Doctorado en Sociedades Multiculturales y Estudios Interculturales por la Universidad de Granada España. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, Zona Poza Rica-Tuxpan; Perfil Deseable PROMEP de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. Coordinadora de Servicio Social y Miembro del Consejo Técnico de la Facultad de Psicología. Actualmente publica en diversas Revistas especializadas tanto nacionales como internacionales. Líder del Cuerpo Académico Procesos Sociales, educativos y de Salud.